

INFORMASI DATA PESERTA / MEMBER INFORMATION

PEMEGANG POLIS / *Policyholder* : _____

NAMA TERTANGGUNG / *Name of Insured* : _____

TEMPAT & TANGGAL LAHIR / *Place & Date of Birth* : _____ (tempat/*place*) _____ (tgl /*date*) _____ (bln /*month*) _____ (thn /*year*)

JENIS KELAMIN / *Gender* : Pria / *Male* Wanita / *Female*

JABATAN & BAGIAN / *Job Title & Division* : _____

NO. KTP / SIM / PASPOR / *KTP / SIM / Passport* : _____

ALAMAT KORESPONDENSI / *Correspondence Address* : _____

_____ KODE POS / *Post Code* : _____

NO. TELEPON/*Phone No.* _____ LAIN-LAIN/*Others* : (HP, Fax, Pager) _____ E-MAIL : _____

STATUS PERKAWINAN / *MARITAL STATUS* : Menikah / *Married* Belum Menikah / *Single* Janda / Duda / *Widow/widower*

SUMBER PENGHASILAN / *FUND SOURCE* : GAJI /*SALARY* USAHA PRIBADI/*OWN BUSINESS* LAINNYA/*OTHERS*.....

PENGHASILAN KOTOR/TAHUN / *GROSS SALARY PER YEAR* :
 < Rp. 10 juta Rp. 10 juta – Rp. 50 juta Rp. 50 juta – Rp. 100 juta > Rp. 100 juta

TUJUAN PEMBELIAN PROGRAM/ *PURPOSE OF THE USE OF FUND*:
 Investasi Manfaat Karyawan Lainnya, sebutkan

NO. REKENING BANK / *BANK ACCOUNT NUMBER* : _____ NAMA BANK / *BANK'S NAME* : _____
 Cabang/*Branch* : _____

NAMA PADA REKENING BANK / *NAME ON BANK ACCOUNT* : _____

(Untuk pernyataan dibawah ini mohon konfirmasi dengan perusahaan Anda / For question below please confirm with your company)

TANGGAL EFEKTIF KEPESERTAAN / *Effective Date* : _____ (tgl /*date*) _____ (bln /*month*) _____ (thn /*year*)
 TANGGAL JATUH TEMPO / *Maturity Date* : _____ (tgl /*date*) _____ (bln /*month*) _____ (thn /*year*)

INFORMASI TERMASLAHAT / BENEFICIARY INFORMATION

(Hanya jika pembayaran manfaat meninggal dunia dilakukan ke rekening penerima manfaat berdasarkan persetujuan Pemegang Polis / Only if death benefit payment is made directly through beneficiary's account based on Policyholder's approval)

Nama yang tertera di bawah ini adalah istri/suami/anak (apabila peserta sudah menikah) atau keluarga terdekat (apabila peserta tidak menikah) yang berhak menerima manfaat meninggal.
List of names below is wife/husband/children (if the participant is married) or close relatives (if the participant is single) who have the right to receive the death benefit:

Nama / <i>Name</i>	Hubungan / <i>Relationship</i>	Tempat, Tanggal Lahir / <i>Place, Date of Birth</i>

PERNYATAAN & KUASA/ DECLARATION & AUTHORIZATION

Saya dengan ini menyatakan, mengerti dan setuju bahwa : 1) seluruh informasi dan atau keterangan yang saya berikan dalam formulir ini adalah benar dan lengkap, 2) saya dalam keadaan sehat dan tidak berada di bawah pengampunan/tekanan serta aktif bekerja pada perusahaan ini, dan 3) formulir ini dan segala dokumen pendukungnya, jika pendaftaran ini disetujui, akan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Polis Manulife Karyawan Sejahtera. / *I hereby declare, understand and agree that : 1) all information and or statements in this application form are true and complete, 2) I am in a good health and not legally incompetent or under duress and actively work in this company, and 3) this application form and its supporting documents, if this application is approved, will become an integral part of the Manulife Karyawan Sejahtera Policy.*

Dengan menandatangani formulir pendaftaran ini, saya memberi kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia untuk meminta segala informasi yang dibutuhkan, termasuk namun tidak terbatas pada informasi keuangan, riwayat kesehatan saya, dalam rangka pendaftaran asuransi ini dan atau proses klaim saya, kepada semua pihak, termasuk dokter, pusat pelayanan kesehatan tempat saya dirawat, atau pihak lain yang memiliki yang dibutuhkan oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia dan melakukan pemeriksaan dari segala informasi yang disampaikan. Saya dengan ini memberikan ijin pihak-pihak tersebut untuk memberikan segala informasi yang diminta oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. Salinan atau fotokopi dari kuasa ini akan berlaku sama dengan aslinya / *By signing this application form, I hereby authorize PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia to obtain any information, including but not limited to financial information, my medical history, in connection with my insurance application and or claim process, from any party, including doctor, medical service providers, or other parties who have required by PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia and to check on all information submitted. I authorize those parties to release any information requested by PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. A photocopy of this authorization shall be as effective and valid as the original.*

TANDA TANGAN / SIGNATURE

TANDA TANGAN TERTANGGUNG
Signature of Insured Member

NAMA / Name : _____

TEMPAT & TANGGAL / Place & Date : _____

TANDA TANGAN & STEMPEL PERUSAHAAN

Signature and Company Stamp

(Hanya orang yang berhak mewakili Pemegang Polis / *Only authorized personnel who have rights to represent the Policyholder*)

NAMA / Name : _____

JABATAN / Job Title : _____

TEMPAT & TANGGAL / Place & Date : _____

Untuk keperluan Perusahaan Asuransi / *For Insurance Company purposes*

Tanggal Diterima □□ □□ □□□□	Oleh (Nama Lengkap)	Tanggal Pemasukan Data □□ □□ □□□□	Nama Admin :
--------------------------------	---------------------	--------------------------------------	--------------