

Diisi oleh Kantor Pusat

Tanggal - - (tgl-bln-thn)

Diterima oleh

Kantor

A. DATA PEMEGANG POLIS

- 1. Nomor Polis
- 2. Nama Pemegang Polis
- 3. Nama Tertanggung Utama
- 4. Nomor Handphone* E-mail*:

B. PENGAJUAN/PENGHENTIAN CUTI PREMI/KONTRIBUSI

Saya setuju untuk (pilih salah satu):*

PENGAJUAN CUTI PREMI/KONTRIBUSI

Dengan Tanggal Jatuh Tempo Premi/Kontribusi berikutnya yang akan tidak dibayar adalah:

Periode: - - (tgl-bln-thn)

Jika terdapat kesalahan penulisan tanggal, maka Pengajuan Cuti Premi (Premium Holiday) akan diproses sesuai tanggal yang tercantum di sistem PT Chubb Life Insurance Indonesia

PENGHENTIAN CUTI PREMI/KONTRIBUSI

Dengan Tanggal Jatuh Tempo Premi/Kontribusi berikutnya yang akan dibayar kembali adalah:

Periode: - - (tgl-bln-thn)

Jika terdapat kesalahan penulisan tanggal, maka Penghentian Cuti Premi (Premium Holiday) akan diproses sesuai tanggal yang tercantum di sistem PT Chubb Life Insurance Indonesia

C. DEKLARASI DIRI

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 dibawah ini. Jika tidak, mohon abaikan bagian dibawah 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:

D. PERSYARATAN DAN KETENTUAN

Persyaratan/Dokumen Umum yang harus diserahkan ke Kantor Pusat:

1. Formulir Cuti Premi/Kontribusi.
2. Fotokopi Kartu Identitas diri Pemegang Polis yang berlaku.
3. Dokumen lain yang dipersyaratkan oleh Penanggung.

Ketentuan Umum:

1. Polis dalam keadaan masih berlaku.
2. Formulir Cuti Premi/Kontribusi hanya berlaku untuk 1 (satu) Nomor Polis.
3. Pengajuan Cuti Premi/Kontribusi akan diproses apabila seluruh data dan kelengkapan dokumen pendukung telah dipenuhi.

E. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

1. Telah menandatangani, membaca, memahami, dan menyetujui seluruh persyaratan dan ketentuan yang diatur di dalam Polis dan juga tertera di Formulir ini.
2. Saya telah mengisi seluruh informasi yang diminta di dalam Formulir ini dengan lengkap dan benar.
3. Pada saat Formulir Cuti Premi/Kontribusi ini diterima di Kantor Pusat dan pengajuan tersebut disetujui, maka ketentuan Cuti Premi akan disesuaikan dengan ketentuan Perusahaan.
4. Selama periode Cuti Premi/Kontribusi, Saya memahami bahwa Saya akan dikenakan biaya bulanan (termasuk namun tidak terbatas pada Biaya/Ujrah Asuransi, Biaya/Ujrah Administrasi, Biaya Cuti Premi (jika ada)) sesuai ketentuan Polis. Ketidacukupan nilai investasi pada Polis untuk membayar biaya bulanan selama periode Cuti Premi dapat mengakibatkan Polis Berhenti Berlaku (*Lapse*).
5. Saya menyatakan telah memahami akibat dari berlakunya Cuti Premi dan membebaskan PT Chubb Life Insurance Indonesia dari segala klaim/tuntutan dari pihak manapun/terhadap kerugian apapun yang mungkin timbul sehubungan dengan pengajuan Cuti Premi pada Formulir ini.
6. Terkait dengan permohonan ini, kembali Saya menyatakan bahwa Saya masih menyetujui 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/kami 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.
7. 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:
 - a. 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 pengajuan saya dan/atau mengakhiri hubungan pertanggungjawaban 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.
 - b. 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

Tanda Tangan Pemegang Polis
(sesuai PPAJ atau Kartu Identitas)

Nama Jelas
[] [] - [] [] - [] [] [] [] (tgl-bln-thn)

*Kolom wajib diisi

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

Mengetahui:
Kantor Pemasaran

Mengetahui:
Manager Kantor Cabang/Pimpinan Cabang

CATATAN:

Nama Jelas

Nama Jelas