

FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS

Dilengkapi oleh Pemegang Polis

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

1	Nomor Polis:	<input type="text"/>
	Nama Pemegang Polis:	<input type="text"/>
	Nama Tertanggung:	<input type="text"/>
	Jenis Kelamin Tertanggung:	<input type="text"/>
	Tanggal Lahir Tertanggung / Usia:	<input type="text"/>

2	Nama Rumah Sakit Tempat Perawatan:	<input type="text"/>
	Nomor Rekam Medis :	<input type="text"/>

3	Penyebab Kondisi / diagnosa Penyakit Kritis ini:	<input type="text"/>	Penyakit	<input type="text"/>	Kecelakaan, Tanggal:
	Gejala penyakit pertama kali timbul:	<input type="text"/>			
	Jelaskan secara terperinci gejala-gejala penyakit atau cedera yang diderita:	<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			

4 Keterangan tentang nama Dokter & Rumah Sakit tempat Tertanggung berkonsultasi / berobat untuk kondisi / diagnosa ini:

Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Perawatan*	Nama Penyakit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Sebutkan tanggal mulai perawatan sampai dengan tanggal selesai perawatan

5	Apakah Tertanggung mempunyai asuransi jiwa pada perusahaan lain?	<input type="text"/>	Ya (sebutkan di bawah)
	Nama Perusahaan Asuransi	Nomor Polis	Tahun (Periode) Pertanggungan
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nomor BPJS :

Pernyataan dan Kuasa

1. 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 ("**Permohonan 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.
2. 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 diwajibkan 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.
3. 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 Penyakit Kritis ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika BCA Life melakukan hal-hal berikut ini :
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggung 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);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/Pertanggung 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.
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Pertanggung/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggung, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. 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.
4. Sehubungan dengan klausula pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami menegaskan bahwa:
 - a. 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
 - b. 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, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, atau kepada Institusi dimana Tertanggung telah menerima pengobatan untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan dan/atau catatan medis Tertanggung. Salinan dari Surat Kuasa ini ditandatangani tanpa adanya tekanan/paksaan dari pihak manapun. Saya/Kami setuju bahwa salinan 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/Kami memberikan persetujuan untuk menggunakan, memproses, dan memberikan data dan informasi nama, alamat dan nomor telp/ponsel Saya/Kami 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/Kami.

Setuju Tidak Setuju