

KUESIONER TERBANG LAYANG

 Gliding

 Hang Gliding

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. Sebutkan jenis terbang layang yang Anda gunakan.
 Mohon sebutkan apakah menggunakan mesin atau tidak, buatan sendiri atau pabrik.
2. Mohon sebutkan secara rinci lisensi dan/atau sertifikat penerbangan yang Anda miliki.

Lisensi/Sertifikat	Tanggal Perolehan	Masa Berlaku
3. Apakah Anda bergabung dengan klub atau asosiasi terbang layang? Ya Tidak
 Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.
4. Seberapa sering Anda melakukan terbang layang dan berapa jam terbang Anda?

	Total	1 Tahun Terakhir	1 Tahun Yang Akan Datang (Perkiraan)
Jumlah Penerbangan			
Jumlah Jam Terbang			
5. Sebutkan tujuan terbang layang Anda

6. Adakah tujuan lain dari Anda melakukan terbang layang? (Misalnya kegiatan pertanian atau komersil dan lain-lain)

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

7. Apakah Anda berpartisipasi atau akan berpartisipasi dalam aerobatic, perlombaan, pameran atau tes terbang?

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

8. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan terbang layang atau ijin terbang Anda dicabut karena alasan tertentu?

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

9. 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 Terbang Layang 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