

Formulir Pengajuan Perubahan Data Polis

Diisi oleh Kantor Pusat

Tanggal _____ - _____ - _____ (tgl-bln-thn)

Diterima oleh

Kantor

on untuk TIDAK menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong/belum diisi

A. Data Pemegang Polis

1. No. Polis
 2. Nama Pemegang Polis
 3. Nama Tertanggung Utama
 4. No. Telepon/Handphone*

^aTelepon/Handphone yang dicantumkan di Proposal Pengajuan Asuransi Jiwa (PPAJ)/Proposal Pengajuan Asuransi Jiwa Syariah (PPAJS).

B. Data Perubahan Polis

Saya setuju untuk mengajukan perubahan atas Nomor Polis di atas sebagai berikut :

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Perubahan Alamat/Email/No. Telepon | <input type="checkbox"/> | Perubahan Cara Bayar | <input type="checkbox"/> |
| Perubahan/Koreksi Nama/Tanggal Lahir Pemegang Polis | <input type="checkbox"/> | Perubahan Data Rekening/Kartu Kredit | <input type="checkbox"/> |
| Perubahan/Koreksi Nama/Tanggal Lahir Penerima Manfaat | <input type="checkbox"/> | Cetak Ulang (<i>Reprint</i>)Polis/Kartu Kesehatan | <input type="checkbox"/> |
| Perubahan No. Kartu Identitas | <input type="checkbox"/> | Perubahan Metode Pengiriman Informasi | <input type="checkbox"/> |
| Perubahan Data Lainnya (Jelaskan pada kolom di bawah ini) | <input type="checkbox"/> | Hapus Asuransi Tambahan | <input type="checkbox"/> |
| Perubahan Frekuensi Bayar | <input type="checkbox"/> | Kelengkapan Dokumen/Informasi | <input type="checkbox"/> |
| Perubahan Manfaat | <input type="checkbox"/> | Peninjauan Sub Standard | <input type="checkbox"/> |

Data Sebelum Perubahan

Data Sesudah Perubahan

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).

Klarifikasi Informasi Domisili Pajak

Jika negara di mana alamat/no. 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 no. telepon luar negeri.
- b) Saya dalam tujuan budaya/diplomatik dengan alamat atau no. telepon luar negeri.
- c) Saya adalah ibu rumah tangga/tanggungan dengan alamat atau no. 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 :

D. Persyaratan dan Ketentuan

Persyaratan/Dokumen Umum yang harus diserahkan ke Kantor Pusat :

1. Formulir Perubahan Data Polis.
2. Fotokopi Kartu Identitas Diri (ID) Pemegang Polis yang masih berlaku dan fotokopi Kartu Identitas Diri sebelum pengajuan perubahan.

Ketentuan Umum :

1. Polis dalam keadaan *In force*.
2. Formulir Perubahan Data Polis hanya berlaku untuk 1 (satu) nomor Polis dengan beberapa perubahan.
3. Pengajuan Perubahan Polis akan diproses apabila seluruh data dan kelengkapan dokumen pendukung telah dipenuhi, serta pemeriksaan kesehatan telah dilakukan (jika diperlukan).
4. Apabila ada perubahan informasi yang tertera di Kartu Identitas (KTP/SIM/Paspor) pada saat Proposal Pengajuan Asuransi Jiwa (PPAJ), Pemegang Polis mengajukan perubahan data Kartu Identitas terlebih dahulu dengan mengisi Surat Pernyataan Perubahan Kartu Identitas.
5. Melampirkan Surat Keterangan Hilang dari kepolisian apabila Buku Polis hilang.
6. PT Chubb Life Insurance Indonesia berhak melakukan pemeriksaan, menolak, dan/atau membatalkan permohonan perubahan ini dan persetujuannya apabila di kemudian hari, terdapat keterangan/data yang dicantumkan tidak sesuai dan/atau tidak benar.

E. Pernyataan Pemegang Polis

Pemegang Polis menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Telah menandatangani, membaca, memahami, dan menyetujui seluruh persyaratan dan ketentuan yang tertera di formulir ini.
2. Semua keterangan yang diberikan di dalam formulir ini adalah benar.
3. Pada saat Formulir Perubahan Data Polis ini diterima di Kantor Pusat, maka segala ketentuan dan manfaat Polis akan disesuaikan dengan permintaan perubahan seperti tertera pada kolom B di atas, serta pengajuan perubahan tersebut telah disetujui Kantor Pusat.
4. Segala biaya pemeriksaan kesehatan (jika diperlukan) yang timbul menjadi tanggung jawab Pemegang Polis.
5. Perubahan Polis dilakukan dalam bentuk Endosemen yang akan menjadi satu kesatuan dengan Polis/Surat yang merupakan bagian Polis Saya.
6. 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. Apabila dikemudian hari terdapat transaksi yang saya lakukan berakibat pada tidak cukupnya nilai investasi yang terbentuk maka Saya memahami bahwa hal tersebut dapat mengakibatkan Polis Saya menjadi berhenti berlaku.
7. 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 demikian.
8. 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 pelaksananya (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. Bawa 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 pertanggungan 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 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.
9. Saya memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan perubahan data 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.
10. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi Konsumen yang saya berikan dalam Formulir Pengajuan Perubahan Data Polis (FPPDP) ini serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh PT Chubb Life Insurance Indonesia ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan perubahan data 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 perubahan data Polis ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT Chubb Life Insurance Indonesia melakukan hal-hal berikut:
- Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya sebatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan) dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Polis Dasar/ Pertanggungan 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);
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan 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;
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - 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, jika ada, dan/atau manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
11. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
- Penandatanganan Formulir Pengajuan Perubahan Data Polis (FPPDP) 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 10 di atas; dan
 - 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)

Tanda Tangan Pemegang Polis
(sesuai PPAJ atau Kartu Identitas)

(.....)

Nama Lengkap/Tanda Tangan

Untuk Kepentingan Perusahaan

Mengetahui :
Kantor Pemasaran

(.....)

Nama Lengkap/Tanda Tangan

Mengetahui :
Manager Kantor Cabang/
Pimpinan Cabang

(.....)

Nama Lengkap/Tanda Tangan

CATATAN :

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.

PT Chubb Life Insurance Indonesia

Chubb Square, Lantai 6

JL. M.H. Thamrin No. 10, Jakarta 10230. Tel : 021 2356 8888

Email : ChubbCare.ID@Chubb.com

www.chubb.com/id

PT Chubb Life Insurance Indonesia (Chubb Life Indonesia)
berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).