

PERUBAHAN DATA PESERTA ASURANSI KARYAWAN

Employee Data Changes of Employees Insurance

- MOHON MEMBACA & MEMPELAJARI BUKU PETUNJUK PELAKSANAAN ADMINISTRASI POLIS ASURANSI KUMPULAN SEBELUM MENGISI FORMULIR INI. *(Please have read and learned carefully the administration procedures of Employees Insurance)*
- MOHON DIISI DENGAN LENGKAP MENGGUNAKAN HURUF BESAR *(Please fill in this form by used capital)*
- FORMULIR INI DAPAT DIKIRIM MELALUI FAX ATAU E-MAIL *(This form could be delivered by fax or email)*
- PERUBAHAN DATA AKAN DIPROSES SETELAH FORMULIR ASLI DITERIMA *(Data changes will be process after we receive the original form)*

Pemegang : _____
 : _____
Policy Holder
 Nomor Polis : □□□□□□□□□□□□□□□□
Policy Number
 Fax / Fax Number : _____
 : _____

Kepada :
 PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia
 DPLK & Group Saving Admin & CS
 Tel. : (62)(21) 2555 7777 menu 0, 2, 2

Telepon / Phone Number : _____

Fax : (62)(21) 2555 2227

E-mail / Email Address : _____

E-mail : DPLK-GS_CS_ID@manulife.com

*(mohon mencantumkan no.fax & alamat e-mail Anda untuk mempermudah kami dalam mengkonfirmasi penerimaan Formulir ini)
 (For application receipt confirmation, please informed your fax number & email address)*

No No	T/B/P/J/M 1)	NO. PESERTA <i>Certificate Number</i>	NAMA PESERTA <i>Client Name</i>	NIP <i>EE's ID</i>	L/P M/F 2)	NO. IDENTITAS <i>ID Number</i>	TANGGAL LAHIR <i>(TGL/BL/TH) Date of Birth</i>	TANGGAL MASUK KERJA <i>(TGL/BL/TH) Date of Hiring</i>	TANGGAL JATUH TEMPO <i>(TGL/BL/TH) Maturity Date</i>	TANGGAL MULAI BERHENTI/ PERUBAHAN <i>Date of Changes 3)</i>	GAJI <i>Salary</i>	PREMI PERUSAHAAN <i>Employer Premium 4)</i>	PREMI KARYAWAN <i>Employee Premium 5)</i>	JUMLAH MANFAAT <i>Benefit Amount 6)</i>	SEBAB KEMATIAN KARENA KECELAKAAN <i>Caused of Death by Accident 7)</i>	ALASAN PERUBAHAN <i>Reason of Changes</i>
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	
															Y / T	

* pilih salah satu / please choose one

KETERANGAN / Notes :

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|--|---|
| <p>1) Jenis Perubahan / <i>Type of Changes:</i>
 T = Tambahan / <i>Additional</i>
 B = Berhenti / <i>Termination</i>
 P = Perubahan / <i>Changes</i>
 J = Jatuh Tempo / <i>Maturity</i>
 M = Meninggal / <i>Death</i></p> | <p>2) Jenis Kelamin / <i>Gender</i>
 L/M = Laki-laki / <i>Male</i>
 P/F = Perempuan / <i>Female</i></p> | <p>3) Sesuai dengan tanggal persetujuan
 PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia
 dan tidak dapat berlaku surut /
 <i>appropriate with date of approval from
 PT AJ Manulife Indonesia and
 backdated value is not applied</i></p> | <p>4) Dalam Rupiah atau persentase /
 <i>IDR Currency or percentage</i></p> | <p>5) Dalam Rupiah atau persentase /
 <i>IDR Currency or percentage</i></p> | <p>6) Khusus untuk program
 MPP^{Plus} dan dalam
 Rupiah / <i>Special for MPP
 Plus program and in IDR
 Currency</i></p> | <p>7) Lingkari Y untuk
 Meninggal Dunia
 karena Kecelakaan
 / <i>Choose Y for
 Accidental Death
 Benefit</i></p> | <p>Y = YA / <i>Yes</i>
 T = TIDAK / <i>No</i></p> |
|---|---|---|---|---|--|--|---|

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh informasi dan atau pernyataan yang diberikan dalam formulir perubahan data ini adalah benar dan lengkap.
Herewith I agreed that all information and or statements in this application form are true and complete

TANDA TANGAN & STEMPEL PERUSAHAAN
(Signature and Company Stamp)

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

Untuk keperluan Perusahaan Asuransi / *For Insurance Company Purpose*

Tanggal Diterima / *Application received date*
 □□ □□ □□□□ Oleh (Nama Lengkap) : _____
By (completed name)

Tanggal Pemasukan Data / *date of entry*
 □□ □□ □□□□ Nama Admin : _____
Administration's name