Manulife Financial
For your future™

Perubahan Data Peserta Asuransi Kumpulan
Data Changes on Group Insurance Participants

No. Konfirmasi : _____

- Mohon Membaca & Mempelajari Buku Petunjuk Pelaksanaan Administrasi Polis Asuransi Kumpulan Sebelum Mengisi Formulir Ini. / *Please read carefully the Group Insurance Policy's administration guidance before filling in this form.*
- Mohon diisi dengan lengkap menggunakan huruf besar (block letter). Formulir yang tidak diisi lengkap tidak akan diproses. / *Please fill-in the form using the block letter. Incomplete form will not be processed.*
- Formulir ini dapat dikirim melalui Faks atau E-mail (pilih salah satu saja). / *The form can be returned by fax or email (please choose one)*
- Perubahan data akan diproses setelah melewati proses seleksi resiko dan telah disetujui oleh PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. / *Change of data will be proceed after having passed the risk selection process and has been approved by AJMI.*

Pemegang Polis / *Policy holder* : _____

Nomor Polis / *Policy number* : _____

Telepon / *Telephone* : _____ Faks / *Fax* _____

E-mail / *Email* : _____

Kepada :
PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia
Group Life and Health (GLH) Dept.

Tel. : (62)(21)25557777
Fax : (62)(21)25557799
E-mail : glh_cs_id@manulife.com

(mohon mencantumkan no.faks & alamat e-mail Anda untuk mempermudah kami dalam mengkonfirmasikan penerimaan Formulir ini) / *(please give your fax and email address to facilitate us to confirm upon acceptance for this form)*

No.	T/B/ P/M 1)	No. Sertifikat	Nama Karyawan / Suami / Istri / Anak	Hubungan 2)	L/P 3)	Tanggal Lahir (hr/bl/th)	Tanggal Mulai/ Berhenti/ Perubahan 4)	Tanggal Masuk Kerja (hr/bl/th) 5)	Ting kat Jabatan 6)	Manfaat Asuransi 7)								Alasan Perubahan
										Uang Pertanggungan (Rp./US$) 8)			Kelas 9)					
										Jiwa Berjangka	Kecelakaan	Cacat Tetap Total	Melahirkan	Rumah Sakit	Rawat Jalan	Gigi	Kaca Mata	

KETERANGAN :

1) Jenis Perubahan / *Type of change*:
T = Tambahan / *Additional*
B = Berhenti / *Terminate/resign*
P = Perubahan / *Changes*
M = Meninggal / *Death*

2) K = Karyawan / *Employee*
S/I = Suami/Istri / *Husband/Wife*
A = Anak / *Child*

3) L= Laki-laki / *Male*
P= Perempuan / *Female*

4) Sesuai dengan tanggal persetujuan PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia dan tidak dapat berlaku surut / *in accordance with the approvel date of AJMI and cannot be backdated*

5) Wajib diisi untuk Peserta Baru. Cantumkan tanggal daingkat menjadi Karyawan Tetap untuk karyawan dengan masa percobaan. / *New participant should fill-in this column. Please mention date of commencement as permanent employee with probation period.*

6) Diisi sesuai jabatan / level dan hanya untuk karyawan. / *Please fill in according to position/ level and only for employee.*

7) Diisi berdasarkan manfaat (program) asuransi yang telah termasuk dalam Polis Induk Asuransi Kumpulan. / *Please fill in based on Insurance Program's which is already included in the Main Policy of Group Insurance*

8) Diisi berdasarkan plan (001, 002. Dst) atau Total Uang Pertanggungan./ *Please fill in based on the plan (001, 002. etc) or the total coverage*

9) Diisi berdasarkan plan (001, 002..dst) atau Kelas Kamar/ hari. / *Please fill in based on the plan (001, 002, etc) or room's level/ day*

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua keterangan di atas adalah sesuai dengan keadaan yang sebenarnya & apabila keterangan yang diberikan di atas tidak benar atau terdapat hal-hal yang tidak diungkapkan, maka PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia berhak untuk menolak pembayaran klaim tanpa kewajiban untuk mengembalikan premi dari peserta tersebut. / *I herewith declared that the above information is true. AJMI has the right to reject claim payment without any responsibility to return the participant's premium when untrue or declared information occurs.*

Ditandatangani di : *Signed in* _____ Tanggal / *Date* :_____
Pengurus Administrasi,
Administration staff,

_____
Nama Lengkap dan Cap Perusahaan / *Complete name and Company's stamp*

- **PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia berhak meminta bukti kesehatan dari Tertanggung / calon Tertanggung yang akan dipergunakan sebagai dasar dalam proses Seleksi Resiko./ *AJMI has right to ask health certificate from the insured/ future insured, which will be used As the base in the risk selection process.***
- **Perubahan data akan diproses setelah melewati proses seleksi resiko dan telah disetujui oleh PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. / *Data changes will be proceed after having passed the risk selection process, and has been approved by AJMI***
- **Untuk Program Asuransi Rawat Jalan, Gigi & Kacamata : / *For Outpatient Insurance Program, Dental, and vision :***
  - **Manfaat Asuransi Rawat Jalan, Gigi & Kacamata harus sesuai dengan kelas Rumah Sakit yang diambil. / *Outpatient insurance benefit, dental and vision should conform with the hospital's class taken.***
  - **Harus memenuhi ketentuan yang tertera dalam Polis Induk Asuransi Kumpulan. / *It should follow the regulation mentioned in the Main Policy of Group Insurance.***
- **Untuk penambahan program asuransi kumpulan harap hubungi GLH Customer Service untuk informasi lebih lanjut. / *For additional group insurance program please contact GLH Customer Service for further information***

FOR OFFICE USE ONLY

Rec. by CS : _____ Sign : _____
Rec. by UND. : _____ Sign : _____
Eff. Date : _____
Rec. by PS : _____
Process Date : _____
Processor : _____