

A. Pribadi

1. Nama
2. Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan
3. Tempat Lahir Tanggal Lahir Umur
4. Kartu Identitas KTP SIM Pasport Akta Kelahiran (Jika CTT < 17 tahun)
5. No. Kartu Identitas
6. Status Menikah Belum Menikah Janda/Duda
7. Kewarganegaraan Indonesia Asing _____
8. Agama Islam Katolik/Kristen Budha Hindu Lainnya _____
9. Pekerjaan (Jelaskan tugas Anda saat ini dan jenis usaha. Khusus ABRI/Kepolisian, sebutkan pangkat dan kesatuan)

10. Detail Pekerjaan (Lokasi pekerjaan, aktifitas yang dilakukan sehubungan dengan pekerjaan, bekerja di dalam/luar ruangan, jika diluar 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

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

II. DATA PEMEGANG POLIS/ CALON TERTANGGUNG LAIN (Mohon dilengkapi jika berbeda dengan tertanggung) Beri tanda (√)

Hubungan dengan Tertanggung 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. Kartu Identitas KTP SIM Pasport Akta Kelahiran (Jika CTT < 17 tahun)
5. No. Kartu Identitas
6. Status Menikah Belum Menikah Janda/Duda
7. Kewarganegaraan Indonesia Asing _____
8. Agama Islam Katolik/Kristen Budha Hindu Lainnya _____
- Pekerjaan (Jelaskan tugas Anda saat ini dan jenis usaha. Khusus ABRI/Kepolisian, sebutkan pangkat dan kesatuan)

10. Detail Pekerjaan (Lokasi pekerjaan, aktifitas yang dilakukan sehubungan dengan pekerjaan, bekerja di dalam/luar ruangan, jika diluar 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

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

III. DATA FINANSIAL PEMEGANG POLIS / CALON TERTANGGUNG LAINNYA

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
 ≥ 50 juta - < 100 juta Rupiah ≥ 500 juta

IV. DATA ASURANSI JIWA

Beri tanda (√)

1. Apakah Tertanggung/Pemegang polis telah mempunyai polis/sedang mengajukan asuransi jiwa/kesehatan/penyakit kritis/kecelakaan pada PT Chubb Life Insurance Indonesia/perusahaan asuransi lainnya? Bila "YA" silahkan isi kolom dibawah ini Ya Tidak

Nama Perusahaan	No. Polis/No. Aplikasi	Uang Pertanggungan	Tanggal Mulai Polis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Pernahkah pengajuan/pemulihan kembali atas asuransi jiwa/kesehatan/penyakit kritis/kecelakaan yang diajukan oleh Tertanggung/pemegang polis kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia/perusahaan asuransi lainnya ditolak/ditunda/diterima dengan tambahan premi? Jika "YA" silahkan isi kolom dibawah ini. Ya Tidak

Nama Perusahaan	Kapan	Alasan
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Apakah tertanggung pernah mengajukan klaim asuransi kecelakaan/kesehatan/ketidakmampuan/penyakit kritis? Jika "YA" silahkan kolom dibawah ini Ya Tidak

Nama Perusahaan	Jenis Klaim	Jumlah Klaim	Tanggal Klaim	Alasan Klaim
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V. DATA KESEHATAN

Beri tanda (√)

Tertanggung Pemegang Polis
 Ya Tidak Ya Tidak

1. Apakah Anda pada saat pengisian formulir ini dalam keadaan sehat?

Ya Tidak Ya Tidak

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?

Ya Tidak Ya Tidak

3. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan yang memerlukan perawatan medis? Jika "Ya", harap isi formulir kecelakaan.

Ya Tidak Ya Tidak

4. Apakah Anda mempunyai hobi/ikut dalam kegiatan berisiko tinggi? Bila "Ya" mohon isi kuesioner

Ya Tidak Ya Tidak

- Mendaki gunung Menyelam
 Terjun payung Arung jeram
 Berkuda Balap mobil/motor
 Terbang layang Lainnya _____

5. a. Tinggi Badan Cm Cm
 b. Berat Badan Kg Kg
 c. Dalam 12 bulan terakhir ini, pernahkah Anda mengalami:
 1. Kenaikan berat badan yang drastis? Jika "Ya", naik ___ kg. Penjelasan Ya Tidak
 2. Penurunan berat badan yang drastis? Jika "Ya", turun ___ kg. Penjelasan Ya Tidak

6. Apakah anda saat ini memiliki kebiasaan:
 a. Merokok dalam 12 bulan terakhir? Ya Tidak
 b. Minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? Ya Tidak
 c. Menggunakan obat penenang /narkotika/zat adiktif lainnya? Ya Tidak
 Untuk no 7. b dan C, bila "YA" mohon penjelasan: frekuensi pemakaian dan jenis yang digunakan.

Ya Tidak Ya Tidak
 Ya Tidak Ya Tidak
 Ya Tidak Ya Tidak

Batang/hari

Bila jawaban pertanyaan dibawah ini "Ya", sebutkan: (i) kapan, (ii) nama penyakit, (iii) nama dan alamat dokter, (iv) lama sakit, (v) keadaan sekarang.

8. Apakah Anda pernah berkonsultasi/kontrol ke dokter untuk penyakit yang membutuhkan perawatan khusus atau penyakit kritis?

Ya Tidak Ya Tidak

<p>9. Apakah Anda atau suami/istri anda pernah:</p> <p>a. Melakukan pemeriksaan: Darah, EKG, rontgen, USG, echocardiography, treadmill, CT-scan, MRI, angiographi, endoscopy, colonoscopy, mamographi atau tes lainnya.</p> <p>b. Menerima atau di tolak transfusi sebagai donor darah?</p> <p>c. Menjalani pembedahan /biopsi/rawat inap/rehabilitasi?</p> <p>d. Medapatkan pengobatan rutin lebih dari 2 minggu berturut, menjalani fisioterapi, kemoterapi, radioterapi atau kontrol berkala ke dokter?</p>	<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. Gangguan pada indra penglihatan seperti: katarak, mata kabur/buram, buta warna, peningkatan tekanan bola mata atau kelainan mata lainnya.</p> <p>b. Apakah saat ini anda menggunakan kacamata? Jika "YA" mohon sebutkan ukuran kacamata.</p> <p>c. Gangguan pada hidung, telinga atau tenggorokan, seperti: polip, sinusitis, pendarahan pada hidung, penurunan pendengaran/tuli, keluar cairan dari telinga, amandel atau kelainan pada telinga hidung atau tenggorok lainnya.</p> <p>d. Gangguan pada paru dan sistem pernafasan, seperti: asma, TBC, radang paru, paru - paru basah, batuk berdarah atau kelainan pada paru dan saluran nafas lainnya.</p> <p>e. Gangguan pada jantung dan pembuluh darah, seperti: nyeri pada dada kiri, jantung berdebar-debar, penyumbatan pembuluh darah jantung, kelaianan katup jantung, varises atau kelainan jantung dan pembuluh darah lainnya.</p> <p>f. Gangguan pada lambung dan saluran cerna seperti: maag, diare kronis berulang, muntah/BAB berdarah,wasir/fistula, hernia, pembesaran limpa, usus buntu, hernia atau gangguan saluran pencernaan lainnya.</p> <p>g. Gangguan pada hati dan empedu seperti: sakit kuning/hepatitis, perlemakan hati, gangguan fungsi hati, batu empedu, atau kelainan pada hati lainnya.</p> <p>h. Gangguan pada ginjal, saluran dan kandung kemih serta kelamin, seperti: kencing batu, kencing darah, prostat, cuci darah, sakit kelamin dan penyakit ginjal, saluran dan kandung kemih serta kelamin lainnya.</p> <p>i. Gangguan anggota gerak, sendi dan tulang seperti: rheumatik, osteoporosis, pengapuran tulang, syaraf terjepit atau kelainan anggota gerak, sendi dan tulang lainnya.</p> <p>j. Gangguan metabolisme, kekebalan tubuh dan hormonal, seperti: thyroid, kencing manis, HIV/AIDS, penyakit lupus, steven's jhonson, thalasemia, anemia, cebol, gegantisme, nyeri/gangguan menstruasi dan gangguan metabolisme, kekebalan tubuh dan hormonal lainnya.</p> <p>k. Gangguan saraf, keseimbangan dan kejiwaan, seperti: epilepsi, kejang -kejang, stroke, lumpuh, polio, multiple sclerosis, pingsan, bell's palsy, vertigo, migrain, sakit kepala berkepanjangan, depresi atau gangguan saraf, keseimbangan dan kejiwaan lainnya.</p> <p>l. Tumor jinak, Kanker, kista, polip, lipoma, pembesaran kelenjaran getah bening atau pembesaran/benjolan dan keganasan lainnya.</p> <p>m. Gangguan lainnya yang tidak tercantum diatas seperti cacat bawaan, kelainan akibat operasi/kecelakaan.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>11. Apakah ada anggota keluarga dekat Tertanggung/Pemegang polis yang pernah/sedang menderita penyakit TBC/jantung/stroke/ tekanan darah tinggi/kanker/gangguan kejiwaan/kencing manis/ginjal/hati? Jika "Ya", sebutkan (i) hubungan keluarga dan (ii) nama penyakit.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>12. Khusus Perempuan:</p> <p>a. Apakah Anda sedang hamil? Jika "Ya", sebutkan usia kehamilan.</p> <p>b. Pernahkah Anda mengalami kelainan pada payudara/gangguan haid kelainan kandungan/kesulitan pada waktu melahirkan?</p> <p>c. Pernahkah Anda mendapatkan hasil tes papsmear yang abnormal/diberitahukan oleh dokter untuk mengulang tes papsmear dalam 6 bulan berikutnya?</p> <p>d. Apakah Anda pernah mengalami keguguran/ menggugurkan kandungan? Jika "Ya", sebutkan (i) kapan dan (ii) alasan.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>13. Apakah ada dokter pribadi/ yang biasa/terakhir yang dikunjungi oleh Anda?Jika "Ya", silahkan isi kolom di bawah ini.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

TERTANGGUNG

PEMEGANG POLIS

Nama Dokter		
Alamat		
No. Telepon		
Alasan		

Saya/kami 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 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.
- e. Saya/kami juga setuju bahwa terhitung sejak tanggal permohonan ini disetujui, PT Chubb Life Insurance Indonesia akan memberlakukan masa percobaan selama 2 tahun, dimana jika kemudian ternyata keterangan-keterangan yang saya/kami 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. Perubahan/pemulihan polis akan diberikan dan dicetak dalam bentuk endosemen 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 /kami 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/kami.
- i. Saya/kami mengerti bahwa semua pemeriksaan medis (jika diperlukan) akan menjadi tanggung jawab saya/kami.

Ditandatangani di

Calon Tertanggung/Tertanggung
_____ Nama h h b b t t t t

Calon Pemegang Polis/Pemegang Polis
_____ Nama h h b b t t t t

Orang tua/Wali (jika Tertanggung berusia di bawah 18 tahun)
_____ Nama h h b b t t t t