

PERNYATAAN KESEHATAN

(untuk produk Asuransi Kumpulan)

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 Polis	:	<input type="text"/>	
Nomor Peserta	:	<input type="text"/>	
Nama Peserta	:	<input type="text"/>	
Jenis Identitas Diri	:	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> Paspor / KITAS
Nomor Identitas Diri	:	<input type="text"/>	
Tempat / Tanggal Lahir (sesuai dengan Identitas Diri)	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Usia : <input type="text"/> Tahun
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Wanita
Pekerjaan	:	<input type="text"/>	

DATA KESEHATAN

A1. Pertanyaan Kesehatan khusus produk dengan manfaat selain manfaat kesehatan

No.	Pertanyaan Kesehatan	Peserta
1.	Tinggi Badan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm
	Berat Badan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
	Apakah berat badan anda mengalami penurunan atau kenaikan drastis ($\geq 10\%$ dalam 1 (satu) bulan dalam 6 (enam) bulan terakhir?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2.	Apakah Anda merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir (termasuk rokok elektronik atau produk tembakau lainnya)? Jika "Ya", berapa batang per hari?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="text"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
6.	Apakah Anda pernah/sedang menderita penyakit atau menjalani pemeriksaan/perawatan pengobatan, operasi untuk penyakit/kelainan dibawah ini:	
	a. Gangguan fungsi/sistem penglihatan dan gangguan pada mata lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	b. Gangguan fungsi/sistem pada Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT)?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	c. Gangguan fungsi/sistem Pernapasan, Paru-paru, Asma, Bronkitis, Tuberkulosis, Batuk Darah dan lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	e. Gangguan fungsi/sistem Pencernaan & Organ dalam Perut/Lambung, Maag, Hernia, Hepatitis dan lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	f. Gangguan fungsi/sistem Saraf dan Otot, Vertigo, Stroke, Sering Pusing atau Pingsan, Epilepsi (kejang), Kelumpuhan, Kesemutan, Baal, Gangguan Kejiwaan dan lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	g. Gangguan fungsi/sistem Hati dan Pankreas, Kencing Manis (Diabetes Melitus), Batu Empedu, Tumor Hati, penyakit Limpa dan lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	h. Gangguan fungsi/sistem Kemih, Batu Ginjal, Gangguan Prostat, Gagal Ginjal, Organ Kelamin dan penyakit akibat hubungan seksual?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	i. Gangguan fungsi/sistem Tulang, Otot, Sendi, Kulit?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

- j. Gangguan fungsi/sistem Kelenjar dan Darah, Kelenjar Gondok, Kelenjar Getah Bening, Ya Tidak
Gangguan Hormon, Hemofilia, Anaemia, Thalassemia, Leukemia?
- k. Gangguan fungsi/sistem Kekebalan Tubuh, HIV/AIDS atau segala gejala yang berhubungan Ya Tidak
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 Ya Tidak
Pertumbuhan abnormal lainnya?
- m. Gangguan Kesehatan lainnya yang tidak/belum dinyatakan diatas termasuk namun tidak ter- 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 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	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
Jika "Ya", mohon jelaskan alasannya?
9. Apakah Anda pernah mendapatkan atau bermaksud menjalani pemeriksaan kesehatan 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
- 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? Jika "Ya" jelaskan nama kelainan atau komplikasi dan nama dokter yang merawat pada kolom (Siapa, Apa, Kapan, Bagaimana, Dimana, Pengobatan yang dilakukan) Ya Tidak
- d. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan *Pap Smear* dalam 1 (satu) tahun terakhir? 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 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 / Amandemen Untuk SPAJ & Pengajuan Pelayanan Polis yang diisi dan ditandatangani oleh (Calon) Pemegang Polis, (Calon) Tertanggung dan Tenaga Penjual.

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 Asuransi Kumpulan 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 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 Asuransi Kumpulan ini, dalam pemeriksaan kesehatan, kuesioner yang diperlukan atau perubahannya atau dokumen-dokumen lainnya bersama dengan Pernyataan Kesehatan Asuransi Kumpulan ini adalah tidak benar.
- Saya /Kami menyetujui bahwa perlindungan asuransi sebesar Free Cover Limit (Batas Penerimaan Otomatis) dinyatakan mulai berlaku sejak tanggal berlaku yang dicantumkan dalam Polis, Peserta masih hidup serta dalam keadaan sehat pada saat Polis diterima. Pengajuan Asuransi sebesar Uang Pertanggung yang diajukan akan mulai berlaku sejak disetujui oleh Penanggung dan Premi dibayarkan lunas dan telah diterima dalam Rekening Penanggung.
- Saya /Kami dengan ini mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya /Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung (sesuai yang tercantum dalam Pernyataan Kesehatan Asuransi Kumpulan ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, Bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung dalam rangka pengajuan Pernyataan Kesehatan Asuransi Kumpulan ini, pembayaran klaim dan pelayanan nasabah. Saya /Kami juga mengerti bahwa Saya /Kami berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai Saya /Kami tersebut dengan menghubungi Kantor Pusat Penanggung.
- Saya /Kami menyatakan bahwa setiap atau seluruh dana dan aset yang ditempatkan pada Penanggung akan tunduk pada hukum dan ketentuan perpajakan yang berlaku, baik di negara di mana saya / kami berdomisili dan / atau negara di mana saya /kami menjadi warga negaranya.
- Saya /Kami menyatakan bahwa pembayaran Premi untuk Polis Asuransi yang Saya /Kami ajukan berdasarkan Pernyataan Kesehatan Asuransi Kumpulan ini tidak berasal dari / untuk tujuan Tindak Pidana Pencucian Uang (Money Laundering) sebagaimana dimaksud dalam Peraturan dan Perundang-undangan yang berlaku tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang dan Pendanaan Terorisme. Apabila pembayaran yang dilakukan terindikasi sebagai transaksi keuangan yang mencurigakan maka Penanggung akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan. Penanggung juga berhak menolak pengajuan asuransi jiwa, membatalkan dan / atau menutup pertanggung asuransi jiwa jika Saya /Kami tidak memenuhi ketentuan yang diatur dalam Peraturan Program Anti Pencucian Uang (APU) dan Pencegahan Pendanaan Terorisme (PPT) yang berlaku.

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 tetap berlaku selamanya pada waktu Saya /Kami masih hidup atau dalam keadaan cacat ataupun telah meninggal dunia.
- Penanggung untuk meminta dan memperoleh keterangan dan data-data mengenai rekening dan /kondisi keuangan atas nama Saya /Kami dari Bank / Lembaga /Organisasi /Instansi atau pihak lainnya sehubungan dengan pelaksanaan Peraturan Mengenai Penerapan Prinsip Mengenal Nasabah bagi Lembaga Keuangan Non Bank yang berlaku. Pemberi Kuasa sebagaimana maksud tersebut diatas merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari Pernyataan Kesehatan Asuransi Kumpulan ini dan tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam Pasal 1813 KUH Perdata. Dalam hal meninggalnya Saya /Kami, Saya /Kami mewajibkan Ahli Waris atau Pengganti Saya /Kami yang sah untuk menegaskan kembali atau melakukan suatu dan segala hal yang perlu agar hal-hal yang termasuk dalam Pemberian Kuasa ini tetap berlaku.

Penanggung dapat menggunakan fotokopi Surat Kuasa ini untuk keperluan yang sah. Mengacu kepada Peraturan Otoritas Keuangan No. 01/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan, dengan ini Saya/Kami menyatakan setuju untuk dihubungi oleh Penanggung sehubungan dengan hal-hal sebagai berikut:

- a. Proses seleksi risiko/tele Underwriting (jika ada).
- b. Pemberitahuan tentang penerimaan dan/atau penolakan pengajuan Pernyataan Kesehatan Asuransi Kumpulan ini.
- c. Pemberitahuan mengenai proses yang terjadi sehubungan dengan Polis Asuransi yang akan diterbitkan berdasarkan Pernyataan Kesehatan Asuransi Kumpulan ini selama masa asuransi berlangsung.

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

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Pemegang Polis

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Tertanggung