

- I. Gangguan fungsi Pertumbuhan Sel, Tumor, Kista, Kanker, Benjolan pada permukaan kulit atau Ya Tidak Ya Tidak
 Pertumbuhan abnormal lainnya?
- m. Gangguan Kesehatan lainnya yang tidak/belum dinyatakan diatas termasuk namun tidak ter- Ya Tidak Ya Tidak
 batas pada bentuk tubuh, kelainan/cacat fisik, kelainan/cacat bawaan dan lainnya?

Jika pertanyaan nomor 6 terdapat satu atau lebih jawaban "Ya", mohon agar melengkapi kolom di bawah ini.

Apabila diperlukan dapat memberikan keterangan pada lembar tambahan yang harus ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari SPAJ ini.

(Calon) Tertanggung

No.	Nama Penyakit	Kapan Mulai Sakit	Lama Sakit	Nama Dokter	Rumah Sakit / Klinik / Laboratorium / Puskesmas	Alamat dan Nomor Telepon
1.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				
2.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				
3.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				

(Calon) Pemegang Polis

No.	Nama Penyakit	Kapan Mulai Sakit	Lama Sakit	Nama Dokter	Rumah Sakit / Klinik / Laboratorium / Puskesmas	Alamat dan Nomor Telepon
1.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				
2.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				
3.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				

7. Apakah anda telah memiliki atau sedang mengajukan pertanggung Asuransi Jiwa, kecelakaan, kesehatan, pemulihan Polis? Serta apakah pengajuan Anda pernah ditolak/ditangguhkan/dikenakan ekstra 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 Pertanggung	Hasil Keputusan
1.						
2.						
3.						

(Calon) Pemegang Polis

No.	Nama Perusahaan	Nomor Polis	Jenis Manfaat	Tanggal Penerbitan	Uang Pertanggung	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 Ya Tidak Ya Tidak
 diagnostik, Sinar-X, USG, CT-scan, MRI, EKG, Treadmill, pemeriksaan darah, pemeriksaan urin, dan lain-lain?

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, Diabetes 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 Ya Tidak Ya Tidak

merawat pada kolom (Siapa, Apa, Kapan, Bagaimana, Dimana, Pengobatan yang dilakukan)

- 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/ Ya Tidak Ya Tidak
 dinyatakan terdiagnosa mengidap kelainan Jantung Koroner, Stroke, Kencing Manis (*Diabetes Melitus*), Kanker atau penyakit keturunan lainnya?
 (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 : Apabila diperlukan lembar tambahan, dapat mempergunakan Formulir Pernyataan /Amdemen Untuk SPAJ & Pengajuan Pelayanan Polis yang diisi dan ditandatangani oleh (Calon) Pemegang Polis, (Calon) Tertanggung dan Tenaga Penjual.

A2. Pertanyaan Kesehatan khusus produk dengan manfaat Kesehatan

No.	Pertanyaan Kesehatan	(Calon) Tertanggung
-----	----------------------	---------------------

1. Apakah Anda dalam keadaan sehat jasmani dan rohani? Ya Tidak
 Jika TIDAK, mohon dapat dijelaskan pada Formulir Pernyataan /Amendemen SPAJ & Pengajuan Pelayanan Polis Asuransi secara terpisah
2. Tinggi Badan Cm
 Berat Badan Kg
 Apakah berat badan anda mengalami penurunan atau kenaikan drastis ($\geq 10\%$ dalam 1 (satu) bulan) dalam 6 (enam) bulan terakhir?
 Jika YA, sebutkan berapa besar kenaikan/penurunannya serta penyebabnya.

Besar Kenaikan/Penurunan (dalam Kg)	Penyebab

3. Apakah Anda telah memiliki atau sedang mengajukan pertanggungangan Asuransi Jiwa, kecelakaan, kesehatan, pemulihan polis? Serta apakah pengajuan Anda pernah ditolak/ ditangguhkan/dikenakan ekstra Premi diubah dalam bentuk apapun oleh perusahaan Asuransi Jiwa? Ya Tidak
 Jika YA, maka mohon agar melengkapi kolom dibawah ini.

No	Nama Perusahaan	Nomor Polis	Tanggal Diterbitkan	Uang Pertanggungangan	Hasil Keputusan

4. Berapa banyak anda merokok/merokok elektrik/Vape dalam 12 (dua belas) bulan terakhir? Tidak Merokok ≤ 40 batang/hari
 Untuk Jawaban YA pada poin b dan c diatas, mohon diisi pertanyaan dibawah ini :
 Sejak kapan anda memiliki kebiasaan merokok? >40 batang/hari

--

5. Apakah Anda memiliki kebiasaan atau pernah menggunakan obat-obatan psikotropika, stimulan, halusinogen, narkotika, zat adiktif atau obat-obatan substansi lainnya selain yang diresepkan oleh dokter atau apakah anda sedang atau pernah memiliki Riwayat penyalahgunaan alkohol /obat-obatan terlarang? Ya Tidak
 Jika "Ya", Mohon isi kolom sebagai berikut :

Kapan Terakhir Dikonsumsi (Bulan/ Tahun)	Jumlah Konsumsi (satuan ml/liter /mg /tablet)	Frekuensi (berapa kali setahun)	Riwayat Perawatan/terapi terkait hal tersebut

6. Apakah Anda :
- Pernah atau sedang didiagnosis
 - Pernah atau sedang berusaha untuk mendapatkan suatu diagnosa atau perawatan
 - Telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapatkan perawatan atau operasi; dan/atau
 - Melakukan pengobatan rutin atau memerlukan kunjungan Dokter secara berkala
- Untuk penyakit/kelainan seperti namun tidak terbatas pada :
- a. Semua jenis kanker ganas, Kencing Manis (Diabetes Melitus), Hipertensi, Penyakit Jantung Bawaan (Kongenital), Penyakit Ginjal Bawaan (Kongenital), Down's Syndrome, Serangan jantung atau penyumbatan pembuluh darah jantung, Hepatitis C atau D, HIV/AIDS, gagal ginjal, transplantasi ginjal, sirosis hati. Ya Tidak
 - b. Segala jenis kista, tumor jinak pada organ manapun. Ya Tidak
 - c. Endometriosis, uterine fibroid/mioma, termasuk penyakit pada sistem reproduksi lainnya. Ya Tidak
 - d. Tuberkulosis (TBC), Asma, Bronkhitis, batuk darah, sesak nafas atau penyakit / kelainan paru-paru lainnya. Ya Tidak
 - e. Amandel dan penyakit adenoid maupun kelainan pada tenggorokan lainnya. Ya Tidak
 - f. Kelainan dari kelenjar thyroid (hipertiroid, hipotiroid, goiter), parathyroid, kelenjar adrenal, kelenjar pituitari maupun penyakit kelenjar endokrin lainnya. Ya Tidak
 - g. Kelainan hidung, sinus, septum atau turbinatum maupun kelainan organ hidung lainnya. Ya Tidak
 - h. Katarak, glaukoma, kelainan telinga atau kelainan mata lainnya. Ya Tidak
 - i. Semua jenis epilepsi Ya Tidak
 - j. Semua perawatan yang berhubungan dengan tulang belakang dan/atau sumsum tulang belakang termasuk diskus, prolaps cakram antar ruas tulang belakang, maupun Hernia Nucleus Pulposus (HNP). Ya Tidak
 - k. Anal fistula dan/atau abses, perianal fistula dan/atau abses dan hemorrhoid. Ya Tidak
 - l. Hipertensi atau hipotensi, penyakit katup jantung, nyeri dada, aritmia (denyut jantung tidak teratur /lambat /cepat) serta penyakit jantung dan pembuluh darah lainnya. Ya Tidak
 - m. Penyakit atau kelainan pembuluh darah otak syaraf, termasuk namun tidak terbatas pada Transient Ischemic Attack, Stroke, Vertigo /Migren, kelumpuhan, kelemahan anggota tubuh, pingsan, kesemutan, baal, kelainan mental dan depresi. Ya Tidak
 - n. Radang kandung empedu, batu empedu, semua jenis hepatitis selain hepatitis A, sirosis hati, fibrosis hati maupun penyakit pada organ hati, empedu maupun pankreas lainnya. Ya Tidak
 - o. Peningkatan kolesterol (hyperkolesterolemia), peningkatan trigliserida (hypertrigliseridemia) maupun kelainan/penyakit metabolik lainnya. Ya Tidak
 - p. Batu saluran kemih, batu ginjal, gagal ginjal, kelainan prostat maupun penyakit saluran kemih, peningkatan asam urat (hyperuricemia), adanya darah / protein/gula di urin serta penyakit ginjal dan saluran kemih lainnya. Ya Tidak
 - q. Kegagalan organ tubuh utama seperti jantung, hati, ginjal, paru-paru dan pankreas. Ya Tidak
 - r. HIV-AIDS maupun penyakit autoimun lainnya (SLE (Systemic lupus erythematosus), dll). Atau penyakit menular seksual maupun penyakit kelamin lainnya. Ya Tidak
 - s. Maag/gastritis, dispepsia, tukak lambung, tukak usus, GERD, semua jenis Hernia maupun penyakit lambung dan pencernaan lainnya (usus kecil, usus besar (colon), dll) Ya Tidak
 - t. Rheumatik maupun kelainan sendi, otot, tulang maupun jaringan ikat lainnya. Ya Tidak
 - u. Penyakit bawaan/kongenital maupun herediter. Ya Tidak
 - v. Penyakit yang berhubungan dengan kelainan darah seperti namun tidak terbatas pada seluruh jenis anemia, leukimia, polisitemia, thalasemia, transfusi darah, dll. Ya Tidak
 - w. Penyakit yang terkait pembuluh limfe seperti namun tidak terbatas pada limfadenitis, limfadenopati, dll. Ya Tidak
 - x. Infeksi Coronavirus (seperti COVID 19, dll) maupun infeksi virus lainnya. Ya Tidak
 - y. Penyakit lain-lain yang tidak disebutkan di atas, termasuk namun tidak terbatas pada kelainan bentuk tubuh, kelainan/cacat fisik, dll. Ya Tidak

Jika pertanyaan diatas ada yang dijawab YA, mohon dapat mengisi kolom berikut, mengisi kuesioner (jika ada) dan dijelaskan pada Formulir Pernyataan /Amendemen SPAJ & Pengajuan Pelayanan Polis Asuransi secara terpisah (jika perlu).

Nama Penyakit	Mulai sakit (bln/th)	Lama Sakit (hari)	Terapi saat ini	Terakhir pengobatan/kontrol dokter (bln/th)	Rawat inap (Ya/Tidak)	Ada keluhan saat ini (Ya/Tidak)	Bentuk Keluhan	Frekuensi Serangan / keluhan (berapa kali setahun)	Ada Tindakan Operasi (Ya/Tidak)	Kapan Tindakan Operasi? (bln/th)

7. Apakah Anda : Ya Tidak

- Pernah atau sedang berusaha atau berencana untuk melakukan pemeriksaan kesehatan
- Telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapatkan atau bermaksud menjalani pemeriksaan kesehatan diagnostik, seperti namun tidak terbatas pada Sinar-X, USG, CT-scan, MRI, EKG, Treadmill, pemeriksaan darah, pemeriksaan urin, dan lain-lain?

Jika YA, mohon isi kolom berikut dan lampirkan seluruh copy pemeriksaan kesehatan tersebut

Alasan Pemeriksaan	Nama Dokter	Kapan dilakukan Pemeriksaan (bln/th)	Tempat Pelaksanaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Tindakan/Pemeriksaan (Normal/Abnormal Jelaskan)	Ada Tindakan Lanjutan? (Ya/ Tidak)	Jenis Tindakan lanjutan (jika ada)	Apakah Tindakan lanjutan masih rutin dilakukan? (Ya/Tidak)

8. Apakah Anda : Ya Tidak

- Pernah atau saat ini sedang atau akan mendapatkan perawatan di Rumah Sakit atau klinik untuk kondisi medis apapun.
- Sedang menunggu untuk menjalani segala bentuk pemeriksaan atau tes medis atau tindakan medis lainnya namun tidak terbatas pada tindakan pembedahan maupun pemeriksaan medis lainnya?

Jika YA, mohon dapat mengisi kolom berikut dan dijelaskan pada Formulir Pernyataan /Amendemen SPAJ & Pengajuan Pelayanan Polis Asuransi secara terpisah (jika perlu).

Diagnosa Dokter	Alasan Tindakan Pemeriksaan	Nama Dokter	Kapan dilakukan Tindakan/Pemeriksaan (bln/th)	Tempat Pelaksanaan	Jenis Tindakan/Pemeriksaan	Hasil Tindakan/Pemeriksaan (Normal/Abnormal Jelaskan)	Ada Tindakan Lanjutan? (Ya/ Tidak)	Jenis Tindakan lanjutan (jika ada)	Apakah Tindakan lanjutan masih rutin dilakukan? (Ya/Tidak)

9. Pertanyaan khusus untuk wanita:

a. Apakah Anda sedang hamil? Ya Tidak

Usia kehamilan : ___minggu

b. Adakah komplikasi pada kehamilan termasuk persalinan secara sectio caesaria Ya Tidak

yang dilakukan karena menderita suatu penyakit (Darah Tinggi, Hepatitis, Diabetes dan lain-lain)?

c. Apakah Anda mempunyai kelainan payudara/organ kewanitaan lainnya termasuk haid Ya Tidak

yang tidak teratur (nyeri haid berlebihan maupun haid yang sangat banyak) maupun benjolan payudara, dll?

Jika "Ya" jelaskan nama kelainan atau komplikasi dan nama dokter yang merawat pada kolom (Siapa, Apa, Kapan, Dimana, Pengobatan yang dilakukan, Bagaimana) pada kolom berikut dan dijelaskan pada Formulir Pernyataan /Amendemen SPAJ & Pengajuan Pelayanan Polis Asuransi secara terpisah (jika perlu).

Nama Kelainan/Komplikasi	Nama Dokter	Kapan dilakukan Pemeriksaan / Diagnosa (bln/th)	Nama Rumah Sakit / Klinik	Keluhan	Pengobatan	Tindakan Operasi (Ya/Tidak)	Kapan Terakhir Pengobatan Kontrol Dokter (bln/th)	Rawat Inap (Ya/Tidak)	Hasil Tindakan/Pemeriksaan (Normal/Abnormal Jelaskan)

d. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan Pap Smear dalam 1 (satu) tahun terakhir? Ya Tidak

Atau apakah Anda pernah disarankan untuk melakukan pemeriksaan mammografi, USG payudara maupun Pap Smear ulang dalam 6 (enam) bulan terakhir?

Jika "Ya" jelaskan bagaimana hasilnya dan kapan dilakukan pemeriksaan tersebut pada kolom berikut dan dijelaskan pada Formulir Pernyataan /Amendemen SPAJ & Pengajuan Pelayanan Polis Asuransi secara terpisah (jika perlu)

Alasan Tindakan/ Pemeriksaan	Kapan Dilakukan Pemeriksaan (bln/ th)	Hasil Pemeriksaan (Normal/ Abnormal Jelaskan)

10. Khusus Calon Tertanggung anak-anak (usia ≤5 (lima) tahun):

Waktu Lahir :

Panjang dan berat saat lahir:

Jika Calon Tertanggung anak masih berusia _ 2 (dua) tahun), mohon mengisi pertanyaan dibawah ini :

Apakah anak anda sudah dapat :

Cukup bulan Prematur
 ___ cm ___ kg

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mengangkat dan menahan kepala dengan stabil | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 2. Tengkurap | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 3. Merangkak | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 4. Duduk | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 5. Berdiri | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 6. Berjalan | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 7. Mengucapkan 1 - 2 kata sederhana | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 8. Mengikuti petunjuk sederhana seperti "ambil mainan" | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

B. PERNYATAAN

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

- 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).
- 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.
- Saya /Kami setuju bahwa dalam hal Saya /Kami tidak melengkapi persyaratan pengajuan asuransi jiwa dalam jangka waktu 60 (enam puluh) Hari Kalender atau perubahan Polis dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) Hari Kalender, Penanggung berhak membatalkan pengajuan asuransi jiwa atau perubahan Polis.

SELANJUTNYA DENGAN INI SAYA /KAMI MEMBERIKAN KUASA KEPADA:

- 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.
- 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)

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Pemegang Polis

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Tertanggung

()

Orang Tua /Wali yang sah
(Jika Usia (Calon) Tertanggung <21 Tahun)

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
Tenaga Penjual

Kode Tenaga Penjual: