

FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN TETAP (Dilengkapi oleh Penerima Manfaat)

1. Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai.
2. Tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua terisi lengkap dan benar sebelum menandatangani.
3. Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun.
4. Apabila terjadi kesalahan penulisan, mohon tidak menghapus melainkan mencoret dan memberikan tanda tangan disebelahnya.

1	Nomor Polis :												
	Nama Pemegang Polis:												
	Nama Tertanggung:												
	Tempat & Tanggal Lahir Tertanggung:												
	Jenis Kelamin:	Laki-laki						Perempuan					
	Nama Rumah Sakit Tempat Perawatan:												
	Nomor Rekam Medis :												
2	Keterangan Pekerjaan:	Sebelum Ketidakmampuan Tetap						Setelah Ketidakmampuan Tetap					
	Pekerjaan:												
	Nama Perusahaan:												
	Daftar Tugas/Aktivitas sehari-hari:												
	<i>Catatan : Jika Tertanggung tidak bekerja, jelaskan aktivitas Tertanggung sehari-hari sebelum dan setelah terjadinya Ketidakmampuan Tetap</i>												
3	Penyebab Ketidakmampuan Tetap pada Tertanggung:	Penyakit						Kecelakaan					
	Tanggal gejala penyakit timbul atau tanggal kecelakaan:	-						-					
	Jelaskan secara terperinci gejala-gejala penyakit atau cedera yang diderita:												
4	Apakah Tertanggung sekarang ini dapat melakukan aktivitas berikut ini tanpa dibantu oleh orang lain:												
	Memakai pakaian	Menggunakan toilet/WC						Makan/Minum					
	Jalan Sendiri	Bangun dari atau masuk ke tempat tidur						Duduk bangun dari posisi duduk					
5	Tanggal Tertanggung mulai tidak masuk kerja:	-						-					
	Tanggal Tertanggung mulai bekerja kembali atau diharapkan sudah bekerja kembali:	-						-					
6	Keterangan tentang nama Dokter & Rumah Sakit tempat Tertanggung berkonsultasi/berobat untuk Ketidakmampuan Tetap ini:												
	Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat						Tanggal Perawatan*			Nama Penyakit		
	<i>*Sebutkan tanggal mulai perawatan sampai dengan tanggal selesai perawatan</i>												

7	Apakah Tertanggung juga dipertanggungkan untuk manfaat yang sama di Perusahaan Asuransi Jiwa lainnya:	Ya, Sebutkan	Tidak
	Nama Perusahaan Asuransi	Nomor Polis	Tahun (Periode Pertanggungan)
	Nomor BPJS		

Pernyataan dan Kuasa

- Saya/Kami menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan permohonan asuransi/Pemulihan Polis/perubahan Polis dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada BCA Life, sebagaimana tercantum dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada BCA Life setelah berlakunya Polis) ("**Dokumen Permohonan**"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "**Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya**").
- Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa Saya/Kami tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya/Kami juga menyatakan bahwa Saya/Kami menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsemen, jika ada).
- Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh BCA Life sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("**Informasi Konsumen**"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan.
- Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika BCA Life melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. BCA Life juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis (jika ada) dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.

Surat Kuasa

Dengan ini Saya/Kami menyetujui dan memberikan kuasa kepada setiap Dokter atau orang yang telah merawat dan/atau yang memeriksa atau kepada setiap Rumah Sakit atau kepada Institusi dimana Tertanggung telah menerima pengobatan untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan. Salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama sebagaimana Surat Kuasa lainnya.

Ditandatangani di

Tanggal:

 - -

Pihak Yang Mengajukan Klaim

Alamat Tempat Tinggal Pihak Yang Mengajukan Klaim:

(Nama Lengkap dan Ttd Sesuai KTP)

No Telp/HP:

Hubungan dengan Tertanggung:

Diketahui oleh Pemegang Polis:

Nama Lengkap:

Tanda Tangan:

Tanggal:

 - -

Pernyataan Penerima Manfaat

Saya memberikan persetujuan untuk menggunakan, memproses, dan memberikan data dan informasi nama, alamat dan nomor telp/ponsel saya kepada BCA Life termasuk afiliasinya serta Pihak yang bekerja sama dengan BCA Life untuk tujuan termasuk namun tidak terbatas pada pengembangan layanan, survey kepuasan nasabah, dan/atau kegiatan yang bersifat komersial.

Pernyataan persetujuan ini akan tetap berlaku sampai ada permintaan pencabutan secara tertulis dari saya.

Setuju

Tidak Setuju