



**PT Chubb Life Insurance Indonesia**  
**Chubb Atrium (Setiabudi Atrium)**  
Jalan H.R. Rasuna Said Kav. 62, lantai 8  
Kuningan, Jakarta Selatan,  
Indonesia 12920  
Telepon : 021 2356 8888

**Chubb Life Care**  
**Chubb Atrium (Setiabudi Atrium)**  
Jalan H.R. Rasuna Said Kav. 62, lantai 8  
Kuningan, Jakarta Selatan,  
Indonesia 12920  
Hotline : 14087

**Contact Center Chubb Life Care:**  
• WA : 0815 848 14087  
• Email : ChubbCare.ID@Chubb.com  
• Website : chubb.com/id

**Pemegang Polis Yang Terhormat,**

Terima kasih atas kepercayaan yang telah Bapak/Ibu berikan kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia sebagai pendamping masa depan Bapak/Ibu beserta keluarga tercinta.

Mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk meluangkan waktu mengisi Formulir Pengkinian Data Nasabah secara lengkap dengan menggunakan huruf kapital serta mengembalikan formulir ini ke alamat *Email Chubb Life Care* yang tertera di bawah Formulir ini.

Hal ini bertujuan agar kami dapat memberikan informasi terkini mengenai pelayanan Polis serta memperbaharui data Bapak/Ibu yang tentunya akan selalu dijaga kerahasiaannya.

Terima kasih atas dukungannya, kami sangat menghargai waktu yang telah Bapak/Ibu luangkan.

Salam hangat,  
**Vice President of Operation Services**

---

**FORMULIR PENGKINIAN DATA NASABAH**

**Data Pemegang Polis**

1. NIK : .....
2. Nomor Polis : .....
3. Nama Pemegang Polis : .....
4. Nama Alias Pemegang Polis : .....
5. Tempat, tanggal lahir Pemegang Polis : .....
6. Nama Penerima Manfaat : .....
- Hubungan dengan Pemegang Polis : .....
7. Pekerjaan Pemegang Polis : .....
8. Kewarganegaraan Pemegang Polis : .....
9. Alamat sesuai KTP : .....
- RT/RW : .....
- Kota : .....
- Kode Pos : .....
- Telepon Rumah : .....
- Handphone : .....
- Telepon Kantor/  
    Tempat Usaha/Sekolah : .....
10. Alamat Korespondensi\* : .....
- RT/RW : .....
- Kota : .....
- Kode Pos : .....
- Telepon Rumah : .....

- Handphone : .....
- Telepon Kantor/  
Tempat Usaha/Sekolah : .....
11. Email (Wajib diisi) : .....
12. Cara pengiriman Korespondensi : Email / WhatsApp / Surat menyurat

**Data Tertanggung**

Data Tertanggung	Tertanggung 1	Tertanggung 2	Tertanggung 3	Tertanggung 4	Tertanggung 5
Nama Tertanggung					
Nama Alias Tertanggung					
Hubungan dengan Pemegang Polis					
NIK Tertanggung					
Tempat, tanggal lahir Tertanggung					
Alamat Tertanggung					
No Telepon Tertanggung					
Alamat Email Tertanggung					

Terima kasih atas kesediaan Bapak/Ibu dalam pengisian formulir ini. Informasi yang diberikan di dalam formulir ini adalah informasi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan serta membebaskan PT Chubb Life Insurance Indonesia dari tanggung jawab atas tuntutan dari pihak lain sehubungan dengan informasi yang diberikan. Mohon melampirkan Kartu Identitas Bapak/Ibu yang masih berlaku. Terima kasih.

Ditandatangani di ....., ..... 20....

Tanda tangan dan nama lengkap Pemegang Polis

<p><b>Chubb Life Care</b>  <b>PT Chubb Life Insurance Indonesia</b>  <b>Chubb Atrium (Setiabudi Atrium)</b>          Jalan H.R. Rasuna Said Kav. 62, Lantai 8.          Waktu operasional : Senin - Jumat, jam operasional 09.00 - 17.00 WIB          (Kecuali Hari Libur Nasional)</p> <p><b>Chubb Life care:</b>          Hotline : 14087          Email : <a href="mailto:ChubbCare.ID@chubb.com">ChubbCare.ID@chubb.com</a>          Waktu operasional : Senin - Jumat, jam operasional 08.00 - 17.00 WIB          (Kecuali Hari Libur Nasional)</p>
--

\*) Alamat yang akan digunakan oleh Chubb Life untuk pengiriman surat.