

KUESIONER ALKOHOL DAN PENGGUNAAN OBAT-OBATAN

Perlu diperhatikan:

1. Wajib diisi oleh (Calon) Pemegang Polis dan/atau (Calon) Tertanggung dengan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda (√) pada kotak sesuai pilihan.
2. Wajib diisi Orang Tua (Calon) Tertanggung, apabila (Calon) Tertanggung berusia <21 Tahun.
3. Wajib menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
4. Penulisan tanggal selalu mempergunakan format Tanggal-Bulan-Tahun.
5. 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.
6. Apabila telah diisi lengkap oleh (Calon) Pemegang Polis dan/atau (Calon) Tertanggung wajib diserahkan ke Kantor Pusat PT Asuransi Jiwa BCA ("Penanggung").

I. DATA (CALON) TERTANGGUNG

1. Nomor Surat Pengajuan Asuransi Jiwa: (SPAJ)/Polis Asuransi
2. Nama Lengkap (Calon) Tertanggung: (sesuai dengan KTP/Paspor)
3. Tempat, Tanggal lahir (Calon) Tertanggung: , / /

II. WAJIB DILENGKAPI (CALON) TERTANGGUNG

1. Apakah Anda pernah atau sedang mengonsumsi alkohol/obat-obatan? Ya Tidak
 Jika "Ya", mohon mengisi kolom di bawah ini.

| Jenis | Frekuensi | Dosis | Waktu Penggunaan | |
|-----------------------------|-----------|-------|------------------------|---------------------------|
| | | | Mulai (Tgl/Bln/Thn) | Berhenti (Tgl/Bln/Thn) |
| Alkohol | | | | |
| Narkotika | | | | |
| Amphetamine | | | | |
| Ganja, marijuana | | | | |
| Cocaine | | | | |
| Halusinogen | | | | |
| Penenang/obat tidur | | | | |
| Zat tertentu (lem, thinner) | | | | |
| Obat penghilang rasa sakit | | | | |
| Lainnya, sebutkan | | | | |

2. Jika Anda telah berhenti menggunakan alkohol/obat-obatan tersebut diatas.
(Mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini atas saran/permintaan siapa dan sejak kapan Anda berhenti).

3. Apakah Anda pernah melakukan konsultasi atau mendapatkan terapi dari dokter karena penggunaan alkohol/obat-obatan?

| Nama Dokter | Alamat | Waktu Konsultasi |
|-------------|--------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

4. Pernahkah Anda mengalami kondisi medis atau gangguan yang berhubungan dengan penggunaan alkohol/obat-obatan?

(Misal hepatitis, HIV, kesehatan mental, dan lain-lain) Ya Tidak

Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

5. Apakah Anda pernah atau sedang menjalani perawatan di rumah sakit karena penggunaan alkohol/obat-obatan? Ya Tidak

Jika "Ya", mohon mengisi secara rinci pada kolom di bawah ini.

- a. Nama Dokter :
- b. No. Telp/Hp :
- c. Alamat Dokter :

6. Apakah Anda saat ini masih mendapatkan perawatan? Ya Tidak (Jika "Ya", mohon mengisi kolom di bawah ini).

- a. Nama Dokter :
- b. No. Telp/Hp :
- c. Alamat Dokter :

7. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena kondisi ini? Ya Tidak

Jika "Ya", kapan: / / Dan berapa lama: Hari

8. Apakah pernah melakukan pemeriksaan kesehatan sehubungan penggunaan alkohol/obat-obatan? Ya Tidak

Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci dan berapa lama terjadinya pada kolom di bawah ini.

9. Mohon Anda memberikan informasi tambahan lain yang menurut Anda penting mungkin dapat membantu proses pengajuan asuransi ini dengan melengkapi kolom di bawah ini.

PERNYATAAN DAN KUASA

1. Saya menyatakan bahwa Saya telah memahami, menyetujui, dan menyatakan telah mengisi 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 bahwa Kuesioner ini merupakan bagian dari kontrak asuransi Jiwa, Kesehatan, Kecelakaan.
2. Saya memberi kuasa kepada Dokter/Rumah Sakit/Klinik, Puskesmas, Perusahaan asuransi jiwa, organisasi lain atau orang lain yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Saya untuk memberitahukan kepada Penanggung segala keterangan mengenai diri Saya 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 meninggal dunia atau dalam keadaan cacat
3. Saya 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
4. Saya menyatakan bahwa Kuasa ini berlaku pada saat Saya masih hidup dan akan tetap berlaku walaupun Saya telah meninggal dunia. Salinan dari surat kuasa ini berlaku sah seperti dokumen asli.
5. Saya memberikan persetujuan kepada Penanggung untuk mengumpulkan, menyimpan, mengolah, serta menggunakan informasi atau keterangan yang Saya berikan atau sampaikan dalam formulir ini dalam rangka proses pengajuan produk Asuransi dan selama Polis aktif guna pemanfaatan produk dan/atau layanan.
6. Saya 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. Namun demikian, Penanggung dapat menolak permintaan Saya antara lain apabila jika diperkenankan menurut hukum yang berlaku atau permintaan Saya bertentangan dengan kepentingan hukum yang berlaku.
7. Saya mengetahui dan memahami bahwa Penanggung dapat melakukan penyimpanan data dan/atau informasi milik Saya sesuai dengan ketentuan retensi penyimpanan data yang berlaku di Penanggung. Penanggung dapat menyimpan data dan/atau informasi Saya 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.
8. 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:

Tanggal:

 / /

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Pemegang Polis

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Tertanggung

()

Nama Lengkap & Tanda tangan Tenaga
Penjual