

KUESIONER INFEKSI CORONAVIRUS (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: (sesuai dengan KTP/Paspor)
3. Tempat, Tanggal lahir (Calon) Tertanggung , / /

II. WAJIB DILENGKAPI (CALON) TERTANGGUNG

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

Jika “Ya”, mohon agar sebutkan tanggal saat terdiagnosa :

- -
(dd) (mm) (yyyy)

2. Apakah Anda sudah di vaksin COVID -19? Ya Tidak

Jika “Ya”, mohon agar menjelaskan berapa kali dan kapan dilakukan vaksin COVID-19?

3. Apakah Anda mengalami gejala selama terdiagnosa COVID-19 ? Ya Tidak

Manakah diantara gejala dibawah ini yang Anda alami selama terdiagnosa COVID - 19? (pilihan boleh lebih dari satu):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Batuk | <input type="checkbox"/> Hilang penciuman / perasa |
| <input type="checkbox"/> Demam | <input type="checkbox"/> Myalgia (nyeri otot atau sendi) |
| <input type="checkbox"/> Kelelahan / lemas | <input type="checkbox"/> Ruam pada kulit / perubahan warna jari tangan/kaki |
| <input type="checkbox"/> Nyeri tenggorokan | <input type="checkbox"/> Kehilangan kemampuan berbicara maupun bergerak (kelumpuhan) |
| <input type="checkbox"/> Diare | <input type="checkbox"/> Nyeri dada atau dada terasa seperti tertekan |
| <input type="checkbox"/> Sakit kepala | <input type="checkbox"/> Konjunktivitis (mata merah) |
| <input type="checkbox"/> Sesak nafas | <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan): _____ |

4. Apakah Anda pernah dirawat inap di rumah sakit terkait diagnosa COVID - 19 tersebut? Ya Tidak

Jika “Ya”, mohon melengkapi pertanyaan tambahan dibawah ini :

a. Tanggal pertama dilakukan rawat inap

/ /
(dd) (mm) (yyyy)

b. Tanggal selesai dilakukan rawat inap

/ /
(dd) (mm) (yyyy)

c. Jangka waktu perawatan rawat inap

5. Apakah pernah dilakukan perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU)?

Ya Tidak

Jika “Ya”, mohon melengkapi pertanyaan tambahan dibawah ini

a. Tanggal pertama dilakukan perawatan di ICU

 / /
(dd) (mm) (yyyy)

b. Tanggal selesai dilakukan perawatan di ICU

 / /
(dd) (mm) (yyyy)

c. Jangka waktu perawatan di ICU

6. Apa saja terapi/tindakan/pengobatan yang diterima selama terdiagnosa COVID - 19? (pilihan boleh lebih dari satu)

- Tidak ada terapi
- Terapi oksigen selang hidung (tanpa alat bantu pernafasan lain seperti oksigen tekanan tinggi/high flow nasal oxygen)
- Ventilator / alat bantu pernafasan (contoh : *high-flow nasal oxygen*, CPAP, BiPAP, *helmet ventilation*, dll)
- Dialisis / cuci darah
- Pengobatan. Mohon sebutkan (nama obat dan/atau vitamin beserta dosisnya (jika ingat) :
- Operasi. Mohon penjelasan jenis operasinya : _____
- Lainnya. Mohon penjelasan : _____

7. Apakah terdapat komplikasi dan/atau gejala sisa selama dan/atau setelah terdiagnosa COVID - 19?

Ya Tidak

Jika “Ya”, mohon memilih pernyataan dibawah ini (pilihan boleh lebih dari satu) :

- Komplikasi terhadap salah satu atau lebih organ dibawah ini :
 - Paru – paru (penyakit paru-paru seperti : radang paru (pneumonia), gagal nafas, dll)
 - Jantung (penyumbatan jantung, radang otot jantung, gagal jantung, dll)
 - Ginjal (gagal ginjal, dll)
- Stroke
- Hipertensi (baru terdiagnosa setelah terinfeksi COVID - 19)
- Diabetes Melitus (baru terdiagnosa setelah terinfeksi COVID - 19)
- Gangguan syaraf (seperti : sulit konsentrasi, hilang ingatan, kejang, dll)
- Shock Septik
- Penyakit Mental
- Lainnya. Mohon dijelaskan : _____

Jika Anda mengalami salah satu atau lebih komplikasi diatas mohon agar dijelaskan pada kolom dibawah ini:

8. Apakah saat ini Anda sudah sembuh dari infeksi COVID - 19?

YA. Tanggal dinyatakan sembuh (negative test COVID - 19 dan tidak ada gejala sisa) :

		/			/				
(dd)			(mm)			(yyyy)			

TIDAK. Mohon menjawab pertanyaan dibawah ini :

a. Mohon jabarkan keluhan yang saat ini masih dirasakan :

b. Apakah masih menjalani/mendapatkan terapi COVID - 19?

Tidak

Ya. Mohon penjelasan jenis terapi/pengobatan :

9. Apakah Anda saat ini dalam kondisi sehat?

Ya Tidak

Jika "Tidak", mohon menjelaskan secara rinci pada 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