



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 menyatakan bahwa Saya telah memahami, menyetujui, dan menyatakan telah mengisi secara benar semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Asuransi Jiwa BCA selaku "Penanggung" dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi, bahwa Kuesioner ini merupakan 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 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 Pernyataan dan Kuasa ini merupakan satu kesatuan dengan dokumen pengajuan asuransi dan akan mengikat Saya, Penerima Manfaat/Ahli Waris, serta seluruh keluarga Saya (jika ada). Segala pernyataan dan kuasa yang tercantum pada dokumen pengajuan asuransi juga berlaku untuk formulir ini
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 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.
6. Saya memiliki hak atas perlindungan 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.
7. 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.
8. 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](http://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