

SURAT PENGAJUAN ASURANSI JIWA (SPAJ)
Tipe D (Full UW)



Nomor SPAJ : 72921000020

Nomor Polis Asuransi : (Dilengkapi oleh Kantor Pusat BCA Life)

Nama Produk : BCA Life Legacy Protection (REGULAR)

Nomor VA : 9999000072921000020

A. DATA TENAGA PENJUAL (Wajib dilengkapi sebelum dikirim ke Kantor Pusat BCA Life)

Nama Tenaga Penjual : admin

Kode Kantor Pemasaran :

Nama Referral :

Kode Tenaga Penjual : admin

Nama Kantor Pemasaran :

Kode Referral :

- Informasi Penting Pengajuan Asuransi Jiwa
1. Wajib mengisi dengan benar dan lengkap semua pernyataan dibawah ini termasuk formulir tambahan lainnya (jika diperlukan), sesuai keadaan yang sebenarnya

2. Diisi menggunakan tinta hitam dan menggunakan huruf CETAK yang jelas (khusus untuk pengisian formulir dalam bentuk dokumen hardcopy)

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

4. Melampirkan fotokopi identitas Diri yang masih berlaku yaitu KTP untuk WNI, Paspor & KITAS untuk WNA

B. DATA CALON PEMEGANG POLIS & CALON TERTANGGUNG

B1. Data Perorangan

| | Calon Pemegang Polis (Untuk Calon Pemegang Polis Perusahaan / Badan Hukum dapat mengisi bagian B2.) | Calon Tertanggung (Diisi jika berbeda dengan Calon Pemegang Polis) |
|--|---|--|
| 1. Nomor C/N (Dilengkapi oleh bank, jika ada) | 17581629362 | 11691223679 |
| 2. Nama Lengkap (Sesuai identitas diri) | kakak | nana |
| 3. Jenis Identitas Diri | <input type="checkbox"/> KTP (WNI) <input checked="" type="checkbox"/> Paspor & KITAS | <input type="checkbox"/> KTP (WNI) <input checked="" type="checkbox"/> Paspor & KITAS |
| 4. Nomor Identitas Diri (Yang masih berlaku) | Nihil in Nam sunt p | Commodi non eum aut |
| 5. Tempat & Tanggal Lahir | Vitae aliquam quos o / 07 / Jun / 1989 Tanggal Bulan Tahun | Voluptas nemo aute m / 16 / Jun / 2008 Tanggal Bulan Tahun |
| 6. Pemegang Kartu US Card/Izin Tinggal Tetap di Amerika /residensi pajak selain Indonesia /memiliki Green | kartu identitas pembayar pajak dari negara lain: | |
| | <input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi pertanyaan dibawah <input checked="" type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi pertanyaan dibawah <input checked="" type="checkbox"/> Tidak |
| a.Nama Negara * | | |
| *Untuk wajib pajak Amerika Serikat wajib mengisi TIN/SSN (Social Security Number) dan wajib melampirkan formulir W8/W9 | | |
| b.Nomor TIN | | |
| *(Nomor Identifikasi Pajak)/setara TIN/Keterangan lain | | |
| 7. Status Pernikahan | <input checked="" type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Janda/Duda | <input checked="" type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Janda/Duda |
| 8. Jenis Kelamin | <input checked="" type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita | <input checked="" type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita |
| 9. Kewarganegaraan | <input checked="" type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA, sebutkan | <input checked="" type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA, sebutkan |
| 10. Pekerjaan | AHLI GEOLOGI (BERTUGAS DI KANTOR ATAU TIDAK DI TEMPAT BERBAHAYA | ADMIN KEUANGAN |
| 11. Nama Perusahaan/ Instansi/Sekolah | Amet eveniet labor | Ut sit tempora quo a |
| 12. Alamat Perusahaan / Instansi/Sekolah | Corporis ad anim modi doloribu Et amet illum occaecat volup Amet nobis nisi id laboris es Kota: Architecto iusto non Kode Pos: 12298 | Laboriosam dolore incidunt Dolor qui in dolore ad Adipisicing qui enim sed nisi Kota: Eveniet eius nisi d Kode Pos: 13986 |
| 13. No.Telp/Fax Perusahaan (Jika ada) | | |
| 14. Alamat Rumah (Sesuai identitas diri) | Nobis deleniti est optio non Aut debitis enim autem tempora Ullamco ea consequatur Mollit Kota: Dolore totam sed eni Kode Pos: 15446 | Eius quae distinctio Occaecat Aliquam aut autem eos minima Eum quos velit in excepteur il Kota: Fugiat quo quidem c Kode Pos: 16759 |
| 15. Alamat Tempat Tinggal: (Diisi jika tidak sesuai dengan identitas diri) | Autem quia aliquam magni numqu Dolor pariatur Fugiat lorem Irure ipsam officia est ut mol Kota: Commodi sed dolore u | Est sit totam numquam ipsam e Qui perspiciatis quasi dolori Qui adipisci ea culpa Nam dese Kota: Delectus hic maxime |
| 16. No.Telp.Rumah (Jika ada) | 19937416813 | |
| 17. Nomor Handphone * (Wajib diisi) | 12235753155 | |
| 18. Alamat Korespondensi | <input type="checkbox"/> Alamat Rumah <input checked="" type="checkbox"/> Alamat Tempat Tinggal <input type="checkbox"/> Alamat Perusahaan | |
| 19. Alamat Email * (Wajib diisi) | nad@gmail.com | |
| 20. Nomor NPWP * (Wajib diisi) | | |
| 21. Sumber Dana | <input type="checkbox"/> Gaji <input checked="" type="checkbox"/> Hasil Investasi <input checked="" type="checkbox"/> Bisnis Pribadi <input type="checkbox"/> lainnya | <input checked="" type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Hasil Investasi <input type="checkbox"/> Bisnis Pribadi <input type="checkbox"/> lainnya |

22. Penghasilan Bersih Per Bulan (apabila penghasilan yang diperoleh adalah dalam mata uang asing, maka yang dicantumkan adalah ekuivalen rupiah menggunakan kurs tengah Bank Indonesia pada saat pengisian SPAJ ini) :

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <Rp 5 Juta | <input checked="" type="checkbox"/> Rp 5 Juta s/d <Rp 10 | <input type="checkbox"/> Rp 10 Juta s/d <Rp 25 Juta | <input type="checkbox"/> <Rp 5 Juta | <input checked="" type="checkbox"/> Rp 5 Juta s/d <Rp 10 Juta | <input type="checkbox"/> Rp 10 Juta s/d <Rp 25 Juta |
| <input type="checkbox"/> Rp 25 Juta s/d <Rp 50 Juta | <input type="checkbox"/> Rp 50 Juta s/d <Rp 100 | <input type="checkbox"/> >=Rp 100 Juta | <input type="checkbox"/> Rp 25 Juta s/d <Rp 50 Juta | <input type="checkbox"/> Rp 50 Juta s/d <Rp 100 | <input type="checkbox"/> >=Rp 100 Juta |

23. Hubungan Calon Pemegang Polis Dengan Calon Tertanggung :

| | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diri Sendiri | <input type="checkbox"/> Orang Tua | <input checked="" type="checkbox"/> Kakak / Adik |
| <input type="checkbox"/> Suami / Istri | <input type="checkbox"/> Anak | <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____ |

24. Tujuan Pembelian Asuransi (pilihan dapat lebih dari satu) :

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Proteksi | <input type="checkbox"/> Pendidikan | <input type="checkbox"/> Investasi |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tabungan | <input type="checkbox"/> Pensiun | <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____ |

25. Jumlah orang yang ditanggung secara finansial oleh Calon Pemegang Polis :

| | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 Orang | <input type="checkbox"/> 3 Orang / Lebih |
| <input type="checkbox"/> 2 Orang | <input type="checkbox"/> Tidak ada |

26. Agama :

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---|--|--|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Islam | <input type="checkbox"/> Kristen Katolik | <input type="checkbox"/> Kristen Protestan | <input type="checkbox"/> Hindu | <input type="checkbox"/> Budha | <input type="checkbox"/> Kong Hu Cu | <input checked="" type="checkbox"/> Islam | <input type="checkbox"/> Kristen Katolik | <input type="checkbox"/> Kristen Protestan | <input type="checkbox"/> Hindu | <input type="checkbox"/> Budha | <input type="checkbox"/> Kong Hu Cu |
|---|--|--|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---|--|--|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

B2. Data Pemegang Polis Perusahaan/Badan Hukum

Calon Pemegang Polis

1. Nama Perusahaan :

2. Jenis Perusahaan : ☐ Perseroan Terbatas milik swasta ☐ Perseroan Terbatas milik negara ☐ Yayasan ☐ Lainnya, sebutkan _____

3. Nomor Anggaran Dasar / Akta Pendirian : _____ Tanggal Berlaku: Tanggal _____ / Bulan _____ / Tahun _____

4. Nomor Surat Izin Usaha : _____ Tanggal Berlaku: Tanggal _____ / Bulan _____ / Tahun _____

5. Nomor TDP / NIB : _____ Tanggal Berlaku: Tanggal _____ / Bulan _____ / Tahun _____

6. Nomor SKDP (Domisili) / Izin Lokasi : _____ Tanggal Berlaku: Tanggal _____ / Bulan _____ / Tahun _____

7. Nomor NPWP : _____ Tanggal Berlaku: Tanggal _____ / Bulan _____ / Tahun _____

8. Bidang Usaha :

9. Alamat : _____ Kota: _____ Kode Pos: _____

10. Aset Perusahaan (Rp) : ☐ <100 Juta ☐ <100 Juta-1 Miliar ☐ >1 Miliar-10 Miliar ☐ >10 Miliar-100 Miliar ☐ >100 Miliar

11. Jumlah Pendapatan (Rp) per tahun : ☐ <100 Juta ☐ <100 Juta-500 Juta ☐ >500 Juta-1 Miliar ☐ >1 Miliar-10 Miliar ☐ >10 Miliar

12. Sumber Pendapatan : _____

13. Tujuan Hubungan Usaha : _____

14. Sumber Dana Pembelian Asuransi : _____

15. Alamat Email * : _____

16. Pemegang Kartu US Green Card / Izin Tinggal Tetap di Amerika Serikat / residen pajak selain Indonesia / memiliki kartu identitas pembayar pajak dari negara lain : ☐ Ya, mohon lengkapi ☐ Tidak

Nama Negara * : _____ No. TIN (Nomor Identitas Pajak) / setara TIN / keterangan lain: _____

*Untuk wajib pajak Amerika Serikat wajib mengisi TIN/SSN (Social Security Number) dan wajib melampirkan formulir W8/W9

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

17. Nama lengkap : _____ (Sesuai identitas diri yang masih berlaku)

18. Jabatan / Pangkat / Golongan : _____

19. Jenis Identitas Diri : ☐ KTP (WNI) ☐ Paspor & KITAS

20. Nomor Identitas Diri (Yang masih berlaku) : _____

21. Hubungan dengan Calon Tertanggung : ☐ Karyawan ☐ Lainnya, sebutkan _____

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

- Fotokopi Akta Pendirian / Anggaran Dasar Perusahaan berikut perubahan Anggaran Dasar beserta pengesahannya oleh Menteri Hukum dan HAM / Instansi terkait.
- Fotokopi Surat Izin Usaha (SIUP) atau Surat Izin Tempat Usaha (SITU) atau Surat Izin lainnya dari instansi berwenang
- Fotokopi Nomor Induk Berusaha (NIB) atau Tanda Daftar Perusahaan (TDP).
- Fotokopi Surat Keterangan Domisili.
- Fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP).
- Fotokopi Laporan Keuangan yang telah diaudit.
- Fotokopi Identitas Diri (KTP / Paspor & KITAS) yang masih berlaku Direksi atau Pemilik Perusahaan / Badan Hukum.
- 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).
- 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).

C. DATA PERTANGGUNGAN

Jenis Pertanggungan

Asuransi Dasar

BCA Life Legacy Protection (REGULAR)

Asuransi Tambahan

Uang Pertanggungan

Rp 500,000,000
Terbilang: Lima Ratus Juta Rupiah

Uang Pertanggungan

D. DATA PEMBAYARAN PREMI ASURANSI

| | Pembayaran Tunggal | Pembayaran Berkala |
|--|---|--|
| A. Periode Pembayaran Premi | <input type="checkbox"/> Sekaligus | <input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> Semesteran <input checked="" type="checkbox"/> Tahunan |
| B. Jenis Pembayaran | 1. Premi Dasar Tunggal Rp - | 1. Premi Dasar Berkala Rp 13,660,000 |
| | 2. Premi Tambahan Tunggal Rp - | 2. Premi Tambahan Berkala Rp 0 |
| | 3. Total Premi Tunggal Rp - Terbilang: - | 3. Total Premi Berkala Rp 13,660,000 Terbilang: Tiga Belas Juta Enam Ratus Enam Puluh Ribu Rupiah |
| C. Metode Pembayaran Premi | <input checked="" type="checkbox"/> Transfer, No. Virtual Account 9999000072921000020 Pembayaran melalui No. Rekening 7777777777777777 Atas Nama nana <input type="checkbox"/> Auto Debet Rekening | <input type="checkbox"/> Auto Debet Kartu Kredit <input type="checkbox"/> Auto Debet Kartu Kredit / Rekening Pihak Ketiga |
| D. Metode Pembayaran Premi lanjutan, Ekstra Premi, dan Biaya lainnya | <input type="checkbox"/> Auto Debet Rekening <input type="checkbox"/> Auto Debet Kartu Kredit | <input checked="" type="checkbox"/> Auto Debet Kartu Kredit / Rekening Pihak Ketiga |
| E. Untuk Pengembelian Premi (jika ada) dan untuk media pembayaran Premi melalui auto debet Rekening atau debet Kartu Kredit | | |
| <div><input checked="" type="checkbox"/> Kartu Kredit<div>Nama Pemilik Kartu Kredit : nana Jenis Kartu Kredit : Visa Nomor Kartu Kredit : 6666-6666-6666-6666 Masa Berlaku: 01 / 77 (bulan / tahun) Bank Penerbit Kartu Kredit : BANK INDONESIA</div></div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Rekening Dana<div>Nama Pemilik Rekening : nana Nama Bank : PT. BANK CENTRAL ASIA Tbk. Nama Cabang : nanna Nomor Rekening : 7777777777777777</div></div> | | |

E. INFORMASI PIHAK KETIGA

(Pihak ketiga adalah setiap pihak yang mengendalikan transaksi Pemegang Polis, yang memberikan kuasa atas terjadinya suatu transaksi dan/atau yang melakukan pengendalian melalui badan hukum atau perjanjian)

Apakah Terdapat Pemilik Manfaat yang:

1. Meminta Anda untuk mengajukan Permohonan Asuransi?

☐ Ya ☒ Tidak

2. Menjadi Pembayar Premi?

☒ Ya ☐ Tidak

3. Pemegang Kartu Us Green Card /Izin Tinggal Tetap di Amerika/residen pajak selain Indonesia/memiliki kartu identitas pembayar pajak dari negara lain:

☐ Ya, mohon lengkapi pertanyaan di bawah ☒ Tidak

Nama Negara * :

No. TIN (Nomor Identitas Pajak) /setara TIN/keterangan lain * :

*Untuk wajib pajak Amerika Serikat wajib mengisi TIN/SSN (Social Security Number) dan wajib melampirkan formulir W8/W9

4. Memiliki akses terhadap manfaat dari Polis:

☐ Ya ☒ Tidak

5. Jumlah orang yang ditanggung secara finansial oleh Calon Pembayar Premi:

☒ 1 Orang ☐ 2 Orang ☐ 3 Orang atau lebih ☐ Tidak Ada

(Jika salah satu dari nomor 1, 2, 4 dijawab "Ya" mohon melengkapi formulir pihak ketiga).

F. DATA CALON PENERIMA MANFAAT

Bila pada saat pembayaran Manfaat Asuransi, Penerima Manfaat belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun, belum menikah, dan/atau mengalami gangguan kejiwaan, maka Manfaat Asuransi dapat dibayarkan kepada wali yang sah dan memiliki hubungan kepentingan yang dipertanggungkan (insurance interest). Pada saat klaim, harap tuliskan nama wali dikolom dibawah ini dan lampirkan surat pernyataan di atas materai dari calon Pemegang Polis tentang penunjukan wali apabila wali bukan orang tua kandung, jika ada.

| Nama Lengkap | Negara /Tempat /Tanggal Lahir | Kewarganegaraan | P /W | Hubungan Dengan Calon Tertanggung |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------|-----------------------------------|
| Culpa deserunt qui | Non esse aliqua Dol, 04 June 2019 | Hongaria | Perempuan | Anak |

G. 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(10% dalam 1 (satu) bulan) dalam 6 (enam) bulan terakhir? | <div>180 cm</div> <div>65 kg</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div>156 cm</div> <div>55 kg</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| 2. Apakah Anda Merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir (termasuk rokok elektronik atau produk tembakau lainnya)? Jika "Ya" berapa batang per hari? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> <div>6 Batang /Hari</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> <div>6 Batang /Hari</div> |
| 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 karna hal tersebut? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| 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 lengkapi kuesioner yang sesuai hobi /kegiatan /pekerjaan tersebut dan dilampirkan bersama SPAJ ini) | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| 5. Apakah Anda dalam 12 bulan terakhir ini /mendatang Anda pernah /memiliki rencana bepergian /tinggal di luar negri? Jika "Ya", jelaskan kapan waktu bepergiannya, negara tujuan, lama tinggal, serta kepentingannya. | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| 6. Apakah Anda pernah /sedang menderita penyakit atau menjalani pemeriksaan /perawatan, pengobatan, operasi untuk penyakit /kelainan dibawah ini | | |
| a. Gangguan fungsi /sistem penglihatan dan gangguan pada mata lainnya? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| b. Gangguan fungsi /sistem pada Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT)? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| c. Gangguan fungsi /sistem Pernapasan, Paru-Paru, Asma, Bronkitis, Tuberkulosis, Batuk Darah dan lainnya? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| d. Gangguan fungsi /sistem Jantung dan Pembuluh Darah, Nyeri Dada, Serangan Jantung, Demam, Jantung, Rematik, Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi /Rendah, (Hipotensi, Hiperkolesterol, Penyempitan /Penyumbatan Pembulu Darah Otak dan lainnya? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| e. Gangguan fungsi /sistem Pencernaan & Organ dalam perut /Lambung, Maag, Hernia, Hepatitis dan lainnya? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| f. Gangguan fungsi /sistem Saraf dan Otot, Vertigo, Stroke, Sering Pusing /Pingsan, Epilepsi (Kejang), Kelumpuhan, Kesemutan, Baal, Gangguan Kejiwaan dan lainnya? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| g. Gangguan fungsi /sistem Hati dan Pankreas, Kencing Manis (Diabetes Melitus), Batu Empedu, Tumor Hati, penyakit Limpa dan lainnya? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| h. Gangguan fungsi /sistem Kemih, Batu Ginjal, Gangguan Prostat, Gagal Ginjal, Organ Kelamin dan penyakit akibat hubungan seksual? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| i. Gangguan fungsi /sistem Tulang, Otot, Sendi, Kulit lainnya? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| j. Gangguan fungsi /sistem Kelenjer dan Darah, Kelenjar Gondok, Kelenjer Getah Bening, Gangguan Hormon, Hemofilia, Anemia, Thalassemia, Leukimia? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| 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? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| l. Gangguan fungsi Pertumbuhan Sel, Tumor, Kista, Kanker, Benjolan pada permukaan kulit atau pertumbuhan abnormal lainnya | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
| 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? | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |

Jika pertanyaan nomor 6 dijawab "Ya" maka mohon agar melengkapi kolom dibawah ini.
Apabila diperlukan dapat memberikan keterangan pada lembar tambahan tersebut harus ditanda tangani 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 | nzna | Bulan: Jun Tahun: 2021 | tt | nnana | nanna | nanan [0888888888888888] |

Calon Pemegang polis

| No. | Nama Penyakit | Kapan Mulai Sakit | Lama Sakit | Nama Dokter | Rumah Sakit /Klinik / Laboratorium /Puskesmas | Alamat dan Nomor Telepon |
|-----|---------------|------------------------|------------|-------------|---|----------------------------|
| 1 | nn | Bulan: Jun Tahun: 2021 | na | anna | nana | nanan [0888888888888888] |

| | | |
|---|--|--|
| 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? Apabila jawaban "Ya" maka mohon agar melengkapi kolom dibawah ini. | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</div> |
|---|--|--|

a. Calon Tertanggung

| No. | Nama Perusahaan | Nomor Polis | Tanggal diterbitkan | Uang Pertanggungan | Hasil Keputusan |
|-----|-----------------|------------------|---------------------|--------------------|-----------------|
| | nanan | 8888888888888888 | 02 Jun 2021 | 1000000 | nan |

b. Calon Pemegang Polis

| No. | Nama Perusahaan | Nomor Polis | Tanggal diterbitkan | Uang Pertanggungan | Hasil Keputusan |
|-----|-----------------|-------------|---------------------|--------------------|-----------------|
| | nanan | 77777777 | 02 Jun 2021 | 1000000 | nana |

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 8. | Apakah Anda pernah mengajukan klaim ke perusahaan Asuransi Jiwa? Jika "Ya", mohon jelaskan alasannya. | <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> 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? | <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| 10. | Khusus Calon Tertanggung anak-anak (usia 5 (lima) tahun): . Waktu Lahir: <input type="checkbox"/> Cukup Bulan <input type="checkbox"/> Prematur Panjang dan berat saat lahir: <input type="text"/> Cm <input type="text"/> Kg | | |
| 11. | Pertanyaan khusus wanita: | | |
| a. | Apakah Anda sedang hamil? Usia kehamilan? _____ 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 | <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 | <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 checked="" type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak |

a. Data Calon Tertanggung

| Anggota Keluarga | Usia | Keadaan Kesehatan | Penyakit yang pernah /sering diderita (sebutkan usia pada saat diagnosa) | | | | | Sudah Meninggal |
|------------------------|------|-------------------|--|---------------------------|----------------------------------|--------|---------|---------------------------|
| | | | Jantung | Darah Tinggi (Hipertensi) | Kencing Manis (Diabetes Melitus) | Kanker | Lainnya | Sebutkan Alasan Meninggal |
| Ayah | | | | | | | | |
| Ibu | | | | | | | | |
| Suami /Istri | | | | | | | | |
| Saudara Pria: ...Org * | | | | | | | | |
| Saudara Wanita:..Org * | | | | | | | | |
| Anak-anak: ...Org * | | | | | | | | |

b. Data Calon Pemegang polis

| Anggota Keluarga | Usia | Keadaan Kesehatan | Penyakit yang pernah /sering diderita (sebutkan usia pada saat diagnosa) | | | | | Sudah Meninggal |
|------------------------|------|-------------------|--|---------------------------|----------------------------------|--------|---------|---------------------------|
| | | | Jantung | Darah Tinggi (Hipertensi) | Kencing Manis (Diabetes Melitus) | Kanker | Lainnya | Sebutkan Alasan Meninggal |
| Ayah | | | | | | | | |
| Ibu | | | | | | | | |
| Suami /Istri | | | | | | | | |
| Saudara Pria: ...Org * | | | | | | | | |
| Saudara Wanita:..Org * | | | | | | | | |
| Anak-anak: ...Org * | | | | | | | | |

H. PERNYATAAN DAN KUASA

SPAJ INI HANYA AKAN DIPROSES LEBIH LANJUT SETELAH SAYA /KAMI MENDAPATKAN PENAWARAN DAN PENJELASAN YANG LENGKAP ATAS PRODUK ASURANSI INI DARI TENAGA PENJUAL

MOHON DIBACA DENGAN TELITI SEBELUM MENANDATANGANI SPAJ DAN JANGAN MENANDATANGANI SPAJ DALAM KEADAAN KOSONG.

1. Atas nama diri sendiri, menyatakan telah mendapat penjelasan sepenuhnya mengenai fitur, risiko, manfaat, biaya-biaya asuransi, persyaratan kepesertaan dan prosedur klaim dengan lengkap dan benar dari Tenaga Penjual.
2. Saya/Kami telah membaca, mengerti dan memahami semua pernyataan dan pernyataan dalam SPAJ ini serta telah menjawab dan mengisi dengan lengkap, jujur dan benar. Saya/Kami menyetujui apabila pernyataan, keterangan dan jawaban diatas tidak lengkap, jujur dan benar dimana jawaban tersebut dapat mempengaruhi penilaian penanggung, maka Penanggung tidak berkewajiban untuk menyetujui permohonan Asuransi ini atau membayar Manfaat Asuransi apapun dan perjanjian Asuransi ini menjadi batal demi hukum.
3. Penanggung berhak untuk tidak menerima pengajuan Asuransi sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Penanggung.
4. Setiap perubahan dan/atau penambahan ketentuan yang dilakukan oleh Penanggung dalam SPAJ ini berlaku sah dan mengikat selama perubahan dan/atau penambahan ketentuan tersebut tidak mengandung perubahan makna dalam produk Asuransi yang bersangkutan, jumlah Uang Pertanggungan, Penerima Manfaat yang telah ditetapkan dan usia pada saat Polis diterbitkan atau klarifikasi risiko.
5. Transaksi keuangan yang dilakukan pada Penanggung tidak berasal dari/atau berkaitan dengan tindak pidana pencucian uang (money laundering), tindak pidana pendanaan terorisme, dan tindak pidana lainnya sebagaimana diatur dalam ketentuan perundang-undangan yang berlaku di Negara Republik Indonesia. Apabila diketahui terdapat indikasi pelanggaran atas ketentuan ini, maka Penanggung akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk tetapi tidak terbatas kepada melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan dan/atau membatalkan Polis.
6. Tenaga Penjual dan dokter pemeriksa dari Penanggung tidak mempunyai wewenang untuk membuat dan/atau mengubah ketentuan-ketentuan dalam Polis Penanggung, serta memutuskan apakah Saya/Kami dapat dipertanggungjawabkan dalam produk Asuransi yang dimohonkan ini.
7. Saya/Kami memberikan kuasa yang tidak dapat dicabut kembali kepada Penanggung dan afiliasinya untuk:
- a. Memberitahukan kepada Pihak Ketiga dan menggunakan informasi dan data yang diberikan dalam SPAJ dan segala perubahannya untuk keperluan pertanggungan dan pelayanan asuransi dan segala hal yang berkaitan dengannya.
- b. Mendapatkan semua catatan riwayat kesehatan Saya/Kami dari tenaga medis/rumah sakit/klinik, Puskesmas dan/atau laboratorium, perusahaan Asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang memiliki catatan riwayat kesehatan Saya/Kami dan untuk memberikan catatan riwayat kesehatan Saya/Kami kepada Pihak Ketiga selama Pihak Ketiga tersebut dapat menunjukkan secara wajar bahwa mereka memiliki wewenang berdasarkan perjanjian atau peraturan yang berlaku atau Kuasa dari Saya/Kami untuk mendapatkan catatan riwayat kesehatan Saya/Kami. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari SPAJ dan mengikat Saya/Kami, ahli waris, dan keluarga Saya/Kami. Untuk pelaksanaan kuasa ini Saya/Kami dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam Pasal 1813 dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Salinan/fotokopi dari kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.
8. Saya/Kami memberikan kuasa kepada tenaga medis/ laboratorium/ rumah sakit/ klinik, Puskesmas dan/ atau pihak lain yang ditunjuk oleh Penanggung atau yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Saya/Kami untuk memberitahukan kepada Penanggung segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Saya/Kami serta melakukan pemeriksaan kesehatan, menganalisa, mengevaluasi kondisi kesehatan Saya/Kami, sehubungan SPAJ dan setiap pengajuan pembayaran Manfaat Asuransi yang mungkin timbul di kemudian hari.
9. Saya/Kami dengan ini memberi izin kepada Penanggung untuk meminta, menerima, menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung (sesuai yang tercantum pada SPAJ ini atau sarana lain), dari/kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun diluar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung dalam rangka pengajuan SPAJ ini, ketentuan polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan polis, survey kepuasan nasabah, maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan dan karenanya ditandatangani SPAJ ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian izin oleh Saya/Kami.
10. Saya/Kami menyetujui bahwa pertanggungan asuransi dinyatakan mulai berlaku sejak Tanggal Mulai Asuransi yang dicantumkan dalam Polis Asuransi & Calon Tertanggung masih hidup serta dalam keadaan sehat pada saat Polis Asuransi diterima oleh Saya/Kami serta Premi telah dibayar penuh dan lunas sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku. Saya/Kami mengerti bahwa Polis Asuransi juga memberlakukan ketentuan pengecualian untuk kondisi tertentu.
11. 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 Asuransi Jiwa dianggap batal.
12. Saya/Kami menyetujui untuk membayar kepada Penanggung semua biaya pemeriksaan kesehatan yang timbul jika Saya/Kami membatalkan SPAJ dalam proses Underwriting atau setelah diputuskan dengan risiko standar.
13. Saya/Kami menyetujui untuk menanggung semua biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan pembayaran Premi asuransi dan/atau penarikan manfaat atas produk asuransi ini termasuk tetapi tidak terbatas pada biaya-biaya lainnya yang ditetapkan oleh Penanggung (jika ada).
14. Saya/Kami menyatakan bahwa setiap atau seluruh dana yang ditempatkan pada Penanggung dan/atau Nilai Tunai (jika ada) 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.
15. Dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, dengan ini Saya menyatakan Saya/Kami memberikan persetujuan dan kuasa kepada Penanggung untuk menyampaikan data dan informasi Saya/Kami kepada regulator atau otoritas pajak di Indonesia maupun negara/ yurisdiksi lain sesuai dengan perjanjian di antara otoritas untuk pertukaran informasi keuangan sesuai ketentuan yang berlaku. Apabila terdapat perubahan kondisi yang mempengaruhi residensi pajak Saya/Kami atau menyebabkan informasi dalam SPAJ ini menjadi tidak benar dan atau tidak lengkap, maka Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib untuk memberitahukan perubahan tersebut kepada Penanggung selambatnya 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak terjadinya perubahan dan memperbaharui pernyataan diri (self-certification).
- Mengacu kepada Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 01/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan, dengan ini Saya/Kami menyatakan setuju untuk dihubungi oleh Penanggung sehubungan dengan hal-hal sebagai berikut:
- a. Proses Seleksi risiko/tele Underwriting (jika ada).
- b. Pemberitahuan tentang penerimaan dan/atau penolakan pengajuan SPAJ ini.
- c. Pemberitahuan mengenai proses yang terjadi sehubungan dengan Polis Asuransi yang akan diterbitkan berdasarkan SPAJ ini selama masa asuransi berlangsung.
16. Dengan menandatangani SPAJ ini, Saya/Kami menyatakan telah membaca, mengerti dan memahami semua informasi yang tercantum pada SPAJ ini serta setuju untuk tunduk pada ketentuan-ketentuan yang tercantum di dalam Polis Asuransi. Dokumen ini merupakan bagian dari Polis Asuransi.

PERNYATAAN PENGGUNAAN INFORMASI

Saya memberikan persetujuan kepada Penanggung untuk memberikan data pribadi Saya kepada pihak lain untuk tujuan kegiatan promosi atau tujuan komersial dan membebaskan Penanggung dari segala tuntutan yang timbul akibat pemberian data-data.

☐

Setuju

☒

Tidak Setuju

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.

Ditandatangani di _____ Pada Tanggal 14 / Jul / 2021 (Tanggal/Bulan/Tahun).

| |
|----------------------|
| Calon Pemegang Polis |
| <div></div> |
| kakak |

| |
|-------------------|
| Calon tertanggung |
| <div></div> |
| nana |

| |
|---|
| Orang Tua/Wali yang sah (Jika Usia Calon Tertanggung < 21 tahun) |
| <div></div> |
| |

| |
|----------------|
| Tenaga Penjual |
| <div></div> |
| admin |

PERNYATAAN TENAGA PENJUAL

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,
Menyatakan bahwa dengan ini Saya telah menjelaskan mengenai termasuk tetapi tidak terbatas kepada rincian biaya, manfaat serta risiko dari jaminan asuransi terkait yang terdapat dalam ringkasan informasi produk dan/atau layanan produk dan brosur kepada Calon Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan menyatakan patuh terhadap Peraturan No. 01/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan.

Nama Tenaga Penjual : admin

Nomor Handphone :

Tenaga Penjual

.....

admin

PT Asuransi Jiwa BCA

Chase Plaza Lt. 22, Jl. Jend Sudirman Kav. 21, Jakarta Selatan 12920
Telp: +62 21 2188 8000, Faks: +62 21 2934 7977, Email: customer@bcalife.co.id
PT Asuransi Jiwa BCA telah terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan