

KUESIONER UNTUK ANGGARAN BERSENJATA /KEPOLISIAN

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. PERTANYAAN WAJIB DILENGKAPI UNTUK (CALON) TERTANGGUNG

1. Anda termasuk dalam kesatuan? Militer Kepolisian
2. Mohon jelaskan divisi /bagian, jabatan, pangkat dan tempat bertugas Anda saat ini pada kolom di bawah ini.

3. Apakah Anda melakukan kegiatan yang berisiko tinggi, sesuai dengan tabel pertanyaan di bawah ini?

No	Pertanyaan	Pernyataan	
a.	Penjinak senjata?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
b.	Penjinak bahan peledak termasuk penghancuran dan pembuat peraturan?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
c.	Penyelam?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
d.	Penerbangan?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
e.	Terjun payung?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
f.	Misi perdamaian ke luar negeri?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
g.	Lainnya, sebutkan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

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

4. Mohon dapat dijabarkan dengan jelas rincian tugas Anda saat ini pada kolom di bawah ini.

5. Apakah Anda saat ini sedang bertugas atau akan ditugaskan ke lokasi yang berbahaya? Ya Tidak

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

6. 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 Angkatan Bersenjata/Kepolisian 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