

## KUESIONER PENERBANGAN

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. Anda terbang sebagai?  Pilot  Navigator  Pramugari

2. Apakah Anda memiliki pesawat sendiri?  Ya  Tidak

3. Sebutkan jenis pesawat apakah yang Anda terbangkan/tumpang? Mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

4. Mohon sebutkan secara rinci lisensi dan/atau sertifikat penerbangan yang Anda miliki.

Lisensi/Sertifikat	Tanggal Perolehan	Masa Berlaku

5. Apakah Anda berencana untuk merubah cakupan lisensi yang saat ini Anda miliki?  Ya  Tidak  
Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

6. Apakah Anda anggota suatu klub atau asosiasi kegiatan penerbangan?  Ya  Tidak  
Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

**7.** Mohon lengkapi kolom pertanyaan di bawah ini sesuai dengan jumlah jam terbang Anda:

Kategori Penerbangan	Tujuan	Jumlah Penerbangan			Jumlah Jam Terbang		
		Total	12 Bulan Terakhir	12 Bulan Yang Akan Datang	Total	12 Bulan Terakhir	12 Bulan Yang Akan Datang
Penerbangan berjadwal							
Penerbangan tidak berjadwal							
Penerbangan komersial							
Penerbangan pribadi							
Helikopter							
Terbang Layang							
Lainnya, sebutkan							

**8.** Nama lokasi/tempat/ bandara mulai penerbangan?  
 Mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

**9.** Apakah Anda terbang dari bandara control?  Ya  Tidak  
 Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

**10.** Pernahkah Anda mengalami kecelakaan terbang atau pelanggaran penggunaan /pencabutan lisensi?  
 Ya  Tidak (Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini).

**11.** Apakah Anda memiliki larangan dalam penerbangan yang dianjurkan dalam surat keterangan medis?  
 Ya  Tidak (Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini).

**12.** 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 Penerbangan 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