

KUESIONER KELAINAN KELENJAR GONDOK (TIROID)

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. Apa keluhan yang Anda alami dan Kapan pertama kali Anda mendapatkan gangguan pada kelenjar gondok (tiroid)? / /
 Mohon penjelasan

2. Apa diagnosa Dokter untuk gangguan kelenjar gondok (tiroid) Anda?
 Hipertiroidisme Hipotiroidisme Tiroiditis
 Penyakit Hashimoto Goiter Penyakit Grave
 Lainnya, sebutkan

3. Mohon melengkapi pada kolom di bawah ini dengan data Dokter dan tempat Anda konsultasi?
 Tanggal terakhir konsultasi / /
 Nama Lengkap Dokter:
 No. Telepon/Handphone:
 Nama Klinik/Rumah Sakit:
 Alamat Klinik/Rumah Sakit:

4. Apakah Anda pernah atau saat ini sedang mengkonsumsi obat sehubungan kelainan kelenjar gondok (tiroid)?

Ya Tidak (Jika "Ya", mohon mengisi kolom di bawah ini).

Tanggal Berobat	Nama Obat	Dosis	Frekuensi

	Tanggal	Keterangan
Kapan pengobatan dimulai		
Kapan pengobatan dihentikan		

Mohon jelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini alasan pengobatan dihentikan.

Mohon jelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini jika ada pengobatan lainnya.

5. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan medis sehubungan kelainan kelenjar gondok (tiroid)?

Ya Tidak (Jika "Ya", mohon melengkapi hasil pemeriksaan pada kolom di bawah ini).

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Hasil
T3		
T4		
TSH		
ECG		
Biopsi		
Scan/MRI/USG/lainnya		

6. Apakah Anda pernah dioperasi atau dianjurkan operasi untuk kelainan ini?

Ya Tidak

Jika "Ya", mohon berikan tanggal operasi: / /

Lama perawatan di Rumah Sakit: Hari

Jenis Operasi:

Nama Lengkap Dokter:

No. Telepon/Handphone:

Nama Klinik/Rumah Sakit:

Alamat Klinik/Rumah Sakit:

Mohon melampirkan hasil Patologi Anatomi operasi tersebut Ada Tidak

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

Menurut Dokter Anda, bagaimana hasil Patologi Anatomi tersebut?

Jinak Ganas Lainnya, sebutkan

7. Apakah ada pengobatan atau tindakan yang dilakukan setelah operasi?

Ya Tidak

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

	Ya	Tidak	Keterangan
Obat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Radioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Kemoterapi

Lainnya

8. 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 dan menyetujui untuk mengisi secara lengkap, benar, dan akurat, seluruh informasi dalam Kuesioner ini sesuai dengan keadaan sebenarnya sebagai 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 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 Kuasa ini merupakan satu kesatuan dengan SPAJ dan akan mengikat Saya, Penerima Manfaat/Ahli Waris, serta seluruh keluarga Saya (jika ada)
- 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 menyetujui apabila terdapat pernyataan, keterangan, dan jawaban yang Saya berikan dalam formulir ini tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya atau terdapat informasi yang Saya sembunyikan, yang apabila hal tersebut sejak awal diketahui oleh Penanggung dapat mempengaruhi hasil seleksi risiko (underwriting) Penanggung atas permohonan asuransi Saya, maka Penanggung (i) berhak untuk membatalkan Polis Saya, (ii) tidak wajib mengembalikan premi yang sudah dibayarkan, (iii) tidak wajib membayar manfaat Produk Asuransi, dan (iv) tidak akan memberikan ganti rugi apapun
- 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.

Ditandatangani:

Tanggal:

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Pemegang Polis

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Tertanggung

()

Nama Lengkap & Tanda tangan Tenaga
Penjual