

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"/>				

V. DATA KESEHATAN

Beri tanda (√)

	Beri tanda (√)				Penjelasan
	Tertanggung		Pemegang Polis		
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
1. Apakah Anda pada saat pengisian formulir ini dalam keadaan sehat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan yang memerlukan perawatan medis? Jika "Ya", harap isi formulir kecelakaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Apakah Anda mempunyai hobi/ikut dalam kegiatan berisiko tinggi? Bila "Ya" mohon isi kuesioner <input type="checkbox"/> Mendaki gunung <input type="checkbox"/> Menyelam <input type="checkbox"/> Terjun payung <input type="checkbox"/> Arung jeram <input type="checkbox"/> Berkuda <input type="checkbox"/> Balap mobil/motor <input type="checkbox"/> Terbang layang <input type="checkbox"/> Lainnya _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. a. Tinggi Badan b. Berat Badan c. Dalam 12 bulan terakhir ini, pernahkah Anda mengalami: 1. Kenaikan berat badan yang drastis? Jika "Ya", naik ___ kg. Penjelasan 2. Penurunan berat badan yang drastis? Jika "Ya", turun ___ kg. Penjelasan	<input type="text"/>	Cm	<input type="text"/>	Cm	
	<input type="text"/>	Kg	<input type="text"/>	Kg	
6. Apakah anda saat ini memiliki kebiasaan: a. Merokok dalam 12 bulan terakhir? b. Minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? c. Menggunakan obat penenang /narkotika/zat adiktif lainnya? Untuk no 7. b dan C, bila "YA" mohon penjelasan: frekuensi pemakaian dan jenis yang digunakan.	<input type="checkbox"/> Batang/hari				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

<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. Mendapatkan 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: thyroïd, 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