

Formulir Pengajuan Pemulihan Polis

Diisi oleh Kantor Pusat

Tanggal - - (tgl-bln-thn)

Diterima oleh

Kantor

Polis Unit Link Polis Non Unit Link

Mohon untuk **TIDAK** menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong/belum diisi

A. Data Polis

1. No. Polis

2. Nama Pemegang Polis

3. No. Telepon

(Rumah) -

(Kantor) - Ext.

(Tempat Usaha) -

(Sekolah) -

(Handphone) -

4. Email

B. Data Tertanggung

I. Data Pribadi

1. Nama

2. Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan

3. Tempat/Tanggal Lahir / - - Umur

4. Bukti Identitas KTP SIM Paspor Akta Kelahiran (Jika CCT <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, sebutkan

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).

II. Alamat Korespondensi

1. Alamat

2. Kota RT RW

3. Provinsi Kode Pos

4. No. Telepon

(Rumah) -

(Kantor) - Ext.

(Handphone) -

5. Email

C. Data Pemegang Polis (Mohon dilengkapi jika berbeda dengan Tertanggung/Tertanggung Lain)

Beri tanda (✓)

Hubungan dengan Tertanggung /Tertanggung Lain

Ayah/Ibu Suami/Istri Anak Saudara Kandung
 Lainnya

I. Data Pribadi

1. Nama

2. Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan

3. Tempat/Tanggal Lahir / - - Umur

4. Bukti Identitas KTP SIM Paspor

5. No. Bukti Identitas

6. Status Menikah Belum Menikah Janda/Duda

7. Nama Gadis Ibu Kandung

8. Kewarganegaraan Indonesia Asing, sebutkan

9. Agama Islam Katolik/Kristen Budha Hindu Lainnya, sebutkan

10. Pekerjaan, Jelaskan tugas Anda saat ini dan jenis usaha. (Khusus TNI/POLRI/PNS, sebutkan pangkat/golongan)

11. 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).

II. Alamat Korespondensi

1. Alamat

2. Kota RT RW

3. Provinsi Kode Pos

4. No. Telepon (Rumah) -
 (Kantor) - Ext.
 (Handphone) -

5. Email

D. Data Finansial Pemegang Polis

Beri tanda (✓)

1. Sumber penghasilan Gaji Hasil Investasi
 Hasil Usaha Lainnya, sebutkan

2. Penghasilan per Tahun < 25 juta Rupiah 100 juta - < 250 juta Rupiah
 25 juta - < 50 juta Rupiah 250 juta - < 500 juta Rupiah
 50 juta - < 100 juta Rupiah ≥ 500 juta, sebutkan

E. Data Asuransi Jiwa

Beri tanda (✓)

1. Pernahkah anda melakukan pengajuan asuransi atau pengajuan klaim atau pemulihan kembali atas asuransi jiwa/kesehatan/ ketidakmampuan/penyakit kritis/kecelakaan yang diajukan oleh Pemegang Polis dan Tertanggung kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia/perusahaan lainnya ditolak/ditunda/diterima dengan tambahan Premi atau dengan klausa khusus/pengecualian? Ya Tidak

Nama Perusahaan

Kapan - - (tgl-blh-thn)

E. Data Asuransi Jiwa (Lanjutan)

Beri tanda (√)

Keterangan (Alasan Klaim/Diagnosa Klaim/Keputusan asuransi sebelumnya)

F. Data Kesehatan

Beri tanda (√)

Untuk Jawaban yang memerlukan penjelasan, silakan mengisi FP2D (Jika No. 1 dijawab TIDAK dan atau No. 2-15 dijawab YA)	Pemegang Polis	Tertanggung	Tertanggung Suami/Istri	Tertanggung Anak 1	Tertanggung Anak 2	Tertanggung Anak 3	Penjelasan dari Jawaban "YA"
	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	
1. Mohon mengisi tinggi dan berat badan Anda: Tinggi Badan Berat Badan	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	
	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	
2. Apakah Anda merokok (termasuk Vape/rokok elektrik/ produk yang mengandung nikotin) dalam 12 bulan terakhir atau mengonsumsi minuman beralkohol lebih dari satu standar unit atau pernah menggunakan obat-obatan yang tidak diresepkan oleh dokter (termasuk obat penenang, obat yang menyebabkan kecanduan/ adiktif, seperti Kokain, Heroin, Metadon, Ekstasi, Steroid)?	<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"/>	
3. Apakah Anda berencana untuk bepergian ke luar negeri dalam 12 bulan ke depan dan atau berpartisipasi atau berencana untuk ikut serta dalam olah raga atau kegiatan yang berbahaya atau berisiko tinggi?	<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"/>	
4. Apakah Anda pernah berkonsultasi (termasuk dalam fasilitas <i>online</i> atau melalui telepon) atau pernah diinformasikan bahwa Anda memiliki/menderita kondisi kesehatan atau menerima pengobatan untuk segala kondisi kesehatan atau kelainan fisik/mental? a. Tekanan darah tinggi, peningkatan kolesterol, nyeri dada, serangan jantung, penyumbatan pembuluh darah jantung, kelainan katup jantung, kelainan suara jantung (bising jantung), kelainan irama denyut jantung, atau kelainan kondisi kesehatan jantung, pembuluh darah atau peredaran darah lainnya. b. Penyakit atau kelainan dari sistem saraf, <i>Stroke</i> (Kelainan Pembuluh Darah Otak), <i>Pre-Stroke (Transient Ischaemic Attack/TIA)</i> , kelemahan atau pingsan, kejang atau Epilepsi, mati rasa atau kelumpuhan.	<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"/>	

F. Data Kesehatan (Lanjutan)

Untuk Jawaban yang memerlukan penjelasan, silakan mengisi FP2D (Jika No. 1 dijawab TIDAK dan atau No. 2-15 dijawab YA)	Pemegang Polis	Tertanggung	Tertanggung Suami/Istri	Tertanggung Anak 1	Tertanggung Anak 2	Tertanggung Anak 3	Penjelasan dari Jawaban "YA"
	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	
c. Gangguan kadar gula darah (Diabetes/Kencing manis), penyakit atau kelainan kelenjar <i>Tiroid</i> , penyakit atau kelainan hormonal atau genetic lainnya.	<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"/>	
d. Kanker (termasuk <i>Karsinoma in situ</i>), Tumor, Kista, massa atau benjolan, pembesaran kelenjar Limfe, massa/benjolan pada payudara, luka/bercak/lesi kulit atau tahi lalat yang abnormal. Kelainan kondisi kesehatan	<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"/>	
e. ginjal, prostat, kandung kemih, saluran kemih, seperti batu saluran kemih, infeksi saluran kemih, peningkatan <i>Prostat tumor marker</i> (PSA), darah dalam urin, dan gangguan berkemih.	<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"/>	
f. Depresi, kecemasan, Fobia atau kelainan kondisi kesehatan mental lainnya.	<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"/>	
g. Asma atau Bronkitis, batuk dalam waktu lama, sesak napas, <i>Tuberculosis</i> (TBC), <i>Pnumonia</i> (Radang Paru), atau gangguan kondisi kesehatan paru atau pernapasan lainnya.	<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"/>	
h. Kondisi atau gangguan kesehatan yang mempengaruhi mata, telinga, hidung, tenggorokan, atau gangguan terhadap penglihatan, pendengaran, berbicara.	<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"/>	
i. Sakit Kuning, ulkus saluran pencernaan, radang usus (<i>Colitis</i>), polip usus, kelainan pencernaan, kelainan perut, kelainan hati (termasuk Hepatitis A, B, C, D, E), kelainan kandung empedu.	<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"/>	
j. Penyakit atau kelainan tulang dan otot, cacat fisik, gangguan berjalan, amputasi, <i>Rheumatoid Arthritis</i> (Rematik), <i>Gout</i> (Peningkatan Asam Urat), kelainan tulang belakang, Sistemik <i>Lupus Eritematosus</i> (SLE), atau kelainan kondisi kesehatan <i>autoimmune</i> (gangguan kekebalan tubuh) lainnya.	<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"/>	
k. Penyakit menular Seksual atau infeksi HIV, <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (AIDS) atau kondisi kesehatan yang berhubungan dengan AIDS.	<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"/>	
5. Apakah Anda pernah berhenti bekerja/sekolah lebih dari 5 hari berturut-turut karena sakit, kecelakaan, atau kondisi kesehatan lainnya?	<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"/>	

F. Data Kesehatan (Lanjutan)

Beri tanda (✓)

Untuk Jawaban yang memerlukan penjelasan, silakan mengisi FP2D (Jika No. 1 dijawab TIDAK dan atau No. 2-15 dijawab YA)	Pemegang Polis	Tertanggung	Tertanggung Suami/Istri	Tertanggung Anak 1	Tertanggung Anak 2	Tertanggung Anak 3	Penjelasan dari Jawaban "YA"
	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	
6. Apakah Anda pernah mengalami gejala dan atau berencana untuk konsultasi medis atau menjalani investigasi atau pemeriksaan medis atau menunggu hasil dari pemeriksaan medis atau menunggu/menjalani pengobatan dalam bentuk apapun untuk kondisi berikut ini: Nyeri dada, Gangguan napas, Berkurangnya berat badan tanpa sebab yang jelas, adanya tahi lalat atau lesi/ bercak/tanda kulit yang berubah baik dalam bentuk dan ukuran, Benjolan abnormal, pembengkakan atau pertumbuhan massa, Perdarahan saluran cerna?	<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"/>	
7. Apakah ada orang tua, saudara laki-laki, atau Perempuan Anda yang memiliki salah satu dari kondisi berikutse belum umur 65 tahun: Nyeri dada (<i>Angina</i>), Serangan Jantung, Operasi Pembuluh Darah Jantung (<i>Bypass, Angioplasty</i>), <i>Kardiomiopati</i> (Penyakit otot jantung), Kanker, <i>Stroke</i> (Kelainan Pembuluh Darah Otak), Gangguan kadar gula darah (<i>Diabetes/Kencing manis</i>), <i>Demensia</i> (Kepikunan), Ginjal Polikistik (Ginjal berkista banyak), penyakit atau kondisi kesehatan keluarga lainnya?	<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"/>	
8. Pertanyaan Khusus Wanita : Apakah Anda saat ini hamil dan atau pernah memiliki hasil pemeriksaan yang hasilnya abnormal dari pemeriksaan <i>Pap Smear</i> , USG payudara atau <i>Mammogram</i> atau apakah anda pernah memiliki gejala, pengobatan, berkonsultasi untuk gangguan menstruasi atau gangguan kondisi kesehatan dari <i>cervix</i> (leher rahim), <i>ovarium</i> (indung telur), <i>uterus</i> (rahim), atau payudara?	<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"/>	

	Tertanggung/Tertanggung Lain	Pemegang Polis
Nama Dokter		
Alamat		
Nomor Telepon		
Alasan		

F. Data Kesehatan (Lanjutan)

Beri tanda (√)

Untuk Jawaban yang memerlukan penjelasan, silakan mengisi FP2D (Jika No. 1 dijawab TIDAK dan atau No. 2-15 dijawab YA)	Pemegang Polis	Tertanggung	Tertanggung Suami/Istri	Tertanggung Anak 1	Tertanggung Anak 2	Tertanggung Anak 3	Penjelasan dari Jawaban "YA"
	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	
9. 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? 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

10. 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="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="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="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/tanggungan dengan alamat atau nomor telepon luar negeri
- d) Lainnya (mohon rincikan dan serahkan dokumen pendukung yang relevan)

Saya mempunyai alamat/no. telepon luar negeri yang mana berbeda dengan negara domisili pajak Saya karena :

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa sehubungan dengan permohonan tersebut di atas,

- a. 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 uji (*contestable period*) selama 2 (dua) tahun.
- f. Saya/kami mengerti bahwa setiap perubahan yang diajukan dalam formulir ini hanya akan berlaku setelah disetujui oleh PT Chubb Life Insurance Indonesia.
- g. Saya mengerti bahwa Saya tidak akan menerima Polis baru dan perubahan/pemulihan Polis adalah Endosemen/Surat yang merupakan bagian dari Polis Saya.
- 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 PT 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.

- m. Saya memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan pemulihan Polis. Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta ("**Informasi Konsumen**") yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Chubb Life Insurance Indonesia dalam menerima atau menolak pengajuan dalam formulir ini, dan/atau menetapkan jumlah premi.
- n. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi Konsumen yang saya berikan dalam Formulir Pengajuan Pemulihan Polis (FPPP) ini serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh PT Chubb Life Insurance Indonesia ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan pemulihan Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila suatu Informasi Konsumen tersebut ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya, dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu Informasi Konsumen yang saya sembunyikan, dengan menandatangani formulir pengajuan pemulihan Polis ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT Chubb Life Insurance Indonesia melakukan hal-hal berikut:
1. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 2. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya sebatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggunggunaan Tambahan/Polis Tambahan) dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Polis Dasar/Pertanggunggunaan Tambahan/Polis Tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 3. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggunggunaan Tambahan/Polis Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa Perusahaan Asuransi hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada;
 4. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi/Polis Dasar/Pertanggunggunaan Tambahan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan menyesuaikan uang pertanggunggunaan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 5. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar dari pada yang tercantum dalam Polis. PT Chubb Life Insurance Indonesia juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan (Nilai Tunai) yang ada dalam Polis Saya dan/atau manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan premi dan/atau Biaya Asuransi.
- o. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan diatas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
1. Penandatanganan Formulir Pengajuan Pemulihan Polis (FPPP) ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT Chubb Life Insurance Indonesia jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam poin huruf n di atas; dan
 2. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

Ditandatangani di,

.....

Tanggal

		-			-				
(Tanggal)			(Bulan)			(Tahun)			

Tertanggung	Pemegang Polis	Orang Tua/Wali (jika Tertanggung berusia < 17 tahun)
<p style="text-align: center;">(.....) Nama Lengkap/Tanda Tangan</p>	<p style="text-align: center;">(.....) Nama Lengkap/Tanda Tangan</p>	<p style="text-align: center;">(.....) Nama Lengkap/Tanda Tangan</p>

Untuk Kepentingan Perusahaan

<p>Mengetahui : Diperiksa oleh Admin</p> <p>(.....) Nama Lengkap/Tanda Tangan</p>	<p>Mengetahui : Manager Kantor Cabang/ Pimpinan Cabang</p> <p>(.....) Nama Lengkap/Tanda Tangan</p>	<p>CATATAN :</p>
--	--	-------------------------

Catatan :

Formulir ini akan habis masa berlakunya dalam waktu 30 hari (hari kalender) setelah permintaan kekurangan dokumen dari kami tidak dapat dipenuhi oleh Nasabah, dengan demikian pengajuan transaksi akan dibatalkan/tidak dapat kami tindaklanjuti.