PT Asuransi Jiwa BCA
Chase Plaza Lantai 22 | Jl. Jend. Sudirman Kav 21, Jakarta 12920
Telepon: (021) 21 888 000 | Faks: (021) 2934 7977 | *Email*: customer@bcalife.co.id

PERNYATAAN KESEHATAN

Perlu diperhatikan:

1. Wajib diisi oleh Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung dengan benar dan lengkap sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
2. Diisi menggunakan tinta hitam dan menggunakan huruf besar/kapital.
3. Gunakan tanda silang (X) pada pilihan kolom kotak dan wajib menandatangani setiap koreksi penulisan.

Nomor SPAJ :
Nama Calon Pemegang Polis :
Nama Calon Tertanggung :

DATA KESEHATAN

No.	Pernyataan Kesehatan	Calon Tertanggung	Calon Pemegang Polis
1.	Tinggi Badan	☐☐☐ Cm	☐☐☐ Cm
	Berat Badan	☐☐☐ Kg	☐☐☐ Kg
	Apakah berat badan anda mengalami penurunan atau kenaikan drastis (≥10% dalam 1 (satu) bulan) dalam 6 (enam) bulan terakhir?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
2.	Apakah Anda merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir (termasuk rokok elektronik atau produk tembakau lainnya)? Jika "Ya", berapa batang per hari?	☐ Ya ☐ Tidak ☐☐ Batang/hari	☐ Ya ☐ Tidak ☐☐ Batang/hari
3.	Apakah Anda memiliki kebiasaan atau pernah menggunakan narkotika, zat adiktif atau obat-obatan lainnya, minum alkohol secara berlebihan? Jika ya, jelaskan jumlah serta frekuensi mengkonsumsinya. Serta jelaskan jika ada riwayat perawatan/mendapat terapi karena hal tersebut?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
4.	Apakah Anda memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi/bahaya atau masih aktif dalam pekerjaan berisiko tinggi (Menyelam, Panjat tebing, Mendaki gunung, Terjun payung, paralayang, balap motor/mobil, Pertambangan, Minyak dan Gas bumi, Kelautan, TNI/Polri, Penerbangan (selain dari penumpang resmi penerbangan terjadwal))? (Jika jawaban "Ya" mohon melengkapi kuesioner yang sesuai hobi/kegiatan/pekerjaan tersebut dan dilampirkan bersama SPAJ ini).	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
5.	Apakah Anda dalam 12 bulan terakhir ini/mendatang anda pernah/memiliki rencana bepergian/tinggal di luar negeri? Jika "Ya", jelaskan kapan waktu bepergiannya, negara tujuan, lama tinggal, serta kepentingannya.	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
6.	Apakah Anda pernah/sedang menderita penyakit atau menjalani pemeriksaan/perawatan pengobatan, operasi untuk penyakit/kelainan dibawah ini:	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
a.	Gangguan fungsi/sistem penglihatan dan gangguan pada mata lainnya?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
b.	Gangguan fungsi/sistem pada Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT)?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
c.	Gangguan fungsi/sistem Pernapasan, Paru-paru, Asma, Bronkitis, Tuberkulosis, Batuk Darah dan lainnya?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
d.	Gangguan fungsi/sistem Jantung dan Pembuluh Darah, Nyeri Dada, Serangan Jantung, Demam, Jantung Rematik, Tekanan Darah Tinggi (*Hipertensi*)/Rendah (*Hipotensi*), *Hiperkolesterol*, penyempitan/penyumbatan Pembuluh Darah Otak dan lainnya?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
e.	Gangguan fungsi/sistem Pencernaan & Organ dalam Perut/Lambung, Maag, Hernia, Hepatitis dan lainnya?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
f.	Gangguan fungsi/sistem Saraf dan Otot, Vertigo, Stroke, Sering Pusing atau Pingsan, Epilepsi (kejang), Kelumpuhan, Kesemutan, Baal, Gangguan Kejiwaan dan lainnya?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
g.	Gangguan fungsi/sistem Hati dan Pankreas, Kencing Manis (*Diabetes Melitus*), Batu Empedu, Tumor Hati, Penyakit Limpa dan lainnya?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
h.	Gangguan fungsi/sistem Kemih, Batu Ginjal, Gangguan Prostat, Gagal Ginjal, Organ Kelamin Dan penyakit akibat hubungan seksual?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
i.	Gangguan fungsi/sistem Tulang, Otot, Sendi, Kulit?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
j.	Gangguan fungsi/sistem Kelenjar dan Darah, Kelenjar Gondok, Kelenjar Getah Bening, Gangguan Hormon, Hemofilia, Anaemia, Thalassemia, Leukemia?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
k.	Gangguan fungsi/sistem Kekebalan Tubuh, HIV/AIDS atau segala gejala yang berhubungan dengan AIDS (Demam, Diare Kronis, Penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya), Malaria, Lupus dan lainnya?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak
l.	Gangguan fungsi Pertumbuhan Sel, Tumor, Kista, Kanker, Benjolan pada permukaan kulit atau Pertumbuhan abnormal lainnya?	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak

m. Gangguan Kesehatan lainnya yang tidak/belum dinyatakan diatas termasuk namun tidak ter- batas pada bentuk tubuh, kelainan/cacat fisik, kelainan/cacat bawaan dan lainnya? ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Ya ☐ Tidak

Jika pernyataan nomor 6 ada yang dijawab "Ya" mohon agar melengkapi pada kolom Kolom Penjelasan

Calon Tertanggung

No.	Nama Penyakit	Kapan Mulai Sakit	Lama Sakit	Nama Dokter	Nama Rumah Sakit / Klinik/Laboratorium/ Puskesmas	Alamat dan Nomor Telepon
1.		Bulan: ☐☐ Tahun: ☐☐				
2.		Bulan: ☐☐ Tahun: ☐☐				
3.		Bulan: ☐☐ Tahun: ☐☐				

Calon Pemegang Polis

No.	Nama Penyakit	Kapan Mulai Sakit	Lama Sakit	Nama Dokter	Nama Rumah Sakit / Klinik/Laboratorium/ Puskesmas	Alamat dan Nomor Telepon
1.		Bulan: ☐☐ Tahun: ☐☐				
2.		Bulan: ☐☐ Tahun: ☐☐				
3.		Bulan: ☐☐ Tahun: ☐☐				

7. Apakah anda telah memiliki atau sedang mengajukan pertanggungan asuransi jiwa, kecelakaan, kesehatan, pemulihan Polis? Serta apakah pengajuan Anda pernah ditolak/ditangguhkan/dikenakan *extra* Premi diubah dalam bentuk apapun oleh perusahaan asuransi jiwa? Calon Tertanggung ☐ Ya ☐ Tidak Calon Pemegang Polis ☐ Ya ☐ Tidak

Calon Tertanggung

No.	Nama Perusahaan	Nomor Polis	Jenis Manfaat	Tanggal Penerbitan	Uang Pertanggungan	Hasil Keputusan
1.						
2.						
3.						

Calon Pemegang Polis

No.	Nama Perusahaan	Nomor Polis	Jenis Manfaat	Tanggal Penerbitan	Uang Pertanggungan	Hasil Keputusan
1.						
2.						
3.						

8. Apakah Anda pernah mengajukan klaim ke perusahaan asuransi jiwa? ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Ya ☐ Tidak
Jika "Ya", mohon jelaskan alasannya?

9. Apakah Anda pernah mendapatkan atau bermaksud menjalani pemeriksaan kesehatan diagnostik, Sinar-X, USG, CT-scan, MRI, EKG, Treadmill, pemeriksaan darah, pemeriksaan urin, dan lain-lain? ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Ya ☐ Tidak

10. Khusus Calon Tertanggung anak-anak (usia ≤ 5 (lima) Tahun) :
Waktu lahir: ☐ Cukup bulan ☐ Prematur Panjang dan berat badan saat lahir: ☐☐ Cm / ☐☐ Kg

11. Pertanyaan khusus untuk wanita:

a. Apakah anda sedang hamil? Usia kehamilan: ☐☐ Minggu ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Ya ☐ Tidak

b. Adakah komplikasi pada kehamilan termasuk persalinan secara *sectio caesaria* yang dilakukan karena menderita suatu penyakit (Darah Tinggi, Hepatitis, dan lain-lain)? ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Ya ☐ Tidak

c. Apakah Anda mempunyai kelainan payudara/organ kewanitaan lainnya termasuk haid yang tidak teratur? Jika "Ya" jelaskan nama kelainan atau komplikasi dan nama dokter yang merawat pada kolom (Siapa, Apa, Kapan, Bagaimana, Dimana, Pengobatan yang dilakukan) ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Ya ☐ Tidak

d. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan *Pap Smear* dalam 1 (satu) tahun terakhir? ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Ya ☐ Tidak
Jika "Ya" jelaskan bagaimana hasilnya dan kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?

12. Apakah ada anggota keluarga Anda (Orang Tua, Anak, saudara kandung) yang menderita / dinyatakan terdiagnosa mengidap kelainan Jantung Koroner, Stroke, Kencing Manis (*Diabetes Melitus*), Kanker atau penyakit keturunan lainnya? ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Ya ☐ Tidak
(Jika ya mohon agar dijelaskan pada kolom dibawah ini)

Kolom Penjelasan jawaban "Ya" untuk seluruh pertanyaan pada bagian Data Kesehatan (Siapa, Apa, Kapan, Bagaimana, Dimana, Pengobatan yang dilakukan)

Catatan : Jika kolom penjelasan tidak cukup mohon agar dijelaskan dalam Formulir Pernyataan & Amendemen SPAJ atau Polis.

PERNYATAAN

Saya/Kami, Calon Tertanggung/Calon Pemegang Polis yang namanya tercantum dalam Pernyataan Kesehatan ini, menyatakan:

1. Saya/Kami telah membaca, mengerti dan memahami semua pertanyaan dan pernyataan dalam Pernyataan Kesehatan ini serta telah menjawab dan mengisi dengan lengkap dan benar. Saya/Kami menyetujui apabila pernyataan dan jawaban diatas tidak benar, maka PT Asuransi Jiwa BCA selaku "Penanggung" berhak untuk melakukan pembatalan asuransi jiwa ini sejak awal dan tidak wajib mengembalikan premi yang sudah dibayarkan, membayar manfaat klaim asuransi, serta memberikan ganti rugi apapun. Saya/Kami mempunyai kewajiban untuk memberitahukan kepada Penanggung setiap ada perubahan yang menyangkut kesehatan Saya/Kami, baik berupa penyakit atau cacat yang timbul/diderita setelah pengisian surat ini dan/atau pemeriksaan medis, (bila ada).
2. Saya/Kami menyetujui untuk membebaskan Penanggung dari segala klaim, tuntutan baik Pidana maupun Perdata dari pihak manapun dan kerugian apapun yang mungkin timbul apabila pernyataan, keterangan dan jawaban Saya/Kami dalam Pernyataan Kesehatan ini, dalam pemeriksaan kesehatan, kuesioner yang diperlukan atau perubahannya atau dokumen-dokumen lainnya bersama dengan Pernyataan Kesehatan ini adalah tidak benar.
3. Saya/Kami setuju bahwa dalam hal Saya/Kami tidak melengkapi persyaratan pengajuan asuransi jiwa yang diminta oleh Penanggung dalam waktu 60 (enam puluh) Hari Kalender sejak SPAJ sudah terdaftar pada sistem di Kantor Pusat Penanggung, atau Saya/Kami membatalkan pengajuan asuransi jiwa, maka Penanggung akan mengembalikan seluruh Premi yang telah dibayarkan, tanpa disertai tingkat hasil investasi, dikurangi dengan semua biaya administrasi serta biaya pemeriksaan kesehatan yang timbul (jika ada) dan pengajuan SPAJ dianggap batal.
4. Saya/Kami menyetujui membayar kepada Penanggung semua biaya pemeriksaan kesehatan yang timbul jika Saya/Kami membatalkan SPAJ dalam proses Underwriting atau setelah diputuskan dengan risiko standar.

SELANJUTNYA DENGAN INI SAYA/KAMI MEMBERIKAN KUASA KEPADA:

1. Dokter/Rumah Sakit/Klinik, Puskesmas, Perusahaan asuransi jiwa, organisasi lain atau orang lain yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Saya/Kami untuk memberitahukan kepada Penanggung segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Saya/Kami yang diperlukan dalam hubungan dengan perjanjian asuransi ini. Pemberian Kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan mengikat para Pengganti/Penerima Manfaat dan pihak Yang ditunjuk dan tetap berlaku setelah Saya/Kami meninggal dunia atau dalam keadaan cacat.
2. Pemberian Kuasa sebagaimana dimaksud diatas merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari SPAJ dan Pernyataan Kesehatan dan tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam Pasal 1813 KUHPerdata.

Ditandatangani di : _____ Pada tanggal : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ (Tanggal/Bulan/Tahun)

Calon Pemegang Polis	Calon Tertanggung
Nama Lengkap & Tanda Tangan	Nama Lengkap & Tanda Tangan
Orang Tua/Wali yang sah (Jika Usia Calon Tertanggung <21 Tahun)	**Tenaga Penjual**
Nama Lengkap & Tanda Tangan	Nama Lengkap & Tanda Tangan