

Nomor SPAJ :

Nomor Polaris :

Nomor VA : 

02063

(Dilengkapi oleh Kantor Pusat)

DATA TENAGA PENJUAL (Wajib dilengkapi sebelum dikirim ke Kantor Pusat)

Nama Tenaga Penjual :

Kode Tenaga Penjual :

Nomor Lisensi :

Nama Produk :

Nomor Polaris :

Masa Berlaku :  /  /

Tanggal

Bulan

Tahun

Kode Produk :

Data Pemberi Referensi (Wajib dilengkapi sebelum dikirim ke Kantor Pusat)

Nama Pemberi Referral :

Nama Cabang :

Kode Cabang :

Area/Kanwil :

No. Induk Pegawai (NIP) :

Sumber Referral : CS/Teller/AO/AM/Lainnya  
(harap dapat dilingkari)

Tanggal Referral :  /  /

Tanggal

Bulan

Tahun

Informasi Penting Pengisian Surat Pengajuan Asuransi Jiwa

1. Wajib mengisi dengan benar dan lengkap pertanyaan di bawah ini berikut pertanyaan dalam setiap pemeriksaan kesehatan formulir tambahan yang diperlukan atau perubahannya, sesuai dengan keadaan sebenarnya.

2. Diisi menggunakan tinta hitam dan menggunakan huruf besar/kapital.

3. Gunakan tanda silang (X) pada pilihan kolom kotak dan wajib menandatangani setiap koreksi penulisan atau pengisian dalam bentuk coretan.

4. Melampirkan fotokopi Identitas Diri (KTP/Paspor) sedangkan untuk WNA melampirkan Paspor & KITAS yang masih berlaku.

CATATAN PENTING YANG HARUS DIPERHATIKAN

1. Produk Asuransi ini adalah produk asuransi milik PT Asuransi Jiwa BCA (selanjutnya disebut "Penanggung").

2. PT Bank Central Asia, Tbk (selanjutnya disebut "Bank"), hanya bertindak sebagai pihak yang mereferensikan atau merekomendasikan produk asuransi Penanggung kepada Calon Pemegang Polis, karenanya Bank tidak bertanggung jawab atas kinerja produk asuransi ini.

3. Produk ini bukan merupakan produk dan tanggung jawab Bank sehingga tidak dijamin oleh Bank serta tidak termasuk dalam cakupan program penjaminan sebagaimana dimaksud dalam ketentuan perundang-undangan mengenai lembaga penjamin simpanan. Khusus untuk produk Unit Link, Bank juga tidak bertanggung jawab terhadap keuntungan atau kerugian dari jumlah premi yang dibayarkan kepada Penanggung.

4. Bank tidak bertanggung jawab atas segala informasi serta materi yang dikeluarkan atau disebarluaskan sebagaimana tercantum dalam brosur dari produk asuransi ini berikut setiap perubahannya atau dokumen lain yang secara resmi disetujui dan dikeluarkan oleh Penanggung sehubungan dengan produk asuransi ini.

5. Sebelum memutuskan untuk membeli produk asuransi ini, Calon Pemegang Polis terlebih dahulu harus memahami dan mempertimbangkan segala risiko terkait dengan produk asuransi ini.

6. Calon Pemegang Polis dengan ini membebaskan Bank, dan/atau Karyawan Bank yang mereferensikan atau merekomendasikan produk asuransi milik Penanggung dari segala tuntutan dan/atau gugatan dari siapapun dan dalam bentuk apapun termasuk dari Calon Pemegang Polis sehubungan dengan transaksi pembelian produk asuransi ini.

7. Penanggung bertanggung jawab sepenuhnya atas persetujuan atau penolakan pengajuan asuransi, penerbitan Polis dan pembayaran atau penolakan klaim.

Telah dibaca dan disetujui oleh  
Calon Pemegang Polis

Nama & Tanda tangan Calon Pemegang Polis

A. DATA CALON PEMEGANG POLIS

A1. PERORANGAN

1. Nomor CIN :  (Dilengkapi oleh Bank)

2. Nama Lengkap :

3. Jenis Identitas Diri :  KTP  SIM  Paspor  KIMS/KITAS  Lainnya, sebutkan.....

4. Nomor Identitas Diri :  Masa berlaku :  /  /

Tanggal

Bulan

Tahun

5. Tempat / Tanggal Lahir :  /  /  Usia :  Tahun

Tanggal

Bulan

Tahun

6. Kewarganegaraan :  WNI  WNA, sebutkan..... (Jika jawaban "WNA" mohon melampirkan fotokopi KITAS & Paspor, dan melengkapi kuesioner WNA)

7. Apakah Anda merupakan warga negara atau wajib pajak Amerika Serikat?  Ya  Tidak (Jika jawaban "YA" mohon lampirkan formulir W8/W9)

8. Jenis Kelamin :  Laki-laki  Wanita

9. Status Pernikahan :  Belum Menikah  Menikah  Janda/Duda

10. Agama :  Islam  Kristen Katolik  Kristen Protestan  Hindu  Budha  Kong Hu Cu

11. a. Nama Perusahaan/Instansi/Sekolah :

## A2. PERUSAHAAN /BERBADAN HUKUM

1. Nama Perusahaan :																								
2. Jenis Perusahaan :	<input type="checkbox"/> Perseroan Terbatas <input type="checkbox"/> Yayasan <input type="checkbox"/> BUMN <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan.....																							
3. Nomor Anggaran Dasar / Akta Pendirian :																								
Tanggal Berlaku :	<input type="text"/> <input type="text"/>		/		<input type="text"/> <input type="text"/>		/		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
	Tanggal				Bulan				Tahun															
4. Nomor Surat Ijin Usaha:																								
Tanggal Berlaku :	<input type="text"/> <input type="text"/>		/		<input type="text"/> <input type="text"/>		/		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
	Tanggal				Bulan				Tahun															
5. Nomor TDP :																								
Tanggal Berlaku :	<input type="text"/> <input type="text"/>		/		<input type="text"/> <input type="text"/>		/		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
	Tanggal				Bulan				Tahun															
6. Nomor SKDP (Domisili) :																								
Tanggal Berlaku :	<input type="text"/> <input type="text"/>		/		<input type="text"/> <input type="text"/>		/		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
	Tanggal				Bulan				Tahun															
7. Nomor NPWP (jika ada) :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												Tanggal : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
													Tanggal     Bulan     Tahun											
8. Bidang Usaha																								

9. Alamat Perusahaan : Kota : Kode Pos :
10. Aset Perusahaan (Rp) : <100 Juta 100 Juta - 1 Miliar >1 Miliar-10 Miliar >10 Miliar-100 Miliar >100 Miliar
11. Aset Perusahaan (Rp) : <100 Juta 100 Juta - 500 Juta >500 Juta - 1 Miliar >1 Miliar-100 Miliar >10 Miliar

**Pihak Yang Ditunjuk Untuk Menerima Kuasa dan Berwenang Untuk Bertindak Untuk dan Atas Nama Perusahaan**

1. Nama Lengkap : Masa berlaku : Tanggal Bulan Tahun
2. Jabatan / Pangkat / Golongan :
3. Nomor Identitas Diri :
4. Hubungan dengan Calon : Perusahaan / Karyawan Lainnya, sebutkan.....
5. Tujuan Pembelian : Tabungan Proteksi Investasi Pendidikan Lainnya, sebutkan.....

**Informasi Penting Jika Calon Pemegang Polis Perusahaan / Badan Hukum wajib melampirkan dokumen:**

1. Fotokopi Akta Pendirian / Anggaran Dasar Perusahaan berikut perubahan Anggaran Dasar beserta pengesahannya oleh Menteri Hukum dan HAM / Instansi terkait.
2. Fotokopi Surat Izin Usaha (SIUP) atau Surat Izin Tempat Usaha (SITU) atau Surat Izin lainnya dari instansi berwenang.
3. Fotokopi Surat Keterangan Domisili.
4. Fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP).
5. Fotokopi Laporan Keuangan yang telah di audit.
6. Fotokopi Identitas Diri (KTP / Paspor & KITAS) yang masih berlaku Direktur atau Pemilik Perusahaan / Badan Hukum.
7. Surat Kuasa kepada pihak-pihak yang ditunjuk untuk bertindak untuk dan atas nama Perusahaan / Badan Hukum dalam melakukan hubungan usaha dengan perusahaan asuransi (Bila dikuasakan).
8. Fotokopi Identitas Diri (KTP / Paspor & KITAS) yang masih berlaku pihak-pihak yang ditunjuk untuk bertindak untuk dan atas nama Perusahaan / Badan Hukum dalam melakukan hubungan usaha dengan perusahaan asuransi (Bila dikuasakan).

**B. DATA CALON TERTANGGUNG**

1. Nomor CIN : (Dilengkapi oleh Bank)
2. Nama Lengkap : (sesuai dengan Identitas Diri)
3. Jenis Identitas Diri : KTP SIM Paspor KIMS / KITAS Lainnya, sebutkan.....
4. Nomor Identitas Diri : Masa berlaku : Tanggal Bulan Tahun
5. Tempat / Tanggal Lahir : Usia : Tahun
6. Kewarganegaraan : WNI WNA, sebutkan..... (Jika jawaban "WNA" mohon melampirkan fotokopi KITAS & Paspor, dan melengkapi kuesioner WNA)
7. Apakah Anda merupakan warga negara atau wajib pajak Amerika Serikat? Ya Tidak (Jika jawaban "YA" mohon lampirkan formulir W8 / W9)
8. Jenis Kelamin : Laki-laki Wanita
9. Status Pernikahan : Belum Menikah Menikah Janda / Duda
10. Agama : Islam Kristen Katolik Kristen Protestan Hindu Budha Kong Hu Cu
11. a. Nama Perusahaan / Instansi / Sekolah : Pekerjaan Utama : Bidang Usaha : Jabatan : Uraian Pekerjaan : b. Pekerjaan Tambahan :
12. Alamat Tempat Tinggal : Kota : Kode Pos : Telp : -
13. Nomor Ponsel : 1. 2.
14. Alamat e-mail :

15. Alamat Kantor :

Kota :  Kode Pos :

Telp :  -

16. Alamat Korespondensi : ☐ Alamat Tempat Tinggal ☐ Alamat Kantor

17. Hubungan dengan Calon : ☐ Diri Sendiri ☐ Suami / Istri ☐ Orang Tua / Anak ☐ Perusahaan / Karyawan ☐ Lainnya, sebutkan.....

18. Tujuan Pembelian Asuransi : ☐ Tabungan ☐ Proteksi ☐ Investasi ☐ Pendidikan ☐ Lainnya, sebutkan.....

19. Nomor NPWP (jika ada) :  Tanggal :  /  /

20. Penghasilan Kotor Per Tahun

Gaji : ☐ Rp ☐ USD Jumlah Penghasilan / tahun

Hasil Usaha : ☐ Rp ☐ USD Jumlah Penghasilan / tahun

Penghasilan Lainnya : ☐ Rp ☐ USD Jumlah Penghasilan / tahun

Jelaskan Sumbernya :

21. Sumber Dana Pembelian Asuransi :

### C. DATA CALON PENERIMA MANFAAT

No.	Nama Lengkap (Diisi sesuai dengan Identitas Diri yang berlaku)	Tanggal Lahir			L / P	Hubungan dengan Calon Tertanggung *	Kewarganegaraan
		Tanggal	Bulan	Tahun			
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

\*Hubungan antara Calon Penerima Manfaat dengan Calon Tertanggung harus memiliki hubungan *insurable interest*.

### D. ILUSTRASI \*

Segala ketentuan yang terkait dengan Manfaat Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan, usia Calon Pemegang Polis / Calon Tertanggung, Uang Pertanggungan, frekuensi pembayaran adalah sebagaimana yang terdapat pada ilustrasi yang dilampirkan sebagai berikut:

Nama Tenaga Penjual

Nomor Ilustrasi  Tanggal:  /  /

Kode Tenaga Penjual

\* Wajib lengkapi sesuai dengan ilustrasi yang dilampirkan

### E. DATA PEMBAYARAN PREMI

1. Mata Uang : ☐ Rupiah ☐ USD

2. Frekuensi Pembayaran : ☐ Tahunan ☐ Semesteran ☐ Triwulan ☐ Bulanan ☐ Sekaligus

3. Pembayar Premi : ☐ Pemegang Polis Perorangan ☐ Pemegang Polis Perusahaan / Badan Hukum

☐ Tertanggung ☐ Pihak ketiga (selain Pemegang Polis dan Tertanggung)

4. Cara Pembayaran Premi : ☐ Debit Rekening ☐ Debit Kartu Kredit ☐ Lainnya, sebutkan .....

5. Wajib diisi untuk pengembalian Premi dan untuk media pembayaran Premi Lanjutan melalui Debit Rekening / Debit Kartu Kredit:

Nama Pemilik Rekening / Kartu Kredit

Nomor Rekening / Kartu Kredit

Nama Bank

Nama Cabang

6. Apakah dalam pengajuan asuransi Anda, selain Anda dan Calon Tertanggung terdapat Pihak ketiga yang meminta mengajukan asuransi ini, menjadi pembayar Premi meminta hak atas manfaat Polis? ☐ Ya ☐ Tidak Bila jawaban Anda "Ya", mohon isi dan lengkapi Formulir Keterangan Tambahan untuk Pihak ketiga.

## F. DATA KESEHATAN

Pertanyaan Kesehatan	Calon Tertanggung	Calon Pemegang Polis
1. a. Tinggi Badan b. Berat Badan Apakah berat badan Anda mengalami penurunan atau kenaikan drastis ( $\geq 10\%$ dalam 1 (satu) bulan) dalam 6 (enam) bulan terakhir?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2. Apakah Anda merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir (termasuk rokok elektronik atau produk tembakau lainnya)? Jika "Ya", berapa batang per hari?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="text"/> <input type="text"/> Batang/Hari	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="text"/> <input type="text"/> Batang/Hari
3. Apakah Anda memiliki kebiasaan atau pernah menggunakan narkoba, zat adiktif atau obat-obatan lainnya, minum alkohol secara berlebihan? Jika "Ya", jelaskan jumlah serta frekuensi mengkonsumsinya. Serta jelaskan jika ada riwayat perawatan/mendapat terapi karena hal tersebut?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
4. Apakah Anda memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang beresiko tinggi/bahaya atau masih aktif dalam pekerjaan beresiko tinggi (menyelam, panjat tebing, mendaki gunung, terjun payung, paralayang, balap motor/mobil, pertambangan, minyak dan gas bumi, Kelautan, TNI/Polri, penerbangan (selain dari penumpang resmi penerbangan terjadwal)? (Jika jawaban "Ya" mohon melengkapi kuesioner yang sesuai hobi/kegiatan/pekerjaan tersebut dan dilampirkan bersama SPAJ ini).	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5. Apakah Anda dalam 12 bulan terakhir ini/mendatang Anda pernah/memiliki rencana bepergian/tinggal di luar negeri? Jika "Ya", jelaskan kapan waktu bepergiannya, negara tujuan, lama tinggal, serta kepentingannya.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
6. Apakah Anda pernah/sedang menderita penyakit atau menjalani pemeriksaan/perawatan, pengobatan, operasi untuk penyakit/kelainan dibawah ini:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
a. Gangguan fungsi/sistem penglihatan dan gangguan pada mata lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
b. Gangguan fungsi/sistem pada Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT)?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
c. Gangguan fungsi/sistem Pernapasan, Paru-paru, Asma, Bronkitis, Tuberkulosis, Batuk Darah dan lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
d. Gangguan fungsi/sistem Jantung dan Pembuluh Darah, Nyeri Dada, Serangan Jantung, Demam, Jantung, Rematik, Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi)/Rendah, (Hipotensi), Hiperkolesterol, Penyempitan/Penyumbatan Pembuluh Darah Otak dan lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
e. Gangguan fungsi/sistem Pencernaan & Organ dalam Perut/Lambung, Maag, Hernia, Hepatitis dan lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
f. Gangguan fungsi/sistem Saraf dan Otot, Vertigo, Stroke, Sering Pusing atau Pingsan, Epilepsi (kejang), Kelumpuhan, Kesemutan, Baal, Gangguan Kejiwaan dan lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
g. Gangguan fungsi/sistem Hati dan Pankreas, Kencing Manis (Diabetes Melitus), Batu Empedu, Tumor Hati, penyakit Limpa dan lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
h. Gangguan fungsi/sistem Kemih, Batu Ginjal, Gangguan Prostat, Gagal Ginjal, Organ Kelamin dan penyakit akibat hubungan seksual?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
i. Gangguan fungsi/sistem Tulang, Otot, Sendi, Kulit?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
j. Gangguan fungsi/sistem Kelenjar dan Darah, Kelenjar Gondok, Kelenjar Getah Bening, Gangguan Hormon, Hemofilia, Anemia, Thalassemia, Leukemia?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
k. Gangguan fungsi/sistem Kekebalan Tubuh, HIV/AIDS atau segala gejala yang berhubungan dengan AIDS (demam, diare kronis, penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya), Malaria, Lupus dan lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
l. Gangguan fungsi Pertumbuhan Sel, Tumor, Kista, Kanker, Benjolan pada permukaan kulit atau pertumbuhan abnormal lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
m. Gangguan Kesehatan lainnya yang tidak/belum dinyatakan diatas termasuk namun tidak terbatas pada kelainan bentuk tubuh, kelainan/cacat fisik, kelainan/cacat bawaan dan lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Jika pertanyaan nomor 6 dijawab "Ya" maka mohon agar melengkapi kolom dibawah ini

Apabila diperlukan dapat memberikan keterangan pada lembar tambahan. Lembar tambahan tersebut harus ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari SPAJ ini.

Calon Tertanggung

No.	Nama Penyakit	Kapan Mulai Sakit	Lama Sakit	Nama Dokter	Rumah Sakit /Klinik / Laboratorium /Puskesmas	Alamat dan Nomor Telepon
1.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				
2.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				
3.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				

Calon Pemegang Polis

No.	Nama Penyakit	Kapan Mulai Sakit	Lama Sakit	Nama Dokter	Rumah Sakit /Klinik / Laboratorium /Puskesmas	Alamat dan Nomor Telepon
1.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				
2.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				
3.		Bulan: <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun: <input type="text"/> <input type="text"/>				

7. Apakah Anda telah memiliki atau sedang mengajukan pertanggungan Asuransi Jiwa, kecelakaan, kesehatan, pemulihan polis? Serta apakah pengajuan Anda pernah ditolak/ ditangguhkan/dikenakan ekstra Premi diubah dalam bentuk apapun oleh perusahaan Asuransi Jiwa?

☐ Ya ☐ Tidak

☐ Ya ☐ Tidak

Apabila jawaban "Ya" maka mohon agar melengkapi kolom dibawah ini.

a. Calon Tertanggung

No	Nama Perusahaan	Nomor Polis	Tanggal diterbitkan	Uang Pertanggungan	Hasil Keputusan
1.					
2.					
3.					

b. Calon Pemegang Polis

No	Nama Perusahaan	Nomor Polis	Tanggal diterbitkan	Uang Pertanggungan	Hasil Keputusan
1.					
2.					
3.					

8. Apakah Anda pernah mengajukan klaim ke perusahaan Asuransi Jiwa? Jika "Ya", mohon jelaskan alasannya.

☐ Ya ☐ Tidak

☐ Ya ☐ Tidak

9. Apakah Anda pernah mendapatkan atau bermaksud menjalani pemeriksaan kesehatan diagnostik, seperti Sinar-X, USG, CT-scan, MRI, EKG, Treadmill, pemeriksaan darah, pemeriksaan urin, dan lain-lain?

☐ Ya ☐ Tidak

☐ Ya ☐ Tidak

10. Khusus Calon Tertanggung anak-anak (usia  $\leq$  5 (lima) tahun):

Waktu Lahir: ☐ Cukup Bulan ☐ Prematur

Panjang dan berat saat lahir:  Cm  Kg

11. Pertanyaan khusus untuk wanita:

a. Apakah Anda sedang hamil? Usia kehamilan <input type="text"/> <input type="text"/> Minggu	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
b. Adakah komplikasi pada kehamilan termasuk persalinan secara sectio caesaria yang dilakukan karena menderita suatu penyakit (Darah Tinggi, Hepatitis, Diabetes dan lain-lain)?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
c. Apakah Anda mempunyai kelainan payudara/organ kewanitaan lainnya termasuk haid yang tidak teratur? Jika "Ya" jelaskan nama kelainan atau komplikasi dan nama dokter yang merawat pada kolom (Siapa, Apa, Kapan, Dimana, Pengobatan yang dilakukan, Bagaimana).	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
d. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan Pap Smear dalam 1 (satu) tahun terakhir? Jika "Ya" jelaskan bagaimana hasilnya dan kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
12. Apakah ada anggota keluarga Anda (orang tua, anak, saudara kandung) yang menderita/dinyatakan terdiagnosa mengidap kelainan Jantung Koroner, Stroke, Kencing Manis (Diabetes Melitus), Kanker atau penyakit keturunan lainnya? (Jika "Ya" mohon agar dijelaskan pada kolom dibawah ini)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Kolom Penjelasan jawaban "Ya" untuk seluruh pertanyaan pada bagian Data Kesehatan (Siapa, Apa, Kapan, Bagaimana, Dimana, Pengobatan yang dilakukan)

Apabila diperlukan dapat memberikan keterangan pada lembar tambahan. Lembar tambahan tersebut harus ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari SPAJ ini.

**G. PERNYATAAN DAN SURAT KUASA**

**Saya/Kami, Calon Tertanggung/Pemegang Polis yang namanya tercantum dalam SPAJ ini menyatakan:**

1. Saya/Kami telah membaca, mengerti dan memahami semua pertanyaan dan pernyataan dalam Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) ini serta telah menjawab dan mengisi dengan lengkap dan benar. Saya/Kami menyetujui apabila pernyataan dan jawaban diatas tidak benar, maka PT Asuransi Jiwa BCA selaku "Penanggung" berhak untuk melakukan pembatalan Asuransi Jiwa ini sejak awal dan tidak wajib mengembalikan premi yang sudah dibayarkan, membayar manfaat klaim asuransi, serta memberikan ganti rugi apapun. Saya/Kami mempunyai kewajiban untuk memberitahukan kepada Penanggung setiap ada perubahan yang menyangkut kesehatan Saya/Kami, baik berupa penyakit atau cacat yang timbul/diderita setelah pengisian surat ini dan/atau pemeriksaan medis, bila ada.
2. Saya/Kami telah mendapatkan penjelasan mengenai karakteristik asuransi mencakup antara lain: fitur, risiko, manfaat, biaya-biaya asuransi, persyaratan kepesertaan dan prosedur klaim.
3. Saya/Kami menyetujui untuk membebaskan Penanggung dari segala klaim, tuntutan baik Pidana maupun Perdata dari pihak manapun dan kerugian apapun yang mungkin timbul apabila pernyataan, keterangan dan jawaban Saya/Kami dalam SPAJ ini, dalam pemeriksaan kesehatan, kuesioner yang diperlukan atau perubahannya atau dokumen-dokumen lainnya bersama dengan SPAJ ini adalah tidak benar.
4. Saya/Kami menyetujui bahwa perlindungan asuransi dinyatakan mulai berlaku sejak tanggal berlaku yang dicantumkan dalam Polis & Tertanggung masih hidup serta dalam keadaan sehat pada saat Polis diterima oleh Saya/Kami serta Premi telah dibayar penuh dan lunas sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku. Saya/Kami mengerti bahwa Polis juga memberlakukan ketentuan pengecualian untuk kondisi tertentu.
5. Saya/Kami setuju bahwa dalam hal Saya/Kami tidak melengkapi persyaratan pengajuan asuransi jiwa yang diminta oleh Penanggung dalam waktu 60 (enam puluh) Hari Kalender sejak SPAJ sudah terdaftar pada sistem di Kantor Pusat Penanggung, atau Saya/Kami membatalkan pengajuan asuransi jiwa, maka Penanggung akan mengembalikan seluruh premi yang telah dibayarkan, tanpa disertai tingkat hasil investasi, dikurangi dengan semua biaya administrasi serta biaya pemeriksaan kesehatan yang timbul (jika ada) dan pengajuan SPAJ dianggap batal.
6. Saya/Kami dengan ini mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung (sesuai yang tercantum dalam SPAJ ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung dalam rangka pengajuan SPAJ ini, pembayaran klaim dan pelayanan nasabah. Saya/Kami juga mengerti bahwa Saya/Kami berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai Saya/Kami tersebut dengan menghubungi Kantor Pusat Penanggung.



7. Saya/Kami menyetujui membayar kepada Penanggung semua biaya pemeriksaan kesehatan yang timbul jika Saya/Kami membatalkan SPAJ dalam proses Underwriting atau setelah diputuskan dengan risiko standar.
8. Saya/Kami menyetujui bahwa atas pembayaran Premi pertama yang telah diterima Penanggung sesuai dengan cara pembayaran yang Saya paraf, maka Calon Tertanggung berhak mendapat Asuransi Kematian Akibat Kecelakaan yang berlaku sejak tanggal diterimanya SPAJ di Kantor Penanggung. Asuransi Kematian Akibat Kecelakaan akan berakhir dalam jangka waktu 60 (enam puluh) Hari Kalender sejak tanggal penerimaan SPAJ atau akan berakhir secara otomatis pada tanggal mulai berlaku Polis. Uang Pertanggungan Asuransi Kematian Akibat Kecelakaan untuk risiko meninggal akibat kecelakaan adalah sebesar Uang Pertanggungan yang tercantum dalam ilustrasi yang Saya/Kami tanda tangani dan ajukan ke Penanggung dengan ketentuan tidak melebihi Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah). Syarat dan ketentuan Asuransi Kematian Akibat Kecelakaan ini mengikuti ketentuan yang berlaku pada Penanggung. Apabila manfaat Asuransi Kematian Akibat Kecelakaan ini dibayarkan, maka Premi yang telah dibayarkan akan dikembalikan setelah dikurangi dengan biaya-biaya lainnya (jika ada).
9. Saya/Kami menyatakan bahwa setiap atau seluruh dana dan aset yang ditempatkan pada Penanggung dan hasil pengembangan investasi dan/atau Nilai Tunai yang mungkin timbul atas penempatan dana tersebut akan tunduk pada hukum dan ketentuan perpajakan yang berlaku, baik di negara di mana Saya/Kami berdomisili dan/atau negara di mana Saya/Kami menjadi warga negaranya.
10. Saya/Kami menyatakan bahwa pembayaran premi untuk Polis yang Saya/Kami ajukan berdasarkan SPAJ ini tidak berasal dari/untuk tujuan tindak pidana pencucian uang (*Money Laundering*) sebagaimana dimaksud dalam Peraturan dan Perundang-undangan yang berlaku tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindakan Pidana Pencucian Uang dan pendanaan terorisme. Apabila pembayaran yang dilakukan terindikasi sebagai transaksi keuangan yang mencurigakan maka Penanggung akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan.

**Khusus untuk produk Unit Link:**

- Saya/Kami telah mendapatkan penjelasan bahwa, nilai dari masing-masing jenis dana investasi yang Saya/Kami pilih dapat meningkat atau menurun tanpa jaminan dari Penanggung akan adanya batas minimal dan maksimal dan segala risiko pemilihan jenis dana investasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya/Kami.
- Saya/Kami menyetujui untuk membayar semua biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan perlindungan asuransi Unit Link ini termasuk tetapi tidak terbatas pada biaya akuisisi dan biaya penebusan.

**Selanjutnya dengan ini Saya /Kami memberi Kuasa kepada:**

1. Dokter /Rumah Sakit /Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi Jiwa, Organisasi lain atau orang lain yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Saya/Kami untuk memberitahukan kepada Penanggung segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Saya/Kami yang diperlukan dalam hubungan dengan perjanjian asuransi ini.  
Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan tetap berlaku selamanya pada waktu Saya/Kami masih hidup atau dalam keadaan cacat ataupun telah meninggal dunia.
2. Penanggung untuk meminta dan memperoleh keterangan dan data-data mengenai rekening dan/atau kondisi keuangan atas nama Saya/Kami dari Bank /Lembaga/Organisasi /Instansi atau pihak lainnya sehubungan dengan pelaksanaan Peraturan Mengenai Penerapan Prinsip Mengenal Nasabah bagi Lembaga Keuangan Non Bank yang berlaku.

Pemberi Kuasa sebagaimana maksud tersebut diatas merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari SPAJ ini dan tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam Pasal 1813 KUH Perdata. Dalam hal meninggalnya Saya/Kami, Saya/Kami mewajibkan Penerima Manfaat atau Pengganti Saya/Kami yang sah untuk menegaskan kembali atau melakukan suatu dan segala hal yang perlu agar hal-hal yang termasuk dalam Pemberian Kuasa ini tetap berlaku.

Penanggung dapat menggunakan fotokopi Surat Kuasa ini untuk keperluan yang sah.

Mengacu kepada Peraturan Otoritas Keuangan No. 1/POJK.7/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan, dengan ini Saya/Kami menyatakan setuju untuk dihubungi oleh PT Asuransi Jiwa BCA sehubungan dengan hal-hal sebagai berikut:

1. Pemberitahuan tentang penerimaan dan/penolakan pengajuan SPAJ ini.
2. Pemberitahuan mengenai proses yang terjadi sehubungan dengan Polis yang akan diterbitkan berdasarkan SPAJ ini selama masa asuransi berlangsung.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Pada Tanggal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Tanggal / Bulan / Tahun).

Calon Pemegang Polis	Calon Tertanggung	Orang Tua /Wali yang sah (jika Usia Calon Tertanggung < 21 tahun)	Tenaga Penjual
Nama Lengkap & Tanda tangan	Nama Lengkap & Tanda tangan	Nama Lengkap & Tanda tangan	Nama Lengkap & Tanda tangan

**WAJIB DIBACA**

Mohon agar menandatangani SPAJ, jika Anda telah mengisi semua pertanyaan dan pernyataan dengan benar dan lengkap sesuai dengan keadaan sebenarnya. Segala risiko yang timbul akibat dari SPAJ yang ditandatangani dalam keadaan kosong atau tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya merupakan tanggung jawab Pemegang Polis.