

FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS

Dilengkapi oleh Penerima Manfaat

- 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"/> | | | |

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 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**").
2. 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 Endosemen, jika ada).
3. 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.
4. 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:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - c. 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, 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:

(Nama Lengkap dan Ttd Sesuai KTP)

Hubungan dengan Tertanggung:

Diketahui oleh Pemegang Polis:

Nama Lengkap:

Tanda Tangan:

Tanggal:

 - -

Pernyataan Penerima Manfaat

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