



A. Pribadi

1. Nama
2. Jenis Kelamin  Laki-laki  Perempuan
3. Tempat Lahir  Tanggal Lahir         Umur
4. Bukti Identitas  KTP  SIM  Paspor  Akta Kelahiran (jika CTT < 17 tahun)
5. No. Bukti Identitas
6. Status  Menikah  Belum Menikah  Janda/Duda
7. Kewarganegaraan  Indonesia  Asing, sebutkan \_\_\_\_\_
8. Agama  Islam  Katolik/Kristen  Budha  Hindu  Lainnya \_\_\_\_\_
9. Pekerjaan, Jelaskan tugas Anda saat ini dan jenis usaha. (Khusus TNI/POLRI/PNS, sebutkan pangkat/golongan)

10. Detail Pekerjaan (Lokasi pekerjaan, aktifitas yang dilakukan sehubungan dengan pekerjaan, bekerja di dalam/luar ruangan, jika di luar ruangan alat transportasi apa yang digunakan, direncanakan untuk ditugaskan ke luar kota/negeri lain, pernah mengalami kecelakaan/sakit sehubungan dengan pekerjaan)

B. Alamat Korespondensi

1. Alamat
- Propinsi  RT  RW
- Kota  Kode Pos
2. Telepon  -  Extension
- Faksimili  -  Email

Hubungan dengan Tertanggung /Tertanggung Lain  Ayah/Ibu  Suami/Istri  Anak  Saudara Kandung  Lainnya \_\_\_\_\_

A. Pribadi

1. Nama
2. Jenis Kelamin  Laki-laki  Perempuan
3. Tempat Lahir  Tanggal Lahir         Umur
4. Bukti Identitas  KTP  SIM  Paspor
5. No. Bukti Identitas
6. Status  Menikah  Belum Menikah  Janda/Duda
7. Kewarganegaraan  Indonesia  Asing, sebutkan \_\_\_\_\_
8. Agama  Islam  Katolik/Kristen  Budha  Hindu  Lainnya \_\_\_\_\_
9. Pekerjaan, Jelaskan tugas Anda saat ini dan jenis usaha. (Khusus TNI/POLRI/PNS, sebutkan pangkat/golongan)

Detail Pekerjaan (Lokasi pekerjaan, aktifitas yang dilakukan sehubungan dengan pekerjaan, bekerja di dalam/luar ruangan, jika di luar ruangan alat transportasi apa yang digunakan, direncanakan untuk ditugaskan ke luar kota/negeri lain, pernah mengalami kecelakaan/sakit sehubungan dengan pekerjaan)

B. Alamat Korespondensi

1. Alamat
- Propinsi  RT  RW
- Kota  Kode Pos
2. Telepon  -  Extension
- Faksimili  -  Email

III. DATA FINANSIAL PEMEGANG POLIS

Beri tanda (√)

1. Sumber penghasilan  Gaji  Hasil Investasi  
 Hasil Usaha  Lainnya \_\_\_\_\_
2. Penghasilan per Tahun  < 25 juta Rupiah  ≥ 100 juta - < 250 juta Rupiah  
 ≥ 25 juta - < 50 juta Rupiah  ≥ 250 juta - < 500 juta Rupiah  
 ≥ 500 juta - < 100 juta Rupiah  ≥ 500 juta sebutkan \_\_\_\_\_

IV. DATA ASURANSI JIWA

Beri tanda (√)

1. Apakah Tertanggung/Tertanggung Lain/Pemegang Polis telah mempunyai Polis/sedang mengajukan asuransi jiwa/kesehatan/penyakit kritis/kecelakaan pada PT Chubb Life Insurance Indonesia/perusahaan asuransi lainnya? Jika "YA" silakan isi kolom di bawah ini  Ya  Tidak

Nama Perusahaan	No. Polis/No. Aplikasi	Uang Pertanggungan	Tanggal Mulai Polis

2. Pernahkah pengajuan/pemulihan kembali atas asuransi jiwa/kesehatan/ketidakmampuan/penyakit kritis/kecelakaan diajukan oleh Tertanggung/Tertanggung Lain kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia/perusahaan asuransi lainnya ditolak/ditunda/diterima dengan tambahan Premi atau dengan klausa khusus/pegecualian? Jika "Ya", silakan isi kolom di bawah ini  Ya  Tidak

Nama Perusahaan	Kapan	Alasan

3. Apakah Tertanggung/Tertanggung Lain pernah mengajukan klaim asuransi kecelakaan/kesehatan/ketidakmampuan/penyakit kritis? Jika "YA" silakan kolom di bawah ini  Ya  Tidak

Nama Perusahaan	Jenis Klaim	Nama dan Alamat Dokter	Tanggal Klaim	Alasan Klaim

V. DATA KESEHATAN

Beri tanda (√)

1. Apakah Anda pada saat pengisian formulir ini dalam keadaan sehat jasmani dan rohani?
2. Apakah Anda mempunyai cacat badan/mental? Jika "Ya", sebutkan (i) Sejak Kapan? (ii) anggota tubuh yang cacat (iii) sebab dan (iv) Keadaan saat ini?
3. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan yang memerlukan perawatan medis? Jika "Ya", harap isi Formulir Keterangan Kecelakaan.
4. Apakah Anda mempunyai hobi/ikut dalam kegiatan berisiko tinggi? Bila "Ya" mohon isi kuesioner
- Mendaki gunung  Menyelam  
 Terjun payung  Arung jeram  
 Berkuda  Balap mobil/motor  
 Terbang layang  Lainnya, sebutkan \_\_\_\_\_
5. Apakah Anda Buta/Buta Huruf/Buta Warna? Jika "Ya", sebutkan jenis dan jelaskan gangguan penglihatan (Buta).
6. a. Tinggi Badan \_\_\_\_\_ Cm  
 b. Berat Badan \_\_\_\_\_ Kg  
 c. Dalam 12 bulan terakhir ini, pernahkah Anda mengalami:  
 1. Kenaikan berat badan yang drastis? Jika "Ya", naik \_\_\_\_ kg. Jelaskan  
 2. Penurunan berat badan yang drastis? Jika "Ya", turun \_\_\_\_ kg. Jelaskan
7. Apakah Anda saat ini memiliki kebiasaan:  
 a. Merokok dalam 12 bulan terakhir?  
 b. Minum minuman beralkohol atau mempunyai riwayat ketergantungan minuman beralkohol? Jika "Ya", sebutkan:  
 (i) Jenis minuman:  
 Bir  
 Anggur/Wine  
 Spirit  
 (ii) Jumlah \_\_\_\_ sloki/gelas/botol\* per minggu (\*coret yang tidak sesuai)  
 (iii) Atau jelaskan kapan berhenti bagi yang mempunyai riwayat ketergantungan.

Tertanggung/ Tertanggung Lain		Pemegang Polis	
Ya	Tidak	Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Penjelasan dari jawaban "Ya"

<p>8. Apakah Anda pernah menggunakan:</p> <p>a. Obat penenang/narkotika/zat adiktif lainnya? Jika “Ya”, sebutkan (i) jenis, (ii) jumlah per hari, dan (iii) kapan.</p> <p>b. Apakah Anda pernah dirawat karena kecanduan obat terlarang? Jika “Ya”, sebutkan (i) alamat perawatan dan (ii) kapan.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>9. Pernahkah Anda atau suami/istri/pasangan Anda:</p> <p>a. Berkonsultasi/melakukan pengobatan yang berhubungan dengan penyakit kelamin/AIDS/gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS? Jika “Ya”, sebutkan kapan/nama dokter/alamat dokter/rumah sakit.</p> <p>b. Diberitahukan/mendapatkan hasil yang positif untuk pemeriksaan darah/antibodi virus AIDS/HIV? Jika “Ya”, sebutkan kapan.</p> <p>c. Dalam 3 bulan terakhir terus-menerus selama lebih dari 1 minggu mempunyai gejala cepat lelah/penurunan berat badan yang tidak lazim/diare/buang air besar yang tidak normal/pembesaran kelenjar getah bening/limfa/kelainan kulit yang tidak lazim? Jika “Ya”, sebutkan (i) kapan, (ii) sebab, dan (iii) kondisi sekarang.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>10. Pernahkah Anda: sedang/pernah diberitahukan menderita/mendapat perawatan untuk penyakit/gejala penyakit dibawah ini:</p> <p>a. Menerima transfusi darah/ditolak sebagai donor darah? Jika “Ya”, sebutkan (i) alasan, (ii) tujuan, dan (iii) kapan</p> <p>b. Melakukan pemeriksaan kesehatan seperti EKG/sinar-x/rontgen/USG/CT-scan/MRI/pemeriksaan laboratorium/tes lainnya? Jika “Ya”, sebutkan (i) alasan, (ii) hasil, (iii) kapan, dan (iv) nama dokter/alamat dokter/rumah sakit.</p> <p>c. Mendapatkan tindakan/pembedahan/biopsi/rawat inap di rumah sakit/pengobatan lainnya? Jika “Ya”, sebutkan (i) alasan, (ii) hasil, (iii) kapan, dan (iv) nama dokter/ alamat dokter/rumah sakit.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>11. Apakah Anda sedang/pernah melakukan konsultasi (termasuk melalui fasilitas online atau melalui telepon) atau diberitahukan menderita/ mendapat perawatan untuk penyakit/gejala yang tersebut di bawah ini? Jika “Ya”, sebutkan (i) nama penyakit, (ii) kapan, (iii) lama sakit, (iv) sebab, (v) nama, alamat, No. telepon dokter/rumah sakit, dan (vi) keadaan sekarang.</p> <p>a. Epilepsi/ayan/kejang-kejang/stroke/paralisis/lumpuh/polio/multiple sclerosis/pusing/pingsan/mati rasa/sakit kepala yang berkepanjangan/depresi/gangguan saraf/jiwa lainnya.</p> <p>b. Mata kabur/kelainan dan/atau gangguan pada penglihatan/telinga/pendengaran/bicara/gangguan lainnya pada mata/telinga/hidung/tenggorokan/rongga mulut.</p> <p>c. Batuk yang terus-menerus/asma/sesak napas/batuk darah/TBC/paru-paru basah/pneumonia/radang saluran pernafasan/bronkitis/gangguan sistem pernapasan lainnya.</p> <p>d. Nyeri dada/tekanan darah tinggi/kenaikan kolesterol/gangguan pada jantung/ pembuluh darah/serangan jantung/jantung berdebar-debar/gangguan lain pada katup jantung.</p> <p>e. Gangguan saluran pencernaan meliputi sakit maag/tukak lambung/usus/hati/ kandung empedu/hernia/bisul/fistula/wasir/gangguan lain pada sistem pencernaan.</p> <p>f. Gangguan pada leher/punggung/pergeseran sendi tulang belakang/kelebihan asam urat di dalam darah/penyakit sendi/nyeri/perubahan bentuk/gangguan otot/tulang belakang/anggota badan/persendian/rematik/luka berat.</p> <p>g. Gangguan hormonal/metabolisme seperti kencing manis, kelenjar gondok/ gangguan kelenjar endokrin.</p> <p>h. Gangguan saluran kemih/kelamin seperti kencing batu/kencing darah/ginjal/ prostat/kandung kemih/penyakit kelamin.</p> <p>i. Kanker/tumor/kista/pembesaran kelenjar getah bening/benjolan lainnya.</p> <p>j. Mengalami demam dan/atau batuk yang berkepanjangan dalam jangka waktu satu bulan terakhir atau mengalami penyakit/kelainan/gangguan kesehatan yang tidak tercantum di atas.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>12. Apakah ada anggota keluarga dekat Tertanggung/Tertanggung Lain/ Pemegang Polis yang pernah/sedang menderita penyakit TBC/jantung/ stroke/tekanan darah tinggi/kanker/gangguan kejiwaan/kencing manis/ginjal/hati/penyakit keturunan lainnya? Jika “Ya”, sebutkan (i) hubungan keluarga dan (ii) nama penyakit</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<b>13. Khusus Perempuan.</b> <b>a. Apakah Anda sedang hamil?</b> Jika "Ya", sebutkan usia kehamilan: ____ minggu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Pernahkah Anda mengalami kelainan pada payudara/gangguan haid/kelainan pada alat reproduksi/kesulitan pada waktu melahirkan?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Pernahkah Anda mendapatkan hasil tes pap smear yang abnormal/ diberitahukan oleh dokter untuk mengulang tes pap smear dalam 6 bulan berikutnya?</b> Jika "Ya", jelaskan....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Apakah Anda pernah mengalami keguguran/menggugurkan kandungan?</b> Jika "Ya", sebutkan (i) kapan dan (ii) alasan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>14. Apakah ada dokter pribadi/yang biasa/terakhir yang dikunjungi oleh Anda? Jika "Ya", silakan isi kolom di bawah ini.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TERTANGGUNG/TERTANGGUNG LAIN		PEMEGANG POLIS	
Nama Dokter			
Alamat			
Nomor Telepon			
Alasan			

**15. Data Keluarga Tertanggung/Tertanggung Lain dan Pemegang Polis**

Keluarga	Jumlah		Tertanggung/ Tertanggung Lain	Pemegang Polis	Keadaan Kesehatan/ Sebab Kematian
	Tertanggung/ Tertanggung Lain	Pemegang Polis	Umur, Hidup/Meninggal	Umur, Hidup/Meninggal	
Ayah					
Ibu					
Suami/Istri					
Anak					
Sdr. Laki-laki					
Sdr. Perempuan					

<b>16. Apakah Tertanggung/Tertanggung Lain dan/atau Pemegang Polis mempunyai riwayat perjalanan ke luar kota/negeri dalam waktu 1 bulan terakhir atau mempunyai rencana untuk melakukan perjalanan ke luar kota/negeri dalam waktu 6 bulan mendatang?</b> Jika "Ya", harap jelaskan (i) kapan, (ii) ke mana, (iii) berapa lama, dan (iv) tujuan perjalanan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**17. Apakah Anda memiliki domisili pajak selain di Indonesia?**  Ya, jelaskan pada Kolom di bawah ini  Tidak

**Jika nomor wajib pajak/TIN tidak tersedia, mohon diberikan alasan yang tepat, A, B atau C:**  
**Alasan A:** Negara di mana Saya melakukan pelaporan pajak tidak mengeluarkan nomor wajib pajak/TIN bagi Wajib Pajak.  
**Alasan B:** Saya tidak dapat memperoleh nomor wajib pajak/TIN atau nomor lain yang setara. (Mohon penjelasannya mengapa tidak dapat memperoleh nomor wajib pajak/TIN pada kolom berikutnya jika memilih alasan ini)  
**Alasan C:** TIN tidak diperlukan. (Hanya memilih alasan ini jika hukum yang berlaku di yurisdiksi yang bersangkutan tidak mewajibkan pengumpulan TIN)

Negara di mana terdaftar sebagai Wajib Pajak	Nomor Wajib Pajak/TIN	Alasan jika tidak ada Nomor Wajib Pajak/TIN (A, B atau C)	Mohon penjelasannya mengapa tidak dapat memperoleh nomor wajib pajak/TIN jika memilih Alasan B di samping.
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	1. <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	2. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	3. <input type="text"/>

### Klarifikasi Informasi Domisili Pajak

Jika negara di mana alamat/nomor telepon Anda (selain Indonesia) berbeda dengan negara yang pernah Anda informasikan atau Anda informasikan di atas sebagai domisili pajak Anda, mohon berikan penjelasan di bawah ini. Jika tidak, mohon abaikan bagian di bawah ini.

Pilih hanya SATU:

- a)  Saya adalah pelajar dengan alamat atau nomor telepon luar negeri
- b)  Saya dalam tujuan budaya/diplomatik dengan alamat atau nomor telepon luar negeri
- c)  Saya adalah ibu rumah tangga/tanggung dengan alamat atau nomor telepon luar negeri
- d)  Lainnya (mohon rincikan dan serahkan dokumen pendukung yang relevan)

Saya mempunyai alamat/nomor telepon luar negeri yang mana berbeda dengan negara domisili pajak saya karena:

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa:

- a. Sehubungan dengan permohonan tersebut di atas, saya/kami telah mengisi formulir ini dengan sebenar-benarnya, mengerti dan menyetujui bahwa saya/kami bertanggung jawab penuh atas isi formulir ini, serta membebaskan PT Chubb Life Insurance Indonesia dari tanggung jawab atas tuntutan dari pihak lain sehubungan dengan hal tersebut.
- b. Saya/kami menyetujui bahwa pembayaran yang dilakukan sehubungan dengan permohonan ini (jika ada) diberlakukan sebagai titipan premi serta tidak mengikat PT Chubb Life Insurance Indonesia, dan saya/kami menyetujui bahwa Polis belum berlaku kembali sampai permohonan ini disetujui oleh PT Chubb Life Insurance Indonesia.
- c. PT Chubb Life Insurance Indonesia berhak untuk tidak menjalankan instruksi yang tertera pada formulir ini jika menemukan hal-hal yang mencurigakan sehubungan dengan permohonan pada formulir ini sebelum melakukan konfirmasi langsung dengan pemegang Polis atau meminta saya/kami untuk melakukan pemeriksaan kesehatan.
- d. Jika permohonan ini tidak disetujui, maka saya menyetujui untuk menerima pengembalian semua pembayaran yang telah dilakukan sehubungan dengan permohonan ini, tanpa bunga dikurangi dengan Biaya-biaya yang sudah dipotong, biaya pemeriksaan kesehatan (bila ada), biaya administrasi, dan pajak (bila ada).
- e. Saya juga setuju bahwa terhitung sejak tanggal permohonan ini disetujui, PT Chubb Life Insurance Indonesia akan memberlakukan masa percobaan selama 2 tahun, di mana jika kemudian ternyata keterangan-keterangan yang saya beritahukan tidak benar, maka PT Chubb Life Insurance Indonesia berhak membatalkan perjanjian pertanggungan tanpa kewajiban apapun selama pertanggungan tersebut belum mempunyai nilai tunai.
- f. Saya mengerti bahwa saya tidak akan menerima Polis baru dan perubahan/pemulihan Polis adalah Endorsemen/Surat yang merupakan Bagian dari Polis saya.
- g. Saya/kami mengerti bahwa setiap perubahan yang diajukan dalam formulir ini hanya akan berlaku setelah disetujui oleh PT Chubb Life Insurance Indonesia.
- h. Saya mengerti dan menyetujui bahwa PT Chubb Life Insurance Indonesia telah menetapkan premi atau kontribusi yang cukup untuk membayar seluruh biaya-biaya yang ditetapkan pada Polis apabila saya tetap membayar premi selama masa pertanggungan, jika dikemudian hari terdapat transaksi yang saya lakukan yang berakibat pada tidak cukupnya nilai investasi yang terbentuk, maka saya memahami bahwa hal tersebut dapat mengakibatkan Polis saya menjadi berhenti berlaku.
- i. Saya menyetujui bahwa PT Chubb Life Insurance Indonesia berhak menggunakan data Pribadi saya untuk tujuan menyediakan, mengelola, mengembangkan dan menawarkan berbagai produk dan jasa asuransi kepada saya dan tujuan yang terkait dengan kepatuhan terhadap undang-undang, peraturan atau perintah dan regulasi di dalam/di luar negeri, pajak, legislatif atau kekuasaan kehakiman (Peraturan). Untuk mencapai hal tersebut, PT Chubb Life Insurance Indonesia dapat mengungkapkan data Pribadi saya kepada pihak ketiga yang layak di dalam maupun di luar wilayah Indonesia termasuk kepada penyedia jasa yang memiliki perjanjian dengan PT Chubb Life Insurance Indonesia untuk melaksanakan pelayanan PT Chubb Life Insurance Indonesia atau untuk melaksanakan kegiatan usaha tertentu atas nama PT Chubb Life Insurance Indonesia dan perusahaan lain dalam kelompok usaha Chubb atau kepada otoritas sesuai dengan Peraturan. Saya setuju PT Chubb Life Insurance Indonesia dapat menyimpan dan mengungkapkan data Pribadi saya dengan cara yang demikian.
- j. Saya memberikan kuasa kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia untuk memperoleh/mempertanyakan/mengetahui dari rumah sakit/klinik/dokter/pihak lain yang mempunyai catatan/informasi mengenai keadaan/riwayat kesehatan/pengobatan/perawatan rumah sakit/keterangan lain mengenai diri saya.
- k. Saya mengerti bahwa semua pemeriksaan medis (jika diperlukan) akan menjadi tanggung jawab saya.
- l. Sehubungan dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan nomor 25/POJK.03/2019 tentang pelaporan informasi nasabah asing terkait perpajakan kepada negara mitra atau yurisdiksi mitra dan peraturan pelaksanaannya (jika ada), dan Peraturan Menteri Keuangan nomor 70/PMK.03/2017 sebagaimana diubah terakhir oleh Peraturan Menteri Keuangan nomor 19/PMK.03/2018 tentang penyampaian informasi nasabah asing terkait perpajakan kepada negara mitra atau yurisdiksi, dan perubahan selanjutnya (jika ada), Saya sepenuhnya mengerti dan setuju dalam hal-hal sebagai berikut:
  - 1. Bahwa PT Chubb Life Insurance Indonesia dapat mengungkap keadaan khusus Saya atau informasi apapun mengenai diri Saya termasuk namun tidak terbatas pada informasi pajak Saya kepada Otoritas Perpajakan terkait yang diperlukan PT Chubb Life Insurance Indonesia untuk memenuhi kewajiban pelaporan perpajakan lokal dan internasional. PT Chubb Life Insurance Indonesia dapat meminta Saya untuk memberikan informasi lebih lanjut sebagaimana dipersyaratkan untuk pengungkapan kepada otoritas manapun dan Saya wajib memberikan informasi tersebut kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia dalam jangka waktu tertentu sebagaimana dapat dipersyaratkan secara wajar. Saya memahami konsekuensi jika Saya tidak bersedia menyampaikan pernyataan persetujuan, instruksi atau pemberian kuasa secara tertulis dan sukarela. PT Chubb Life Insurance Indonesia berhak untuk menolak hubungan bisnis permohonan layanan, dan/atau pengajuan perubahan apapun sesuai formulir ini transaksi dan/atau mengakhiri hubungan bisnis perlindungan dengan Saya, dan Saya berhak menolak memberikan pernyataan persetujuan, instruksi atau pemberian kuasa secara tertulis dan sukarela, dengan menerima konsekuensi seperti yang disebutkan di atas.

2. Saya dengan ini setuju untuk memberikan informasi kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia secara tepat waktu atas setiap perubahan apapun dari keterangan yang sebelumnya telah disampaikan kepada Chubb Life Insurance Indonesia, atau selambat-lambatnya 90 (sembilan puluh) hari sejak terjadinya perubahan yang dimaksud, baik pada saat pengisian formulir ini atau di waktu manapun lainnya. Secara khusus, merupakan hal yang sangat penting bagi Saya untuk memberikan informasi kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia secara langsung apabila terdapat perubahan atas kewarganegaraan Saya, status pajak atau wajib pajak atau jika Saya menjadi wajib pajak di lebih dari satu negara. Jika salah satu dari perubahan ini terjadi atau jika informasi manapun lainnya mengindikasikan adanya perubahan dimaksud, PT Chubb Life Insurance Indonesia dengan ini dapat meminta Saya untuk memberikan dokumen-dokumen tertentu atau informasi terkait, dan Saya setuju untuk memberikan informasi tersebut. Dokumen dan informasi tersebut adalah termasuk namun tidak terbatas pada pernyataan atau formulir pajak (dan dilegalisasi oleh notaris, apabila diperlukan) yang telah dilengkapi dan/atau ditandatangani oleh Saya.

Ditandatangani di

<p><b>Tertanggung/Tertanggung Lain</b></p>     <p>_____ Nama</p> <table border="1"><tr><td>h</td><td>h</td><td>b</td><td>b</td><td>t</td><td>t</td><td>t</td><td>t</td></tr></table>	h	h	b	b	t	t	t	t
h	h	b	b	t	t	t	t	

<p><b>Calon Pemegang Polis/Pemegang Polis</b></p>     <p>_____ Nama</p> <table border="1"><tr><td>h</td><td>h</td><td>b</td><td>b</td><td>t</td><td>t</td><td>t</td><td>t</td></tr></table>	h	h	b	b	t	t	t	t
h	h	b	b	t	t	t	t	

<p><b>Orang tua/Wali (jika Tertanggung/ Tertanggung Lain berusia di bawah 18 tahun)</b></p>     <p>_____ Nama</p> <table border="1"><tr><td>h</td><td>h</td><td>b</td><td>b</td><td>t</td><td>t</td><td>t</td><td>t</td></tr></table>	h	h	b	b	t	t	t	t
h	h	b	b	t	t	t	t	