

KUESIONER UNTUK PERJALANAN KE LUAR NEGERI / TINGGAL DI LUAR NEGERI

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:
3. Tempat, Tanggal lahir (Calon) Tertanggung: , / /

II. WAJIB DILENGKAPI (CALON) TERTANGGUNG

1. Apakah alasan utama untuk melakukan perjalanan atau bertempat tinggal di luar negeri?

Bisnis Liburan Lainnya, sebutkan

2. Sebutkan dengan rinci tujuan rencana bepergian dalam 12 (dua belas) bulan yang akan datang pada kolom di bawah ini:

Negara	Kota	Tanggal Tiba	Tanggal Berangkat	Tipe Visa

3. Sebutkan dengan rinci tujuan perjalanan yang telah dilakukan dalam 12 (dua belas) bulan terakhir pada kolom di bawah ini:

Negara	Kota	Tanggal Tiba	Tanggal Berangkat	Tipe Visa

4. Sebutkan kewarganegaraan Anda.
(Jika lebih dari 1 kewarganegaraan mohon sebutkan seluruhnya pada kolom di bawah ini).

5. Sebutkan dengan rinci aset atau perumahan yang dimiliki/dikontrol oleh Anda di negara yang Anda kunjungi atau negara tempat Anda tinggal, pada kolom di bawah ini:

6. Jika Anda berencana untuk berada di negara manapun selama lebih dari 21 hari, harap memberikan rincian sebagai berikut:

- a. Jenis tempat tinggal Anda:
(Misal: apartemen, rumah, hotel, tempat penampungan sementara, dan lain-lain).

- b. Alamat lengkap tempat tinggal Anda:
(Termasuk nama jalan dan nomor, kota, kode pos, negara).

- c. Seberapa jauh jarak fasilitas medis dari tempat tinggal Anda:
(Jarak menuju praktek dokter dan/atau rumah sakit).

7. Jika perjalanan Anda untuk tujuan bisnis, harap memberikan rincian sebagai berikut:

- a. Nama perusahaan/tempat usaha:

- b. Jenis usaha:

- c. Tugas dan tanggung jawab:

- d. Tanggal mulai perjalanan bisnis:

- e. Remunerasi tahunan:

- f. Sebutkan dengan rinci cara mendapatkan perawatan kesehatan dan cara atau prosedur dalam kasus penyakit berat atau cedera:

- g. Sarana transportasi yang tersedia di negara tersebut:
(Misal: angkutan umum atau pribadi, pesawat pribadi, dan lain-lain).

- h. Sebutkan alat/perangkat pengaman yang disiapkan/dipergunakan oleh pemberi kerja pada saat melakukan pekerjaan:

- i. Apakah Anda terikat dengan suatu kontrak atau perjanjian?
Mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.
(Tanggal mulai, durasi dan lain-lain serta memberikan fotokopi kontrak atau perjanjian jika tersedia).

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

1. Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami telah memahami dan menyetujui untuk mengisi secara lengkap dan benar semua informasi dalam Kuesioner Perjalanan Ke Luar Negeri/Tinggal Di Luar Negeri 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