Manulife

Perubahan Data Peserta Asuransi Kumpulan
Data Changes on Group Insurance Participants

No. Konfirmasi: _____

- Mohon membaca dan mempelajari Buku Petunjuk Pelaksanaan Administrasi Polis Asuransi Kumpulan sebelum mengisi formulir ini.
  Please read the Group Insurance Policy's Administration Guidance before filling this form.
- Mohon mengisi formulir ini dengan lengkap dan menggunakan huruf kapital. Formulir yang tidak diisi dengan lengkap tidak akan diproses.
  Please fill and complete this form using capital letters. Incomplete form will not be processed.
- Formulir yang telah diisi dan dilengkapi dapat dikembalikan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia ("Penanggung") melalui email.
  The filled and completed form can be returned by email to PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia ("Insurer").
- Perubahan dalam formulir ini hanya akan diproses setelah melewati seleksi risiko dan disetujui oleh Penanggung.
  Any changes stated in this form shall be subject to risk selection process and approval from the Insurer.
- Pemegang Polis wajib melakukan pembayaran Premi tambahan yang timbul akibat perubahan yang diajukan Pemegang Polis dalam formulir ini selambat-lambatnya 45 hari sejak tanggal penerbitan Adendum. Apabila Premi tambahan tidak dibayarkan dalam jangka waktu 45 hari tersebut, Penanggung berhak membatalkan pertanggungan atas perubahan tersebut.
  The Policy Holder must pay the additional Premium arising from any changes submitted by the Policy Holder through this form no later than 45 days from the issuance date of Addendum. If the additional Premium is not paid within 45 days, the Insurer reserves the right to cancel the coverage of such changes.

Pemegang Polis : _____
Policy holder

Nomor Polis : _____
Policy number

Telepon : _____ Faks / Fax _____
Telephone

Email / *Email* : _____

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

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

(Mohon mencantumkan nomor faksimili dan alamat email Anda untuk mempermudah kami dalam mengkonfirmasikan penerimaan formulir ini) / (Please provide your facsimile number and email address to facilitate us to confirm the acceptance of this form)

No.	Jenis Perubahan *Type of Changes* [1]	Nomor Sertifikat *Certificate Number* [2]	Hubungan *Relationship* [3]	Nama *Name* [4]	Jenis Kelamin *Gender* [5]	Tanggal Lahir *Date of Birth* [6]			Manfaat Asuransi *Insurance Benefit* [7]										Nama Pemegang Polis/Sub Polis *Policy/Sub Policy Holder Name* [19]	Tanggal Efektif *Effective Date* [20]			NIK *Employee Number* [21]	Nama Bank *Name of Bank* [22]	Nomor Akun Bank *Account Number* [23]	Nama Akun Bank *Account Holder Name* [24]	Alasan Perubahan *Reason of Changes* [25]
									Uang Pertanggungan *Sum Insured* (Rp/USD) [8]			Kelas *Class* [9]					Gaji *Salary* [18]										
						Hari *Date (dd)*	Bulan *Month (mm)*	Tahun *Year (yyyy)*	Jiwa Berjangka *Term Life* [10]	Cacat Tetap Total *Total and Permanent Disability* [11]	Kecelakaan *Accident* [12]	Rumah Sakit *Hospital* [13]	Rawat Jalan *Outpatient* [14]	Gigi *Dental* [15]	Kaca Mata *Optical* [16]	Melahirkan *Maternity* [17]			Hari *Date (dd)*	Bulan *Month (mm)*	Tahun *Year (yyyy)*					

Keterangan/*Remarks*:
1) Jenis Perubahan / *Type of Change*:
T = Tambahan / *Addition*
B = Berhenti / *Termination*
P = Perubahan / *Changes*
M = Meninggal / *Death*
R = Cetak ulang kartu Peserta/ *Reprint Participant card*

2) Nomor Sertifikat atau Nomor Peserta / *Certificate Number or Participate Number:*
Mohon untuk mengisi 6 angka / *Please insert a valid 6 digit*

3) Hubungan/ *Relationship:*
E = Karyawan / *Employee*
S = Pasangan (Suami/Istri) / *Spouse (Husband/Wife)*
C = Anak / *Child*

4) Nama / *Name*:
Nama Peserta / *Participant's name*

5) Jenis Kelamin / *Gender*:
F = Perempuan / *Female*
M = Laki-Laki / *Male*

6) Tanggal Lahir / *Date of Birth*:
Mohon mengisi dengan menggunakan format (dd/mm/yyyy) / *Please insert using (dd/mm/yyyy) format*

7) Diisi berdasarkan manfaat (program) asuransi yang telah termasuk dalam Polis Asuransi Kumpulan / *Please fill with the insurance benefits (program) which is already included in the Group Insurance Policy*

8) Diisi berdasarkan total Uang Pertanggungan / *Please fill in accordance with total of Sum Insured*

9) Diisi berdasarkan Kelas Kamar/hari. / *Please fill based on the Room Class/day*

10) Jiwa Berjangka / *Term Life*

11) Cacat Tetap Total / *Total and Permanent Disability*
12) Kecelakaan / *Accident*
13) Rumah Sakit / *Hospital*
14) Rawat Jalan / *Outpatient*
15) Gigi / *Dental*
16) Kacamata / *Optical*
17) Melahirkan / *Maternity*

18) Gaji/ *Salary*:
Mohon mengisi gaji perbulan apabila manfaat asuransi berdasarkan perkalian gaji / *Please insert with monthly salary if the insurance benefit provided based on multiplication of salary*

19) Nama Pemegang Polis /Sub Polis /
Policy/Sub Policy Holder Name
Mohon mengisi nama Pemegang Polis atau Sub Polis /
Please fill with the Policy /Sub PolicyHolder name

20) Tanggal Efektif / *Effective Date* :
Sesuai dengan tanggal persetujuan dari Penanggungdan tidak dapat berlaku surut / *In accor dance with the date of the Insurer approval and cannot be retroactive*

21) NIK / *Employee Number*:
Mohon mengisi Nomor Induk Karyawan / *Please fill with the Employee Number*

22) Nama Bank / *Name of Bank*:
Mohon mengisi nama bank yang digunakan oleh karyawan (contoh: BCA, Mandiri, BNI, dan lain-lain) / *Please insert name of the bank used by the employee (example : BCA, Mandiri, BNI, etc)*

23) Nomor Akun Bank / *Account Number* :
Mohon mengisi nomor akun bank karyawan yang benar / *Please insert with a valid employee's account number*

24) Nama Akun Bank / *Account Holder Name* :
Mohon mengisi nama akun bank karyawan yang harus sama dengan nama karyawan / *Please insert with employee's account holder name that must be the same as the employee's name*

25) Alasan Perubahan / *Reason of Change* :
Mohon mengisi alasan perubahan / *Please insert the reason of change*

Pemegang Polis dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan, data dan informasi yang diberikan dalam formulir ini adalah benar, sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan karenanya apabila keterangan /informasi/data yang diberikan dalam formulir ini tidak benar atau terdapat hal-hal yang tidak diungkapkan, maka Penanggung berhak untuk menolak pembayaran klaim tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dari Peserta tersebut. /
The Policy Holder herewith declares that the above information and data provided in this form are true and accurate, therefore the Insurer has the right to reject claim payment of such without any responsibility to refund the Premium of the respective Participant.

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. byUND : _____ **Sign:** _____

Eff. Date : _____

Rec. by PS : _____

Process Date : _____

Processor : _____