



# PERUBAHAN DATA PESERTA ASURANSI KARYAWAN

FORM/MKS<sup>Plus</sup> / MPP<sup>Plus</sup>002/05/00  
 PROGRAM \*  
 MKS<sup>Plus</sup>  MPP<sup>Plus</sup>

- MOHON MEMBACA & MEMPELAJARI BUKU PETUNJUK PELAKSANAAN ADMINISTRASI POLIS ASURANSI KUMPULAN SEBELUM MENGIISI 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](mailto:DPLK-GS_CS_ID@manulife.com)

Telepon : \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_

(mohon mencantumkan no.fax & alamat e-mail Anda untuk mempermudah kami dalam mengkonfirmasi 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	
															Y / T	
															Y / T	

\* pilih salah satu

**KETERANGAN :**

- |                                                                                                           |                                                    |                                                                                                         |                                   |                                   |                                                              |                                                       |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|
| 1) Jenis Perubahan :<br>T = Tambahan<br>B = Berhenti<br>P = Perubahan<br>J = Jatuh Tempo<br>M = Meninggal | 2) Jenis Kelamin<br>L = Laki-laki<br>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 <sup>Plus</sup> dan dalam Rupiah | 7) Lingkari Y untuk Meninggal Dunia karena Kecelakaan | Y = YA<br>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 : \_\_\_\_\_