

## KUESIONER EPILEPSI DAN KEJANG

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. Sejak umur berapa Anda terserang epilepsi?  Tahun
2. Berapa kali Anda terserang epilepsi?  kali per (Bulan/Tahun\*) \*coret yang tidak perlu
3. Kapan terakhir kali Anda terserang epilepsi?  /  /
4. Pada saat Anda terserang epilepsi, apakah:
  - Hanya hilang kesadaran sejenak tanpa kaku-kaku, kemudian lupa dengan apa yang telah terjadi.
  - Tiba-tiba jatuh atau kaku-kaku pada seluruh tubuh dengan irama kaku-lemas-kaku secara bergantian, juga terjadi pada otot-otot wajah dengan mulut berbusa. Dan pada saat terjadi kedua kaki dan lengan lurus, kesadaran hilang dan bila berakhir, kemudian tertidur.
5. Sebelum terjadi serangan, apakah Anda merasakan adanya pusing-pusing, mencium bau-bauan, melihat cahaya atau bunyi-bunyian?  Ya  Tidak  
 Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.
6. Apakah Anda pernah dirawat karena epilepsi?  Ya  Tidak  
 Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.
7. Apakah Anda selalu berkonsultasi/berobat ke Dokter?  Ya  Tidak  
 Jika "Ya", mohon melengkapi kolom di bawah ini.
 

Nama Lengkap Dokter	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
No. Telepon/Handphone	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Alamat Lengkap Dokter	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

8. Kapan terakhir kali Anda berkonsultasi dengan dokter?  /  /

Apakah Anda mendapat obat dokter?  Ya  Tidak (Jika "Ya", mohon mengisi kolom di bawah ini).

Nama Obat	Dosis	Frekuensi

9. Apakah Anda masih minum obat secara teratur hingga saat ini?  Ya  Tidak

10. Apakah Anda pernah menderita penyakit infeksi selaput otak/gegar otak sebelumnya?  Ya  Tidak

11. Apakah ada riwayat keluarga Anda yang menderita epilepsi?  Ya  Tidak

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

12. Apakah Anda menderita penyakit lain seperti di bawah ini:

- Kencing Manis (Diabetes Melitus)       Darah Tinggi (Hipertensi)  
 Tumor       Penyakit komplikasi lainnya, sebutkan .....

Mohon mengisi Kuesioner sesuai dengan penyakit lainnya yang Anda derita sesuai dengan pilihan pada nomor 12

13. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan berikut?

- Elektroensefalografi (rekaman syaraf otak)       Rontgen photo tengkorak (kepala)

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

14. 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](http://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