

KUESIONER INDUSTRI PERTAMBANGAN, PERMINYAKAN DAN GAS

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. Jabatan Anda saat ini. (*Borer; Cathead man; Construction superintendent; Conveyor operator; Crane operator; Derickman; Drilled; Field superintendent; Flame cutter; Floorman; Floormanbelow ground; Manhole maker; Pipe fitter; Power loader operator; pumpman; Rig electrician; Rig mechanic; Roughneck; Roustabout; Scaffolder; Topman; Watchman; Welder-cutter; Well pusher; Wireline operator*)
Mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.
2. Jika tidak termasuk dalam daftar di atas
Mohon menjelaskan jabatan dan rincian pekerjaan sehari-hari jabatan Anda tersebut pada kolom di bawah ini.
3. Sudah berapa lama Anda bekerja dalam bidang Pertambangan/Perminyakan/Gas?
Mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.
4. Mohon dijelaskan berapa persen pekerjaan Anda yang bersifat manual atau fisik dari total pekerjaan Anda serta uraian pekerjaan Anda sehari-hari pada kolom di bawah ini.
5. Apakah Anda ikut serta dalam aktifitas Tambang Terbuka/Open Cast Mining? Ya Tidak
Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

6. Dimana lokasi Anda bekerja?

Mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini (sebutkan nama lokasi dan daerah/provinsinya).

7. Apabila Anda bekerja di lapangan, mohon menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

a. Dimanakah lokasi Anda Bekerja berada?

Permukaan tanah/darat Lepas pantai

b. Bila di darat apakah di permukaan tanah atau di bawah tanah?

Permukaan tanah/darat Bawah tanah, sebutkan kedalamannya: meter

c. Apakah Anda juga bertugas di lepas pantai dan /atau bawah tanah?

Ya Tidak

Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini
(Berapa frekuensinya dalam 1 (satu) tahun berada di lokasi tersebut dan berapa lama)?

d. Apakah dalam bekerja Anda menggunakan bahan peledak?

Ya Tidak

e. Apakah Anda melakukan tugas penyelaman?

Ya Tidak

Jika "Ya", mohon mengisi dan melengkapi **Kuesioner Menyelam**

f. Apakah Anda bertugas di ketinggian tertentu?

Ya, berapa meter di atas permukaan laut: meter

Tidak

8. Transportasi apa yang Anda gunakan menuju lokasi kerja? Berapa lama waktu yang Anda perlukan untuk menuju lokasi?
(Jika menggunakan helikopter, mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini dan mengisi **Kuesioner Penerbangan**.)

9. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan kerja/gangguan kesehatan sehubungan dengan pekerjaan Anda?

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

10. 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 Industri Pertambangan, Perminyakan dan Gas 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