

penyakit akibat hubungan seksual?

- i. Gangguan fungsi/sistem Tulang, Otot, Sendi, Kulit? Ya Tidak
- j. Gangguan fungsi/sistem Kelenjar dan Darah, Kelenjar Gondok, Kelenjar Getah Bening, Gangguan Hormon, Hemofilia, Anaemia, Thalassemia, Leukemia? 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
- l. Gangguan fungsi Pertumbuhan Sel, Tumor, Kista, Kanker, Benjolan pada permukaan kulit atau Pertumbuhan abnormal lainnya? 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

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 (Meninggal dunia, Kecelakaan, Kesehatan)	Tanggal Penerbitan	Uang Pertanggung	Hasil Keputusan
1.						
2.						
3.						

(Calon) Pemegang Polis

No.	Nama Perusahaan	Nomor Polis	Jenis Manfaat (Meninggal dunia, Kecelakaan, Kesehatan)	Tanggal Penerbitan	Uang Pertanggung	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 diagnostik, Sinar-X, USG, CT-scan, MRI, EKG, Treadmill, pemeriksaan darah, pemeriksaan urin, dan lain-lain? 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
- 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/organkewanitaan 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? Jika "Ya" jelaskan bagaimana hasilnya dan kapan dilakukan pemeriksaan tersebut? 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? 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 : 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 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 memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (utmost good faith) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("**Pemohonan Konsumen**"). Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib, dan telah mengungkapkan secara benar semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Asuransi Jiwa BCA selaku "Penanggung" dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
- Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan ("**Informasi Konsumen**") dalam formulir Pernyataan Kesehatan ini dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh Penanggung ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan produk asuransi adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak disengaja.
- Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (3) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, 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 Rawat Jalan ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Penanggung melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggungan Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/Pertanggungan Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya/Kami juga menyetujui bahwa Perusahaan Asuransi hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
 - Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Pertanggungan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - 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. Penanggung juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan yang ada dalam Polis Saya/Kami dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
- Sehubungan dengan klausula pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami menegaskan bahwa.

- a. Penandatanganan formulir Pernyataan Kesehatan ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Penanggung jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 4; dan
- b. Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan
6. Saya/Kami setuju 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 Pertanggungan yang diajukan akan mulai berlaku sejak disetujui oleh Penanggung dan Premi dibayarkan lunas dan telah diterima dalam Rekening Penanggung.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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
11. Saya/Kami menyatakan bahwa pembayaran Premi untuk Polis Asuransi yang Saya/Kami ajukan berdasarkan Pernyataan Kesehatan Asuransi Kumpulan ini tidak berasal dari/untuk tujuan Pencucian Uang, Pendanaan Terorisme dan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Perundang - undangan. 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 pertanggungan asuransi jiwa jika Saya/Kami tidak memenuhi ketentuan yang diatur dalam peraturan Program Anti Pencucian Uang, Pencegahan Pendanaan Terorisme dan/atau Pencegahan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Masal (APU-PPT & PPPSPM)
12. 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/Kami memberikan Kuasa kepada :

1. Dokter / 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 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.
2. Penanggung untuk meminta dan memperoleh keterangan dan data - data mengenai rekening dan/atau 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.
3. 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.
4. 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.
5. Penanggung dapat menggunakan copy dari Kuasa ini untuk keperluan yang sah mengacu pada ketentuan hukum yang berlaku tentang Perlindungan Konsumen di 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

Mengacu kepada Peraturan Otoritas Keuangan POJK 22 Tahun 2023 tentang Pelindungan Konsumen dan Masyarakat di 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.
6. 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.

Ditandatangani di :

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

()

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Pemegang Polis

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Tertanggung

