

FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN TETAP (Dilengkapi oleh Pemegang Polis)

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 Pertanggunggan)
	Nomor BPJS		

Pernyataan dan Kuasa

- Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("**Pemohonan Konsumen**"). Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan BCA Life dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
- Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan ("**Informasi Konsumen**") dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh BCA Life ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan 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, baik dengan sengaja maupun tidak disengaja.
- Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (2) 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 Ketidakmampuan Tetap 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;
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggunggan Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggunggan Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/Pertanggunggan Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya/Kami juga menyetujui bahwa Perusahaan Asuransi hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Pertanggunggan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggunggan, 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 Saya/Kami dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
- Sehubungan dengan klausula pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami menegaskan bahwa:
 - Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh BCA Life jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
 - Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

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:

No Telp/HP:

Hubungan dengan Tertanggung:

(Nama Lengkap dan Ttd Sesuai KTP)

Diketahui oleh Pemegang Polis:

Nama Lengkap:

Tanda Tangan:

Tanggal:

 - - **Pernyataan Pemegang Polis**

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