PT Asuransi Jiwa BCA
Chase Plaza Lantai 22 | Jl. Jend. Sudirman Kav 21, Jakarta 12920
Telepon: (021) 21 888 000 | Faks: (021) 2934 7977 | Email: customer@bcalife.co.id

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: (sesuai dengan KTP/Paspor)

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:

PT Asuransi Jiwa BCA
Chase Plaza Lantai 22 | Jl. Jend. Sudirman Kav 21, Jakarta 12920
Telepon: (021) 21 888 000 | Faks: (021) 2934 7977 | Email: customer@bcalife.co.id

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).

PT Asuransi Jiwa BCA
Chase Plaza Lantai 22 | Jl. Jend. Sudirman Kav 21, Jakarta 12920
Telepon: (021) 21 888 000 | Faks: (021) 2934 7977 | Email: customer@bcalife.co.id

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 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.
2. 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.
3. Saya menyatakan bahwa Kuasa ini merupakan satu kesatuan dengan SPAJ dan akan mengikat Saya, Penerima Manfaat/Ahli Waris, serta seluruh keluarga Saya (jika ada)
4. 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.
5. 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
6. 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.
7. Saya memiliki hak atas pelindungan 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.
8. 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.
9. 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