Manulife Financial

Formulir Perubahan Data Pemegang Polis
FORM/MKS^{Plus}/MPP^{Plus}/ 006/09/02

Policyholder Data Changes Forms
FORM/MKS^{Plus}/MPP^{Plus}/ 006/09/02

Kepada :
PT . Asuransi Jiwa Manulife Indoensia
DPLK & Group Saving Dept
Sampoerna Strategic Square, South Tower, Lantai 3 - 17
Jl. Jend Sudirman Kav. 45, Jakarta 12930

Telp : (62)(21) 2555 7788 Fax : (62)(21) 2555 222 7 Email : DPLK-GS_CS_ID@manulife.com

PERUBAHAN DATA PEMEGANG POLIS ASURANSI KARYAWAN

Policy Holder Data Changes of Employees Insurance

- **MOHON MEMBACA DAN MEMPELAJARI PETUNJUK PELAKSANAAN ADMINISTRASI POLIS ASURANSI KARYAWAN SEBELUM MENGISI FORMULIR INI** / *Please have read and learned carefully the administration procedures of Employees Insurance*
- **PERUBAHAN DATA AKAN DIPROSES SETELAH FORMULIR ASLI DITERIMA /** *Data changes will be process after we receive the original form*

Pemegang Polis *Policy Holder*	:	
Nomor Polis *Policy Number*	:	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
PERUBAHAN YANG DIAJUKAN *Changes proposed*		
☐ **Pemegang Polis** *Policyholder*	:	
☐ **Nomor Rekening** *Account Number*	:	
Atas Nama *Beneficiary's Name*	:	
Nama Bank (lengkap dengan cabang) *Bank Name (completed with Branch)*		
☐ **Nama Karyawan Penghubung** *Contact Person*	:	
☐ **Alamat** *Address*	:	
☐ **No.Telepon /Faksimili/E-mail** *Phone Number/Fax/Email Address*	:	
☐ **Perubahan Lainnya** *Other changes*	:	_____
☐ **Pihak yang berwenang dalam Penentuan Pembayaran Manfaat** *Authorized Person to determine Benefit Payment*	:	_____ _____
☐ **Specimen Tanda Tangan Pihak Berwenang /** *the signatures specimen of authorized person*		

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh informasi dan atau pernyataan yang diberikan dalam formulir perubahan data ini adalah benar dan lengkap, *Herewith I agreed that all information and or statements in this application form are true and complete*

Yang berhak menanda tangani formulir ini adalah orang yang mewakili perusahaan berdasarkan Akte Pendirian/Anggaran Dasar Perusahaan
Only authorized persons who have right to represent The Employer based on the Deed of Establishment/Article of Associations

TANDA TANGAN & STEMPEL PERUSAHAAN
(*Signature and Company Stamp*)

Nama / *Name* : _____
Jabatan / *Position* : _____
Tempat dan Tangga / *Place & Date* : _____

Untuk keperluan Perusahaan Asuransi / ***For Insurance Company Purpose***

Tanggal Diterima/ *App. received date* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Oleh (Nama Lengkap) : _____ *By (completed name)*	Tanggal Pemasukan Data/*date of entry* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Nama Admin : _____ Administration's name