MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA / *TRULY STATED, THAT*
DATA PEKERJAAN / *DATA OF OCCUPATION*

	SEBELUM KEJADIAN / *BEFORE EVENT*	SESUDAH KEJADIAN / *AFTER EVENT*
Nama Perusahaan / *Name of the Company*		
Alamat Perusahaan / *Address of Company*		
Telepon Perusahaan / *Telephone of Company*		
Bidang Usaha / *Type of Occupation*		
Jabatan / *Title*		
Rincian Tugas / *Job Description*		
Rata-rata penghasilan per bulan / *Average income per month*		

Telah menderita Ketidakmampuan Total karena / *Total Disability due to* : ◯ Sakit / *Illness* ◯ Kecelakaan / *Accident* ◯ Lain-lain / *Others* : _____

Tanggal dimulainya sakit / terjadi kecelakaan / *Date of sick / accident begin* : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala/kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri / *Please describe shortly & clearly of symptoms/event. If the space not enough, please use another sheet.*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Keterangan tambahan (Wajib diisi) - Semua keterangan yang diisi hanya untuk kepentingan PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia :

Apakah Tertanggung/Peserta atau keluarga dekat Tertanggung/Peserta sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam atau luar negeri? / *Have the insured/participant or their close family everbeen become officer in the local government or abroad?* ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No*

Bila Ya, mohon mengisi pertanyaan berikut / *If Yes, please answer the question below* :

a. Nama / *Name* : _____ b. Institusi / *Institution* : _____

c. Posisi / *Position* : _____ d. Masa jabatan / *Term of service* : _____

e. Negara / *Country* : _____ f. Hubungan dengan pemegang polis / : _____
Relationship with policy owner

Mohon diisi apabilaPemegang Polis adalah Pejabat yang bersangkutan / *Please answer if the policy owner is the officer* :

g. Sumber dana / *Resource of fund* : _____