

HARAP FORMULIR INI DIISI SECARA BENAR, KARENA BERHUBUNGAN DENGAN MASA DEPAN ANDA

INFORMASI PRIBADI (Harap diisi dengan huruf cetak atau diketik)

Pemegang Polis / <i>Policyholder</i> :		Nomor Induk Karyawan (NIK) / <i>Employee's ID</i> :	
Nama Tertanggung / <i>Name of Insured</i>		Tanggal Mulai Bekerja / <i>Date of Hiring</i> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tgl/date) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (bln/month) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (thn/year)	
Tanggal Lahir / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tgl/date) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (bln/month) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> thn/year) <i>Date of Birth</i>		Tanggal Jatuh Tempo / <i>Maturity Date</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tgl/date) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (bln/month) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (thn/year)	
Tempat / <i>Place</i> :		Kewarganegaraan: <input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA	
Nama Ibu Kandung sebelum menikah / Mother's <i>Maiden Name</i> : _____			
Jenis Kelamin / <i>Gender</i> : <input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>		Jenis Pekerjaan / <i>Job Vacation</i> : <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Lainnya.....	
Status Perkawinan / <i>Marital Status</i> <input type="checkbox"/> Belum Kawin/ <i>Single</i> <input type="checkbox"/> Kawin / <i>Married</i> <input type="checkbox"/> Janda/Duda / <i>Widow/Widower</i>			
Sumber Penghasilan / <i>Fund Sources</i> : <input type="checkbox"/> Gaji / <i>Salary</i> <input type="checkbox"/> Usaha Pribadi / <i>Own business</i> <input type="checkbox"/> Lainnya/ <i>others</i>			
Penghasilan kotor/tahun / <i>Gross Salary per year</i> <input type="checkbox"/> < Rp. 10 juta/ <i>million</i> <input type="checkbox"/> Rp.10 juta/ <i>million</i> – Rp. 50 juta/ <i>million</i> <input type="checkbox"/> Rp. 50 juta/ <i>million</i> - Rp. 100/ <i>million</i> juta <input type="checkbox"/> > Rp. 100 juta/ <i>million</i>			
Tujuan pembelian program / <i>purpose of the use of fund</i> : <input type="checkbox"/> Investasi/ <i>Investment</i> <input type="checkbox"/> Manfaat Karyawan/ <i>Employee Benefit</i> <input type="checkbox"/> Lainnya/ <i>others</i>			
No. Rekening Bank / <i>Bank Account Number</i> :		Nama Bank / <i>Bank's name</i> : Cabang/ <i>Branch</i> :	
Nama pada rekening Bank / <i>Name on Bank Account</i> :			
No. KTP/SIM/PASSPORT/KITAS/KIMS/KITAP (lampirkan fotokopi/ <i>attached the copy</i>) :			
No. NPWP / <i>Tax ID No</i> (lampirkan fotokopi/ <i>attached the copy</i>) :			
Alamat ((Sesuai dengan identitas diri yang dilampirkan) <i>Address (Based on copy of ID)</i>			
Kode Pos / <i>Postal Code</i> :			
Alamat Tempat Tinggal / Alamat Koresponden / <i>Correspondence</i> (Jika berbeda dengan identitas diri yang dilampirkan / <i>Only if different with copy of ID</i>)			
Kode Pos / <i>Postal Code</i> :			
No. Telepon/ <i>Phone No</i> : (Rumah / <i>Home</i>)	No. Telepon/ <i>Phone No</i> : (Office / <i>Office</i>)	Lain-lain / <i>Others</i> (HP, Fax, Pager)	E-mail :

PREMI dan PILIHAN INVESTASI PRIBADI

PREMI PERUSAHAAN / <i>Employer premium</i> <input type="checkbox"/> % dari penghasilan kotor, dan atau / <i>from gross salary, and or</i> <input type="checkbox"/> Rp _____	PILIHAN INVESTASI / <i>Investment option</i> Saya menyadari sepenuhnya resiko dari pilihan arahan investasi ini menjadi tanggung jawab saya <i>I hereby declare, agreed and fully understood that the risk of investment option will be my responsibility</i> 1. Dana Pasar Uang/ <i>Money Market Fund</i> : _____ % 2. Dana US Dolar/ <i>US Dollar Fund</i> : _____ % 3. Dana Syariah / <i>Syariah Fund</i> : _____ % 4. Dana Pendapatan Tetap / <i>Fixed Income Fund</i> : _____ % 5. Dana Saham Berimbang / <i>Stock Fund</i> : _____ % JUMLAH TOTAL / <i>Total</i> : _____ % Catatan : Untuk Peserta yang disertakan oleh Pemberi kerja, maka pilihan investasi mengikuti ketentuan Pemegang Polis <i>For participant who enrolled by Employer, investment direction will follows Policyholder regulation</i> Jika bagian ini tidak dilengkapi, maka pilihan investasi secara otomatis akan dialokasikan di 100% Dana Pasar Uang <i>If this part is not completed, the investment option automatically will be allocated in 100% Money Market Fund</i>
PREMI KARYAWAN / <i>Employee premium</i> <input type="checkbox"/> % dari penghasilan kotor, dan atau / <i>from gross salary, and or</i> <input type="checkbox"/> Rp _____ <i>Untuk Peserta yang diikutsertakan Pemegang Polis, iuran Peserta mengikuti aturan Pemegang Polis/ For Participants who are enrolled by Policy Holder, Participant's premium will follows Policyholder regulation</i>	
Tanggal Efektif Kepesertaan / <i>Effective Date</i> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tgl/date) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (bln/month) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (thn/year)	

INFORMASI PENERIMA MANFAAT / 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 / Name	Hubungan / Relationship	Tempat, Tanggal Lahir / Place, Date of Birth

PERNYATAAN / Statement

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 dan 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^{Plus}. / 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^{Plus} 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 informasi 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 information 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 : _____
 Jabatan / Position : _____
 Tempat dan Tanggal / Place & Date : _____

TANDA TANGAN & STEMPEL PERUSAHAAN

Signature and Company Stamp

Hanya orang yang berhak mewakili Pemegang Polis / Only authorized personnel who have right to represent the Policyholder

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

Di isi oleh PT AJ Manulife Indonesia

Tanggal Diterima/ Application received date	Oleh (Nama Lengkap) / By (completed name)	Tanggal Pemasukan Data / date of entry	Nama Admin : Administration's name
□□ □□ □□□□		□□ □□ □□□□	