

- Pemegang Polis mengerti dan setuju bahwa AJMI dapat memotong pembayaran kepada Pemegang Polis; atau AJMI dapat menunda atau mengakhiri polis Pemegang Polis jika Pemegang Polis (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan dari polis Pemegang Polis) gagal untuk memberikan informasi yang diperlukan di atas atau jika pada setiap waktu Pemegang Polis (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan dari polis ini) menarik persetujuan atau menyanggah pernyataan yang diberikan di atas.

2 PERNYATAAN & SURAT KUASA

1. DEKLARASI KESEHATAN

Saya sebagai calon Tertanggung menyatakan bahwa Saya dalam keadaan sehat dan tidak ada gejala atau tanda-tanda menderita penyakit atau kelainan. Saya tidak pernah menunjukkan gejala penyakit, tidak pernah didiagnosa ataupun mendapatkan pengobatan untuk kanker atau pertumbuhan sel lainnya, tekanan darah tinggi, nyeri dada, serangan jantung, stroke, kencing manis, hepatitis, penyakit jiwa, epilepsi, HIV/AIDS, kelainan yang berhubungan dengan pembuluh darah, sistem pernafasan, darah, ginjal, hati, lambung, atau saluran pencernaan, dan selama 3 (tiga) tahun terakhir tidak pernah konsultasi ke dokter, menjalani perawatan di Rumah Sakit, melakukan tes diagnosa ataupun mengkonsumsi obat secara rutin. Saya pun tidak pernah ditolak pada pengajuan aplikasi asuransi atau dikenakan premi tambahan/pegecualian/penawaran lain baik di PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia maupun di perusahaan asuransi lain.

2. Dengan menandatangani Surat Konfirmasi Formulir Pendaftaran Elektronik ini, Saya menyatakan hal-hal sebagai berikut:

- a. Saya setuju bahwa jika pada saat Saya mendaftarkan diri, Saya menderita penyakit yang telah didiagnosa, mendapatkan perawatan kesehatan, memperoleh pengobatan atau kondisi yang sudah diketahui dalam kurun waktu sebelum pengisian Formulir Pendaftaran Elektronik dan penandatanganan Surat Konfirmasi Formulir Pendaftaran Elektronik ini dan/atau berlakunya Polis maka perlindungan tidak berlaku penyakit/kondisi tersebut. Perlindungan untuk penyakit/kondisi tersebut hanya berlaku apabila Polis telah berjalan selama 24 (dua puluh empat) bulan sejak tanggal penandatanganan Formulir Pendaftaran ini dan/atau berlakunya Polis (kecuali tidak diatur di dalam Ketentuan Khusus Polis).
- b. Bahwa seluruh informasi atau keterangan tercantum dalam Formulir Pendaftaran Elektronik lengkap, benar dan sah serta menjadi dasar keikutsertaan Saya pada program asuransi ini.
- c. Telah membaca, mengerti, dan tunduk dalam persyaratan dan ketentuan umum program asuransi ini yang terlampir dalam Ilustrasi dan Proposal yang dibuat terpisah dan dilekatkan dalam Formulir Pendaftaran Elektronik dan Surat Konfirmasi Formulir Pendaftaran Elektronik ini.

3. Saya/Kami sebagai calon Pemegang Polis dan/atau calon Tertanggung menyatakan setuju bahwa:

- a. Saya/Kami mendaftarkan diri untuk mendapatkan perlindungan asuransi yang dikeluarkan oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia selaku Penanggung. Saya/Kami memahami bahwa Pertanggung Sementara akan mulai berlaku setelah Premi dibayar lunas dan disertai oleh dokumen yang lengkap (serta ketentuan lain yang ditetapkan pada kolom Pertanggung Sementara), dan permintaan asuransi ini disetujui oleh Penanggung.
- b. Sebelum seluruh persyaratan Pertanggung diterima oleh Penanggung sesuai ketentuan Polis yang berlaku, Penanggung tidak menjamin adanya Pertanggung.
- c. Terkait dengan pembayaran Premi atas Pertanggung ini, maka Saya/Kami akan membayar Premi tersebut, dari rekening pribadi milik Saya/Kami dan/atau rekening pribadi milik Beneficial Owner, langsung ke rekening milik PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.
- d. Keputusan seleksi risiko yang dikeluarkan oleh Penanggung atas diri Saya/Kami tidak serta merta memberikan jaminan bahwa Polis akan diterbitkan oleh Penanggung dan Penanggung tetap berhak untuk meminta dokumen atau informasi tambahan lainnya terkait dengan diri Saya/Kami.
- e. Apabila diketahui adanya perubahan kondisi atas diri Saya/Kami selaku calon Pemegang Polis dan/atau calon Tertanggung sebelum kondisi tersebut dapat diasuransikan tercapai, maka setiap saat Penanggung berhak melakukan seleksi risiko ulang dan Penanggung mempunyai hak untuk menolak permintaan asuransi ini berdasarkan hasil seleksi risiko ulang tersebut.
- f. Setiap perubahan seleksi risiko dan/atau pembatalan Polis akan disampaikan secara tertulis kepada calon Pemegang Polis atau calon Tertanggung melalui surat.
- g. Saya/Kami telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada Formulir Pendaftaran ini dengan lengkap dan benar serta seluruh keterangan telah Saya/Kami baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Formulir Pendaftaran. Saya/Kami juga memahami bahwa keterangan, pernyataan, dan penjelasan tersebut menjadi dasar pertanggung dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Oleh karenanya, Saya/Kami, sebagai Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, dengan ini memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada Penanggung dengan hak substitusi untuk:
 1. melakukan verifikasi terhadap informasi yang telah Saya/Kami berikan kepada pihak manapun dan untuk memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, bank, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintahan, Perorangan atau Organisasi Lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya. Apabila dalam verifikasi tersebut ditemukan suatu keterangan yang tidak benar, maka Saya/Kami akan tunduk pada syarat dan ketentuan yang terdapat di dalam Polis;
 2. menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai Saya/Kami yang diperoleh dan dikumpulkan oleh Penanggung atau afliasinya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyidik klaim, bank/lembaga keuangan, asosiasi industri dan badan hukum lain, baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerja sama atau tidak dengan Penanggung atau afliasinya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan polis Saya/Kami maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain, untuk tujuan pencegahan pencucian uang, suap dan teroris atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan setiap pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang Penanggung, afliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman Penanggung dan kode etik Penanggung, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- h. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan pendaftaran asuransi jiwa/kesehatan ini adalah sesuai dengan dokumen asli dan masih berlaku.
- i. Saya/Kami menyetujui bahwa semua alamat korespondensi dan nomor telepon Saya/Kami yang telah diinformasikan dalam Formulir Pendaftaran ini dapat dipergunakan sebagai media komunikasi Polis. Saya/Kami akan memberitahu PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia sesegera mungkin apabila terdapat perubahan alamat korespondensi/nomor telepon. Saya/Kami mengerti bahwa PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia tidak bertanggung jawab atas gagalannya komunikasi Polis akibat tidak diberitahukan perubahan alamat korespondensi/nomor telepon Saya/Kami.
- j. Apabila Pemegang Polis memilih Periode Pembayaran Premi Bulanan akan terdapat kemungkinan Premi pertama yang dibayarkan Oleh Pemegang Polis tidak cukup untuk memberikan pertanggung hingga Polis diterbitkan. Dalam hal demikian, maka Tanggal Mulai Berlaku Polis dapat sama dengan Tanggal Penerbitan Polis

- kecuali apabila pada tanggal tersebut usia Tertanggung sudah berubah dan perubahan tersebut tidak lebih dari 1 (satu) bulan. Jika terjadi keadaan seperti yang dikecualikan tersebut maka Tanggal Mulai Berlaku Polis akan mulai berlaku pada 1 (satu) hari sebelum Tertanggung berulang tahun terakhir kali.
- k. Untuk produk Unit Link, kinerja investasi di masa lalu bukan merupakan indikasi kinerja di masa yang akan datang. Saya/Kami mengerti bahwa dari setiap unit dapat naik atau turun tergantung pada kondisi pasar dan hasil investasi tidak dijamin oleh Penanggung. Saya/Kami menyatakan bahwa semua risiko, kerugian dan manfaat yang timbul dari investasi menjadi tanggung jawab Saya/Kami sebagai Pemegang Polis sepenuhnya.
 - l. Apabila PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia tidak pernah menerima dokumen pendukung yang menyatakan hubungan kepentingan antara Tertanggung dan Yang Ditunjuk Menerima Manfaat, maka jika Tertanggung meninggal dunia, PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia akan membayarkan Manfaat Pertanggungan kepada Ahli Waris Tertanggung sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - m. Penanggung berhak untuk menolak transaksi, membatalkan transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan calon Pemegang Polis atau Pemegang Polis dalam hal calon Pemegang Polis atau Pemegang Polis tidak memenuhi ketentuan peraturan terkait mengenai penerapan anti pencucian uang dan pencegahan pendanaan terorisme.
 - n. Pemegang Polis setuju untuk menerima Polis dan/atau setiap surat pemberitahuan terkait Polis dalam bentuk media elektronik (e-policy atau e-statement) apabila disediakan oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.
 - o. Saya/Kami memberikan persetujuan kepada Penanggung untuk melakukan investasi sejak seluruh Premi diterima oleh Penanggung dan Saya/Kami memahami risiko dari pilihan investasi yang Saya/Kami pilih dalam Formulir Pendaftaran ini.
 - p. Saya/Kami telah memahami setiap konsekuensi hukum yang berlaku atas kebenaran data dan informasi terkait perpajakan yang disampaikan pada Formulir Pendaftaran Elektronik ini dan dokumen pendukung lainnya sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia.

3 KETENTUAN PERTANGGUNGAN SEMENTARA

- a. Penerimaan Premi Pertama belum menjamin berlakunya Pertanggungan. Bila calon Tertanggung meninggal sebelum Polis diterbitkan, maka Manfaat Meninggal yang akan dibayarkan PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia adalah yang memenuhi syarat-syarat di bawah ini:
 - 1. Formulir Pendaftaran telah dilengkapi dan ditandatangani oleh Pemohon/calon Pemegang Polis dan calon Tertanggung; dan
 - 2. Premi Pertama telah dibayar lunas dan Pemegang Polis telah menerima dokumen bukti pembayaran yang dikeluarkan oleh Bank atau Penanggung serta diakui oleh Penanggung; dan
 - 3. Seluruh hasil pemeriksaan kesehatan calon Tertanggung dan persyaratan tambahan lainnya termasuk premi tambahan/ekstra premi (bila ada) telah dipenuhi dan diterima oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia; dan
 - 4. Calon Tertanggung dalam keadaan dapat diasuransikan menurut bagian seleksi risiko (Underwriting) sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.
- b. Jumlah Manfaat Meninggal yang dibayarkan adalah sebesar Uang Pertanggungan Dasar untuk Manfaat Meninggal pada Formulir Pendaftaran, kecuali ditentukan lain dalam Polis. Manfaat Meninggal yang dimaksud tidak termasuk Manfaat Meninggal karena Kecelakaan ataupun Manfaat Meninggal karena Penyakit Kritis.
- c. Jika Calon Tertanggung meninggal akibat melakukan bunuh diri (baik sadar ataupun tidak), akibat calon Tertanggung melakukan kejahatan, akibat menjalani eksekusi hukuman mati oleh pengadilan, akibat tindak kejahatan atau pembunuhan yang dilakukan oleh yang berkepentingan dalam pertanggungan, atau akibat penyakit yang telah diderita sebelumnya (pre-existing condition), kewajiban PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia terbatas pada pengembalian jumlah penerimaan Premi yang telah dibayarkan calon Pemegang Polis tanpa bunga.
- d. Pertanggungan sementara dinyatakan berakhir dan/atau batal pada (mana yang lebih dulu terjadi):
 - 1. Tanggal Penerbitan Polis; atau
 - 2. 30 (tiga puluh) hari setelah semua persyaratan seperti pada butir a.1, a.2, dan a.3 dipenuhi, dan calon Tertanggung dalam keadaan dapat diasuransikan seperti pada butir a.4; atau
 - 3. Tanggal Pembatalan Formulir Pendaftaran Elektronik oleh calon Pemegang Polis atau oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. Dalam hal ini, PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia hanya akan mengembalikan Premi yang telah dibayarkan oleh Pemohon/calon Pemegang Polis tanpa bunga.
- e. Pertanggungan sementara dalam ketentuan ini tidak berlaku bagi produk asuransi yang tidak mempunyai Manfaat Meninggal pada Tanggal Penerbitan Polis (sesuai ketentuan polis yang berlaku).

PERINGATAN:

Apabila terdapat fakta yang bersifat material yang tidak dinyatakan dalam Formulir Pendaftaran Elektronik inimaka Polis yang diterbitkan dapat dianggap tidak berlaku. Apabila Anda memiliki keraguan mengenai suatu fakta apakah bersifat material atau tidak, Anda dianjurkan untuk menyatakannya. Hal ini juga meliputi segala informasi yang mungkin telah Anda berikan kepada Agen tapi tidak/belum dinyatakan dalam Formulir Pendaftaran Elektronik. Mohon diperiksa kembali apakah keterangan, pernyataan, dan penjelasan yang Anda berikan sudah sesuai dan benar. Jangan menandatangani Formulir Pendaftaran Elektronik ini dalam keadaan kosong/belum diisi!

PERNYATAAN AGEN :

Saya menyatakan bahwa semua informasi dan jawaban yang diberikan kepada saya oleh Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung dan/atau Calon Tanggungan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan ini benar diberikan oleh Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung dan/atau Calon Tanggungan, dan saya tidak menyembunyikan informasi apapun kepada AJMI yang mungkin dapat mempengaruhi proses penerimaan asuransi termasuk informasi dari Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung dan/atau Calon Tanggungan. Saya juga menyatakan bahwa saya tidak memberikan informasi yang bertentangan dengan syarat-syarat/ketentuan asuransi sebagaimana pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan ini.

Ditandatangani di: _____

Tanggal: ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)

CALON PEMEGANG POLIS	CALON TERTANGGUNG	MENGETAHUI (ORANG TUA / WALI BILA CALON TERTANGGUNG BERUSIA < 18 TAHUN)
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Tanda Tangan & Nama Jelas</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Tanda Tangan & Nama Jelas</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Tanda Tangan & Nama Jelas</p>

Saya, sebagai Pemilik Manfaat menyatakan bahwa :

- (1) Seluruh Informasi atau keterangan yang tercantum dalam Formulir Pendaftaran Elektronik ini lengkap, benar dan sah, dan
- (2) Saya merupakan pemilik dana sebenarnya dari Pemegang Polis

PEMILIK MANFAAT (*Jika Ada)
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Tanda Tangan & Nama Jelas</p>

Ditandatangani di: _____

Tanggal: ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)

AGEN	KOORDINATOR
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Tanda Tangan & Nama Jelas</p> <p>No. Lisensi : _____ No. Telepon : _____ Kode Agen : _____ No. Ext : _____</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Tanda Tangan & Nama Jelas</p> <p>No. Lisensi : _____ No. Telepon : _____ Kode Agen : _____ No. Ext : _____</p>

- CATATAN**
- a. Bagi calon Pemegang Polis Perusahaan, maka yang menandatangani Surat Konfirmasi Formulir Pendaftaran Elektronik ini adalah orang yang berhak mewakili perusahaan berdasarkan Akta Pendirian/Anggaran Dasar Perusahaan. Apabila pihak yang ditunjuk berbeda dengan yang tercantum di dalam Akta Pendirian/Anggaran Dasar Perusahaan, maka agar melampirkan Surat Kuasa dan membubuhkan stempel perusahaan. Apabila terjadi perubahan Anggaran Dasar, perusahaan wajib memberitakannya kepada Penanggung.
 - b. Apabila Pemegang Polis, calon Tertanggung, Saksi dan Beneficial Owner menandatangani Surat Konfirmasi Formulir Pendaftaran Elektronik atau dokumen pendukungnya di luar negeri, maka dokumen harus ditandatangani dan dinotarisasi di depan pejabat notaris publik setempat serta dilegalisasi oleh Pejabat Konsulat Jenderal/Kedutaan Besar Republik Indonesia di lokasi terdekat di negara tempat tinggal atau di tempat calon Pemegang Polis atau calon Tertanggung berada.
 - c. Apabila calon Tertanggung berusia di bawah 18 tahun, maka Surat Konfirmasi Formulir Pendaftaran Elektronik ini harus ditandatangani oleh Wali yang sah dari calon Tertanggung tersebut. Apabila calon Tertanggung tidak dapat membubuhkan tanda tangannya, maka gunakan cap ibu jari tangan kiri.

KELENGKAPAN FORMULIR DAN DOKUMEN (CHECK LIST) :

- Surat Konfirmasi Formulir Pendaftaran Elektronik telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh calon Pemegang Polis, Calon Tertanggung, serta ditandatangani oleh Agen & Koordinator.
- Fotocopy kartu identitas* calon Pemegang Polis (jika berbeda dengan calon Tertanggung), Pemilik Manfaat (Beneficial Owner) jika ada dan calon Tertanggung (terlampir)
- Bukti Transfer Pembayaran Premi yang dilengkapi dengan No. Polis.
- Formulir Penilaian Kesesuaian Produk Asuransi dan Profil Risiko Investasi
* KTP (WNI)/Paspor (WNA)