

DATA PERAWATAN

Nama dan alamat Dokter yang merujuk Tertanggung ke Rumah Sakit

Tanggal mulai dirawat : - -

Tanggal selesai dirawat : - -

Data Dokter atau Rumah Sakit yang merawat untuk cacat saat ini :

| No | Nama Dokter | Alamat Dokter / Rumah Sakit | Tanggal Perawatan | No. Kartu Berobat |
|----|-------------|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| a | | | | |
| b | | | | |
| c | | | | |

Apakah anda pernah mengajukan klaim atas Polis ini, baik untuk penyakit / kecelakaan yang sama atau berbeda ?

Tidak Pernah Pernah, Tanggal : - -

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya menyatakan bahwa semua penjelasan di atas adalah lengkap dan benar. Saya memberikan kuasa kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi, badan, lembaga atau orang lain yang mempunyai catatan/riwayat kesehatan saya/tertanggung, untuk mengungkapkan semua keterangan kesehatan saya/tertanggung kepada PT.Asuransi BRI Life atau wakil-wakilnya. Salinan fotokopi dari kuasa ini sama dan berlaku sah seperti aslinya.

Petugas Asuransi

Materai 6000

(_____)

Nama Jelas

Tempat : _____

Tanggal : ____/____/____

Pemegang Polis

Materai 6000

(_____)

Nama Jelas

Tempat : _____

Tanggal : ____/____/____