

## KUESIONER GANGGUAN PENCERNAAN

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. Gangguan pencernaan yang pernah Anda alami?  
 Tukak Lambung     Tukak Usus     Radang Usus Besar     Radang Usus 12 Jari  
 Maag     Lainnya, sebutkan .....  
 Mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.
2. Sejak kapan Anda mengalami gangguan pencernaan?  /  /
3. a. Berapa kali Anda terserang gangguan pencernaan?  kali per (bulan/tahun\*) \*coret yang tidak perlu  
 b. Kapan timbulnya keluhan terakhir?  /  /
4. Keluhan apa yang Anda rasakan?  
 Mual     Muntah     Muntah Darah     Nyeri Ulu Hati  
 Lainnya, sebutkan .....
5. a. Apakah Anda pernah mengalami muntah darah?  Ya     Tidak  
 b. Jika "Ya", kapan terakhir Anda mengalaminya?  /  /   
 c. Berapa kali Anda mengalami muntah darah?  kali per (bulan/tahun\*) \*coret yang tidak perlu  
 Mohon menjelaskan secara rinci dan cara mengatasinya pada kolom di bawah ini.
6. Jelaskan secara rinci keluhan nyeri yang Anda rasakan:  
 Timbul pada kondisi tertentu, jelaskan:   
 Nyeri berkurang bila sedang makan     Nyeri bertambah bila sedang makan

Nyeri menjalar ke seluruh tubuh lain:  Kepala  Dada  Perut  Lengan  
 Lainnya, sebutkan .....

7. Mohon jelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini mengenai nama obat yang Anda konsumsi dan lama pemakaiannya sehubungan dengan gangguan pencernaan?

--

8. Apakah obat yang Anda peroleh tersebut berdasarkan resep dokter?  Ya  Tidak

Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci (nama obat, dosis dan frekuensi penggunaannya) pada kolom di bawah ini.

Nama Obat	Dosis	Frekuensi

Nama Lengkap Dokter:

No. Telepon/Handphone:

Nama Klinik/Rumah Sakit:

Alamat Klinik/Rumah Sakit:

9. Mohon jelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini jenis dan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan sehubungan dengan gangguan pencernaan ini, termasuk tanggal pemeriksaannya. (Lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan)

--

10. Apakah Anda pernah mendapatkan perawatan Rumah Sakit sehubungan dengan gangguan pencernaan tersebut?

Ya  Tidak

Jika "Ya", sejak kapan:  /  /  s/d  /  /

Lama perawatan:  (bulan/tahun\*) \*coret yang tidak perlu

a. Nama Dokter :

b. Alamat Dokter :

11. Apakah Anda sampai saat ini masih dalam pengobatan?  Ya  Tidak

Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci (nama obat, dosis dan frekuensi penggunaannya) pada kolom di bawah ini.

Nama Obat	Dosis	Frekuensi

Nama Lengkap Dokter:

No. Telepon/Handphone:

Nama Klinik/Rumah Sakit:

Alamat Klinik/Rumah Sakit:

12. Dalam 2 (dua) tahun terakhir ini, apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena gangguan ini?  Ya  Tidak  
Jika "Ya", kapan:  /  /  Dan berapa lama?  Hari

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**

- 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.
- 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
- 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
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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