

## KUESIONER COVID - 19

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 menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
3. Penulisan tanggal selalu mempergunakan format Tanggal-Bulan-Tahun.
4. 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.
5. 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:
3. Tempat, Tanggal lahir (Calon) Tertanggung:  ,  /  /

### II. WAJIB DILENGKAPI (CALON) TERTANGGUNG

1. Apakah Anda saat ini dalam kondisi sehat?  Ya  Tidak

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

2. Apakah Anda pernah terdiagnosis menderita COVID-19?  Ya  Tidak

Jika "Ya", mohon agar sebutkan tanggal saat terdiagnosa :  -  -   
(dd) (mm) (yyyy)

3. Apakah Anda pernah atau sedang menjalani status sebagai Pasien dalam Pengawasan (PDP) atau Orang dalam Pemantauan (ODP)?  Ya  Tidak

Jika "Ya", mohon agar sebutkan tanggal saat terdiagnosa :  -  -   
(dd) (mm) (yyyy)

4. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan atau direkomendasikan untuk melakukan pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis COVID-19?  Ya  Tidak

Jika "Ya", mohon menjelaskan alasan melakukan pemeriksaan & hasil pemeriksaan pada kolom di bawah ini.

5. Apakah Anda pernah mengalami tanda atau gejala gangguan kesehatan yang mengarah ke diagnosis COVID-19, dalam hal ini, termasuk namun tidak terbatas pada adanya demam, batuk, nyeri tenggorokan, sesak nafas, gangguan nafas, dan mengalami kelelahan?  Ya  Tidak

Jika "Ya", mohon menjelaskan gejala yang dialami.

6. Apakah Anda sedang menderita penyakit dalam waktu 30 (tiga puluh) hari terakhir?  Ya  Tidak  
 Jika "Ya", mohon menjelaskan jenis penyakit apa yang dialami.

7. Apakah Anda memiliki riwayat kontak dengan Pasien terkonfirmasi COVID-19 PDP, ODP atau orang yang melakukan isolasi /karantina terkait COVID-19 dalam waktu 14 (empat belas) hari terakhir?  Ya  Tidak

8. Apakah Anda memiliki riwayat berpergian diluar domisili Anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari terakhir?  Ya  Tidak

Jika "Ya", mohon agar menjelaskan tujuan Anda.

Nama Kota Tujuan	Durasi (Hari)	Kepentingan

9. Apakah Anda berencana untuk berpergian ke luar domisili Anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kedepan?  Ya  Tidak

Jika "Ya", mohon agar menjelaskan tujuan Anda.

Nama Kota Tujuan	Durasi (Hari)	Kepentingan

10. Apakah Anda hingga saat ini masih melakukan aktivitas di luar tempat tinggal Anda?  Ya  Tidak  
 Jika "Ya", mohon agar menjelaskan keperluan aktivitas Anda.

11. Apakah dalam waktu 30 (tiga puluh) hari terakhir ini Anda pernah disarankan untuk melakukan isolasi mandiri terkait dengan adanya gejala COVID-19 ?  Ya  Tidak

12. Apakah Anda memiliki satu atau lebih dari riwayat penyakit berikut : Tidak

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Serangan atau penyakit jantung atau nyeri dada | <input type="checkbox"/> Hipertensi          |
| <input type="checkbox"/> Stroke   | <input type="checkbox"/> HIV - AIDS          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus                              | <input type="checkbox"/> Penyakit Autoimmune |
| <input type="checkbox"/> Penyakit lainnya, Sebutkan : _____             |  |

13. 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/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami telah memahami dan menyetujui untuk mengisi secara lengkap dan benar semua informasi dalam Kuesioner Covid-19 ini sesuai dengan keadaan sebenarnya sebagai bagian dari kontrak asuransi Jiwa/Kesehatan/Kecelakaan.
2. Saya memberi kuasa kepada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan Saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung mengenai semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan Saya.
3. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari SPAJ dan akan mengikat Saya, Penerima Manfaat/Ahli Waris, dan keluarga Saya (jika ada).
4. Kuasa ini tetap berlaku pada waktu Saya masih hidup maupun sesudah Saya meninggal dunia. Salinan/fotokopi dari surat kuasa ini sama sah berlakunya seperti dokumen asli.
5. Apabila informasi tersebut yang Saya/Kami berikan tidak benar, maka Penanggung berhak membatalkan Polis Saya/Kami sejak awal.

Ditandatangani:

Tanggal:

 /  / 

( )

Nama Lengkap & Tanda tangan  
(Calon) Pemegang Polis

( )

Nama Lengkap & Tanda tangan  
(Calon) Tertanggung

( )

Nama Lengkap & Tanda tangan  
Tenaga Penjual