



dengan AIDS (demam, diare kronis, penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya), Malaria, Lupus dan lainnya?

- 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 terbatas pada bentuk tubuh, kelainan/cacat fisik, kelainan/cacat bawaan dan lainnya?  Ya  Tidak  Ya  Tidak

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 pertanggungan 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	Manfaat Asuransi (Meninggal dunia, Kecelakaan, Kesehatan, Penyakit Kritis, Penyakit Terminal, dll)	Tanggal Penerbitan	Uang Pertanggungan	Hasil Keputusan
1.						
2.						
3.						

**(Calon) Pemegang Polis**

No.	Nama Perusahaan	Nomor Polis	Manfaat Asuransi (Meninggal dunia, Kecelakaan, Kesehatan, Penyakit Kritis, Penyakit Terminal, dll)	Tanggal Penerbitan	Uang Pertanggungan	Hasil Keputusan
1.						
2.						
3.						

8. Apakah Anda pernah mengajukan klaim ke perusahaan Asuransi Jiwa? Jika "Ya", mohon jelaskan alasannya?  Ya  Tidak  Ya  Tidak
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 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? Jika "Ya" jelaskan bagaimana hasilnya dan kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?  Ya  Tidak  Ya  Tidak

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? (Jika ya mohon agar dijelaskan pada kolom dibawah ini)  Ya  Tidak  Ya  Tidak

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/Amandemen 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 (≥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 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?  Ya  Tidak  
 Jika YA, maka mohon agar melengkapi kolom dibawah ini.

No	Nama Perusahaan	Nomor Polis	Tanggal Diterbitkan	Uang Pertanggung	Hasil Keputusan

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

Tidak

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).

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/Pe meriksaan (Normal/Abn ormal 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/Pe meriksaan (bln/th)	Tempat Pelaksanaan	Jenis Tindakan/ Pemeriksaan an	Hasil Tindakan/Pe meriksaan (Normal/Abn ormal 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 yang dilakukan karena menderita suatu penyakit (Darah Tinggi, Hepatitis, Diabetes dan lain-lain)?  Ya  Tidak
- c. Apakah Anda mempunyai kelainan payudara/organ kewanitaan lainnya termasuk haid yang tidak teratur (nyeri haid berlebihan maupun haid yang sangat banyak) maupun benjolan payudara, dll?  Ya  Tidak

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/Ko mplikasi	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/Pe meriksaan (Normal/Abn ormal 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 :

Cukup bulan       Prematur

Panjang dan berat saat lahir:

\_\_\_ cm                      \_\_\_ kg

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

Apakah anak anda sudah dapat :

1. Mengangkat dan menahan kepala dengan stabil

Ya       Tidak

2. Tengkurap

Ya       Tidak

3. Merangkak

Ya       Tidak

4. Duduk

Ya       Tidak

5. Berdiri

Ya       Tidak

6. Berjalan

Ya       Tidak

7. Mengucapkan 1 - 2 kata sederhana

Ya       Tidak

8. Mengikuti petunjuk sederhana seperti "ambil mainan"

Ya       Tidak

## B. PERNYATAAN DAN KUASA

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

- Saya/kami menyatakan pada saat penandatanganan formulir Pernyataan Kesehatan ini saya/kami dalam keadaan sadar sepenuhnya, tidak dilarang oleh ketentuan hukum yang berlaku, tidak dalam paksaan oleh dan/atau dari pihak manapun.
- Saya/kami menyetujui untuk bertanggung jawab sepenuhnya atas 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, tidak sesuai kondisi sebenarnya, dan tidak akurat.
- Saya/kami memberikan persetujuan kepada Penanggung untuk mengumpulkan, menyimpan, mengolah, serta menggunakan informasi atau keterangan yang Saya/kami berikan atau sampaikan dalam formulir ini dalam rangka proses pengajuan produk Asuransi dan selama Polis aktif guna pemanfaatan produk dan/atau layanan.
- Saya/kami memiliki hak atas perlindungan data pribadi sebagaimana diatur dalam ketentuan hukum yang berlaku. Hak-hak tersebut mencakup hak untuk mengakses, memperbaiki, menghapus, membatasi pemrosesan, menolak pemrosesan untuk tujuan tertentu, serta menarik persetujuan atas penggunaan data pribadi milik Saya/kami. Namun demikian, Penanggung dapat menolak permintaan Saya/kami antara lain apabila jika diperkenankan menurut hukum yang berlaku atau permintaan Saya/kami bertentangan dengan kepentingan hukum yang berlaku.
- Saya/kami mengetahui dan memahami bahwa Penanggung dapat melakukan penyimpanan data dan/atau informasi milik Saya/kami sesuai dengan ketentuan retensi penyimpanan data yang berlaku di Penanggung. Penanggung dapat menyimpan data dan/atau informasi Saya/kami lebih lama dari batas waktu yang ditentukan jika hal tersebut diperlukan untuk pemenuhan proses penegakan hukum serta kepentingan pengawasan sektor jasa keuangan yang dilakukan oleh penyelenggaraan negara.
- 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.
- Saya/Kami menyatakan bahwa Pernyataan dan Kuasa ini merupakan satu kesatuan dengan dokumen pengajuan asuransi dan akan mengikat Saya, Penerima Manfaat/Ahli Waris, serta seluruh keluarga Saya (jika ada). Segala pernyataan dan kuasa yang tercantum pada dokumen pengajuan asuransi juga berlaku untuk Formulir ini.

Selanjutnya dengan ini Saya 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 Saya/kami yang diperlukan dalam hubungan dengan 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.
- Penanggung untuk menyampaikan data dan/atau informasi kesehatan Saya/kami kepada regulator atau lembaga yang secara hukum sah untuk menerima data dan/atau informasi kesehatan Saya/kami untuk kepentingan kepatuhan terhadap hukum dan peraturan perundang – undangan.
- Pemberian kuasa sebagaimana dimaksud di atas merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari SPAJ dan Pernyataan Kesehatan. Dengan menandatangani formulir ini, Saya/kami memahami sepenuhnya dan menyatakan bahwa Pemberian Kuasa ini tidak akan berakhir karena sebab - sebab yang tercantum dalam Pasal 1813 dan 1814 Kitab Undang - undang Hukum Perdata Indonesia.

Seluruh data dan informasi akan diproses mengacu pada kebijakan internal perusahaan dan peraturan yang berlaku. Kebijakan internal mengenai perlindungan data dapat diakses melalui Kebijakan Privasi dalam website resmi kami [www.bcalife.co.id](http://www.bcalife.co.id).

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_

Pada tanggal :  /  /  (Tanggal/Bulan/Tahun)

( \_\_\_\_\_ )

Nama Lengkap & Tanda tangan  
(Calon) Pemegang Polis

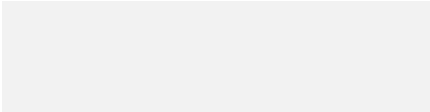
( \_\_\_\_\_ )

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: