

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

Harap diisi dengan huruf cetak atau diketik dan diberi tanda (v) sesuai dengan jenis perubahan

Pemegang Polis / <i>Policyholder</i> :			
Nama Peserta / <i>Name of participant</i>		Nomor Peserta MKS ^{Plus} / <i>MKS^{Plus} Participant Number</i> :	
<input type="checkbox"/> PERUBAHAN INFORMASI PRIBADI			
Tanggal Lahir / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tgl/ <i>date</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (bln/ <i>month</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (thn/ <i>year</i>) <i>Date of Birth</i>		Tanggal Jatuh Tempo / <i>Maturity Date</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tgl/ <i>date</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (bln/ <i>month</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (thn/ <i>year</i>)	
Tempat / <i>Place</i> :		Tanggal Mulai Bekerja / <i>Date of Hiring</i> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tgl/ <i>date</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (bln/ <i>month</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (thn/ <i>year</i>)	
Nama Ibu Kandung sebelum menikah / <i>Maiden Name</i> :		Kewarganegaraan: <input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA	
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 Source</i> : <input type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Usaha (Profesional/ Wiraswasta) <input type="checkbox"/> Lainnya.....			
No. KTP/SIM/PASSPORT/KITAS/KIMS/KITAP (lampirkan fotokopi) :			
No. NPWP / <i>Tax ID No</i> (lampirkan fotokopi) :			
Alamat ((Sesuai dengan identitas diri yang dilampirkan) <i>Address (Based on copy of ID)</i>			
Kode Pos / <i>Postal Code</i> :			
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 :

PERUBAHAN PREMI / *Premium Changes*

PREMI PERUSAHAAN / <i>Employer premium</i>		PREMI PESERTA/ <i>Employee premium</i>	
<input type="checkbox"/> % dari penghasilan kotor, dan atau / <i>from gross salary, and or</i>		<input type="checkbox"/> % dari penghasilan kotor, dan atau / <i>from gross salary, and or</i>	
<input type="checkbox"/> Rp _____		<input type="checkbox"/> Rp _____	
Untuk peserta yang diikutsertakan Pemberi Kerja , iuran peserta mengikuti aturan Pemegang Polis/ <i>For participants who have register by Employer, employee premium will follows Policyholder regulation</i>			
Tanggal Efektif Kepesertaan / <i>Effective Date</i> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tgl/ <i>date</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (bln/ <i>month</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (thn/ <i>year</i>)			

PERUBAHAN INFORMASI PENERIMA MANFAAT / *Beneficiary Information Changes*

(Hanya jika pembayaran manfaat meninggal dunia dilakukan kepada pihak keluarga berdasarkan persetujuan Pemegang Polis / *Only if death benefit payment directly through beneficiary's account based on Policyholder approval*)

Nama yang tertera di bawah ini adalah istri/suami/anak yang berhak menerima manfaat jika saya meninggal / *the name who have stated below is wife/husband/child who have the right to receive the death benefit* :

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

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 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 riwayat kesehatan saya dan 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 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 my medical history and 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 PESERTA
Signature of Participant

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 personal who have right to represent the policyholder

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

Disi 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
□□ □□ □□□□		□□ □□ □□□□	