Manulife

PERUBAHAN DATA PESERTA ASURANSI KARYAWAN

FORM/MKS[Plus]/ MPP[Plus]002/05/00

PROGRAM *

☐ **MKS [Plus]** ☐ **MPP [Plus]**

- **MOHON MEMBACA & MEMPELAJARI BUKU PETUNJUK PELAKSANAAN ADMINISTRASI POLIS ASURANSI KUMPULAN SEBELUM MENGISI FORMULIR INI. MOHON DIISI DENGAN LENGKAP MENGGUNAKAN HURUF BESAR**
- **FORMULIR INI DAPAT DIKIRIM MELALUI FAX ATAU E-MAIL**
- **PERUBAHAN DATA AKAN DIPROSES SETELAH FORMULIR ASLI DITERIMA**

Pemegang Polis : _____

Nomor Polis : _____

Fax : _____

Kepada :
PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia
DPLK & Group Saving Admin & CS
Tel. : (62)(21)25557777 menu 0, 3

Fax. : (62)(21)25552227
E-mail : DPLK-GS_CS_ID@manulife.com

Telepon : _____
E-mail : _____

(mohon mencantumkan no.fax & alamat e-mail Anda untuk mempermudah kami dalam mengkonfirmasikan penerimaan Formulir ini)

No	T/B/P/J/M 1)	NO. PESERTA	NAMA PESERTA	NIP	L/P 2)	NO. IDENTITAS	TANGGAL LAHIR **(TGL/BL/TH)**	TANGGAL MASUK KERJA **(TGL/BL/TH)**	TANGGAL JATUH TEMPO **(TGL/BL/TH)**	TANGGAL MULAI BERHENTI/ PERUBAHAN 3)	GAJI	PREMI PERUSAHAAN 4)	PREMI KARYAWAN 5)	JUMLAH MANFAAT 6)	SEBAB KEMATIAN KARENA KECELAKAAN 7)	ALASAN PERUBAHAN
															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**

KETERANGAN :

1) Jenis Perubahan :
T = Tambahan
B = Berhenti
P = Perubahan
J = Jatuh Tempo
M = Meninggal

2) Jenis Kelamin
L = Laki-laki
P = Perempuan

3) Sesuai dengan tanggal persetujuan PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia dan tidak dapat berlaku surut

4) Dalam Rupiah atau persentase /

5) Dalam Rupiah atau persentase /

6) Khusus untuk program MPP[Plus] dan dalam Rupiah

7) **Lingkari Y untuk Meninggal Dunia karena Kecelakaan**
Y = YA
T = TIDAK

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh informasi dan atau pernyataan yang diberikan dalam formulir perubahan data ini adalah benar dan lengkap

TANDA TANGAN & STEMPEL PERUSAHAAN

Nama :
Jabatan :
Tempat dan Tanggal :

Untuk keperluan Perusahaan Asuransi

Tanggal Diterima/
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Oleh (Nama Lengkap) : _____

Tanggal Pemasukan Data
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nama Admin : _____