



8. Dalam 5 (lima) tahun terakhir, adakah :
- Menjalani rawat inap/rawat jalan, operasi, biopsi, endoskopi?
  - Menjalani pemeriksaan laboratorium, rontgen (X Ray) atau yang khusus, contoh : MRI, ECG, USG, CT Scan, tes darah (kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis, anemia dll)
  - Menjalani pemeriksaan / pengobatan ke dokter umum / spesialis, ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif / herbal?
  - Mengalami keracunan, kecelakaan?
9. Dalam 2 (dua) tahun terakhir, adakah :
- Menerima transfusi darah
  - Ditolak untuk Donor Darah  
Jika Ya, jelaskan alasannya
10. Khusus Tertanggung Wanita :
- Apakah saat ini sedang hamil?  
Jika YA, berapa Minggu?
  - Apakah pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat hamil / melahirkan?
  - Pernah keguguran atau bayi meninggal dalam kandungan / saat melahirkan?
  - Pernah / sedang menderita penyakit di daerah payudara atau kandungan?
11. Khusus Tertanggung Anak kurang dari 5 tahun :
- Dilahirkan dalam kondisi  Normal  Prematur  Lainnya, \_\_\_\_\_
  - Lama kehamilan  minggu  
Dokter yang dikunjungi
  - Panjang / Berat saat lahir     cm     kg
  - Pada saat melahirkan ada kesulitan/kelainan/penyakit?  
Jika Tidak, Jelaskan
12. Perihal dan Riwayat Kesehatan Keluarga Calon Tertanggung

	Masih Hidup						Sudah Meninggal	
	Usia	Jantung	Hipertensi	Ginjal	Diabetes	Paru - Paru	Usia	Sebab Meninggal
Ayah								
Ibu								
Suami								
Isteri								
Saudara Laki - Laki								
Saudara Perempuan								
Anak								

Jika Ya beri tanda ✓ pada penyakit yang tercantum pada tabel diatas

Dengan mengesampingkan pasal 1813 KUH Perdata maka pemberian kuasa ini tidak dapat dicabut/dibatalkan dan tetap berlaku meskipun Saya/Kami meninggal dunia. Fotokopi dari Pernyataan dan pemberian kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.

**PETUGAS BRI LIFE**

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas

Tempat : \_\_\_\_\_  
Tanggal : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Jabatan : \_\_\_\_\_

**PEMEGANG POLIS**

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas

Tempat : \_\_\_\_\_  
Tanggal : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**TERTANGGUNG\***

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas

Tempat : \_\_\_\_\_  
Tanggal : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*) Tandatangan pada kolom Tertanggung ditandatangani oleh Tertanggung yang mengajukan penambahan asuransi tambahan (sesuai data kesehatan)