

ISI/LINGKAPI/CORET/APABILA PERLU BERI TANDA “√” DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN |  
JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX)  
| DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP | JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR  
DENGAN KEADAAN KOSONG

Nomor SPAJ/K Syariah :   
Kode Kantor Pemasaran :

## SURAT KONFIRMASI SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA/KESEHATAN SYARIAH ELEKTRONIK

Sehubungan dengan Permintaan Asuransi Jiwa kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia (Pengelola), dengan ini Saya yang telah mengajukan dengan:

1. No. Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik :   
2. No. Surat Konfirmasi Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik\* :

**\*) Pastikan! Bahwa nomor konfirmasi yang dicantumkan di dalam Surat Konfirmasi Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik ini adalah sama dengan yang tercantum di dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik.**

3. Pemegang Polis\* :   
\*) Sesuai Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik  
4. Nama Peserta\* :   
\*) Sesuai Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik  
5. Pilihan Asuransi (Nama Produk & Plan) :

Dengan ini menyatakan:

- Bahwa Saya telah membaca, mengerti, dan menyetujui bahwa Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik yang Saya/Kami ajukan terdiri atas bagian yang dicatat secara elektronik, bagian yang ditulis tangan serta pernyataan tertulis lainnya yang berhubungan dengan Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik.
- Bahwa Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik dengan nomor di atas telah Saya teliti, setujui dan telah diberikan nomor konfirmasi serta dilengkapi dengan formulir tambahan yang dibutuhkan, antara lain: (tanda sesuai dengan yang telah Anda isi)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Untuk Calon Pemegang Polis Perusahaan         | <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Tentang Tumor             |
| <input type="checkbox"/> Formulir Permintaan & Pertanyaan Kesehatan Untuk Asuransi       | <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Tentang Gout              |
| <input type="checkbox"/> Formulir Hospital Benefit Plus/HealthSafe                       | <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Tentang Kencing Manis     |
| <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Tentang Penerbangan                           | <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Tentang Asma              |
| <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Tentang Balap dan Rally Mobil / Motor         | <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Tentang Darah Tinggi      |
| <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Tentang Penyelaman                            | <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Tentang Penyakit Ayan     |
| <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Tentang Terjun Payung                         | <input type="checkbox"/> Daftar Pertanyaan Tentang Keuangan          |
| <input type="checkbox"/> Formulir W 8  | <input type="checkbox"/> Formulir W 9                                |
| <input type="checkbox"/> Formulir Sertifikasi Diri FATCA & CRS Individu/Pihak Pengendali | <input type="checkbox"/> Formulir Sertifikasi Diri FATCA & CRS Badan |

## 1 PERNYATAAN & KUASA PENGGUNAAN DATA PRIVASI

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia (“AJMI”) memahami bahwa privasi dan penggunaan informasi pribadi Pemegang Polis merupakan hal yang penting bagi Pemegang Polis, dan AJMI memastikan bahwa hal tersebut juga sama pentingnya bagi AJMI. Pengumpulan dan penggunaan informasi pribadi Pemegang Polis merupakan hal yang penting bagi bisnis AJMI karena memungkinkan AJMI untuk mengevaluasi, menerbitkan dan mengadministrasi polis yang telah Pemegang Polis ajukan sekaligus memungkinkan AJMI untuk mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dari pihak yang berwenang. Dengan menandatangani pernyataan di bawah ini dan/atau melengkapi atau mengajukan aplikasi ini, Pemegang Polis setuju bahwa:

- Pemegang Polis mengerti bahwa AJMI adalah anggota perusahaan dari Manulife Financial Group dan karenanya mempunyai kewajiban untuk memenuhi ketentuan baik dari badan pemerintahan lokal maupun asing (termasuk aparat perpajakan lokal dan asing) serta kewajiban hukum lainnya dari waktu ke waktu terkait dengan tetapi tidak terbatas pada pembagian informasi dan pelaporan pajak dan pemotongan atas pembayaran yang harus dibayarkan kepada Pemegang Polis dari AJMI dari waktu ke waktu (“Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan”).
- Pemegang Polis menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada AJMI dan Pemegang Polis akan memberikan kepada Pengelola informasi yang AJMI minta dari waktu ke waktu dan mengizinkan AJMI untuk memberikan informasi tersebut kepada pihak berwenang lokal dan asing (termasuk aparat perpajakan lokal dan asing) afiliasi, perusahaan induk atau group manulife untuk memenuhi Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- Pemegang Polis akan memberitahukan AJMI dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender atau sesegera mungkin atas segala perubahan informasi yang telah Pemegang Polis berikan kepada AJMI, termasuk setiap kondisi yang dapat menyebabkan perubahan status wajib pajak Pemegang Polis seperti perubahan tempat tinggal, alamat, nomor telepon dan kewarganegaraan.
- Pemegang Polis dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin Pemegang Polis miliki yang mungkin dapat mencegah Pengelola untuk memenuhi Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku diatas.
- 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 program polis ini) menarik persetujuan atau menyanggah pernyataan yang diberikan diatas.

## 2 PERNYATAAN & SURAT KUASA

Saya/Kami sebagai Pemegang Polis dan/atau Peserta menyatakan setuju bahwa:

- a. Saya/Kami mendaftarkan diri untuk mendapatkan perlindungan asuransi jiwa/kesehatan syariah yang dikeluarkan oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia Unit Syariah selaku Pengelola. Saya/Kami memahami bahwa Asuransi sementara akan mulai berlaku setelah Kontribusi dibayar lunas dan disertai oleh dokumen yang lengkap (serta ketentuan lain yang ditetapkan pada kolom Asuransi Sementara), dan permintaan asuransi ini disetujui oleh Pengelola.
- b. Sebelum seluruh persyaratan Asuransi diterima oleh Pengelola sesuai ketentuan Polis Asuransi Jiwa Syariah yang berlaku, Pengelola tidak menjamin adanya Asuransi.
- c. Terkait dengan pembayaran Kontribusi atas Asuransi ini, maka Saya/Kami akan membayar Kontribusi 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 Pengelola atas diri Saya/Kami tidak serta merta memberikan jaminan bahwa Polis akan diterbitkan oleh Pengelola dan Pengelola 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 Peserta sebelum kondisi tersebut dapat diasuransikan tercapai, maka setiap saat Pengelola berhak melakukan seleksi risiko ulang dan Pengelola 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 Peserta melalui surat.
- g. Saya/Kami telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik dengan lengkap dan benar serta seluruh keterangan telah Saya/Kami baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Surat Konfirmasi Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik. Saya/Kami memahami bahwa keterangan, pernyataan, dan penjelasan tersebut menjadi dasar Asuransi dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Oleh karenanya, Saya/Kami sebagai Pemegang Polis dan/atau Peserta, dengan ini memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada Pengelola dengan hak substitusi untuk :
  1. melakukan verifikasi terhadap informasi yang telah Saya/Kami berikan kepada pihak manapun dan memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Saya/Kami dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Bank, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, 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 oleh pengelola atau afiliasinya 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 diluar negeri) baik yang memiliki kerjasama atau tidak dengan Pengelola atau afiliasinya untuk tujuan memproses 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 Pengelola, afiliasi, karyawan atau agen dikenankan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman Pengelola dan kode etik Pengelola, hukum dan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- h. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan permintaan asuransi jiwa/kesehatan syariah ini adalah sesuai dengan aslinya dan masih berlaku.
- i. Saya/Kami menyetujui bahwa semua alamat korespondensi dan nomor telepon Saya/Kami yang telah diinformasikan dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Elektronik Syariah 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 gagalnya komunikasi Polis akibat tidak diberitahukan perubahan alamat korespondensi/nomor telepon Saya/Kami.
- j. Apabila Pemegang Polis memilih Periode Pembayaran Kontribusi Bulanan akan terdapat kemungkinan Kontribusi pertama yang dibayarkan oleh Pemegang Polis tidak cukup untuk memberikan Asuransi hingga Polis diterbitkan. Dalam hal demikian, maka Tanggal Mulai Berlaku Polis dapat sama dengan Tanggal Penerbitan Polis kecuali apabila pada tanggal tersebut usia Peserta 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 Peserta 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 harga dari setiap unit dapat naik atau turun tergantung pada kondisi pasar dan hasil investasi tidak dijamin oleh Pengelola. 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 Peserta dan Penerima Manfaat Yang Ditunjuk atau ahli waris, maka jika Peserta meninggal, PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia akan membayarkan Manfaat Asuransi kepada Ahli Waris Peserta sesuai dengan ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.
- m. Pengelola 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 Pengelola untuk melakukan investasi sejak seluruh Kontribusi diterima oleh Pengelola dan Saya/Kami memahami risiko dari pilihan investasi yang Saya/Kami pilih dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah ini.
- p. Saya/Kami telah memahami setiap konsekuensi hukum yang berlaku atas kebenaran data dan informasi terkait perpajakan yang disampaikan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah ini dan dokumen pendukung lainnya sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia.

### 3 AKAD TABARRU' DAN WAKALAH BIL UJRAH

- I. Pemegang Polis dan/atau Peserta  
 Saya yang bertanda tangan di bawah ini sebagai calon Pemegang Polis dan/atau Peserta yang secara langsung merupakan calon anggota kumpulan Pemegang Polis dan/atau Peserta Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia, dengan ini menyatakan :
  - a. Menyetujui untuk mengikhlaskan Tabarru' untuk dimasukkan ke dalam Kumpulan Dana Tabarru' dengan tujuan untuk saling tolong menolong apabila ada Peserta yang mengalami musibah yang diasuransikan dengan menggunakan akad Tabarru'.
  - b. Apabila terjadi suatu musibah yang ditanggung atas diri Peserta atau para Peserta dan atas peristiwa tersebut harus dibayarkan Manfaat Asuransi selain yang berupa Nilai Tunai/Nilai Polis, pembayaran Manfaat Asuransi tersebut akan dibebankan atas Kumpulan Dana Tabarru'.
  - c. Memberikan kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia (selanjutnya disebut sebagai 'Pengelola') dengan akad Wakalah bil Ujrah untuk mengelola dan menginvestasikan Kumpulan Dana Tabarru', menginvestasikan Dana Peserta serta melakukan transaksi atas nama Saya. Dan atas hal tersebut Pengelola berhak untuk memotong sejumlah biaya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
  - d. Menyetujui dan mengikhlaskan pembagian Surplus Underwriting, jika ada, sebesar 50% ditahan di dalam Dana Tabarru', 30% dibagikan kepada Pemegang Polis Asuransi Jiwa Syariah yang berhak, dan 20% diberikan kepada Pengelola. Apabila Kumpulan Dana Tabarru' tidak cukup untuk membayar Manfaat Asuransi para Peserta (selain yang berupa Nilai Tunai/Nilai Polis), maka Manfaat Asuransi akan dibayarkan dari Dana Tabarru', dan apabila masih belum mencukupi, Pengelola akan memberikan Qardh dengan menggunakan akad Qardh dengan menutupi kekurangan pembayaran Manfaat Asuransi tersebut. Saya menyetujui bahwa hasil investasi Dana Tabarru' akan dimasukkan ke dalam Dana Tabarru'.
- II. Pengelola  
 Kami PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia sebagai Pengelola Polis Asuransi Jiwa Syariah, dengan ini menerima kuasa dari Pemegang Polis/Para Pemegang Polis untuk mengelola dan menginvestasikan Dana Investasi Syariah Link dan Dana Tabarru', serta melakukan transaksi atas nama Pemegang Polis/para Pemegang Polis, sesuai prinsip Wakalah bil Ujrah dan prinsip Syariah di dalam Peraturan Menteri Keuangan yang berlaku.

### 4 KETENTUAN ASURANSI SEMENTARA

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

**PERINGATAN:**

Apabila terdapat fakta yang bersifat material yang tidak dinyatakan dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik ini maka 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/be-lum dinyatakan dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik. Mohon diperiksa kembali apakah keterangan, pernyataan, dan penjelasan yang Anda berikan sudah sesuai dan benar. Jangan menandatangani Surat Konfirmasi Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah 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 Peserta dan/atau Calon Tanggungan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan ini benar diberikan oleh Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta 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 Peserta 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 PESERTA	CALON TANGGUNGAN (PASANGAN)*	MENGETAHUI (ORANG TUA / WALI BILA CALON PESERTA BERUSIA < 18 TAHUN)
_____ Tanda Tangan & Nama Jelas	_____ Tanda Tangan & Nama Jelas	_____ Tanda Tangan & Nama Jelas	_____ Tanda Tangan & Nama Jelas

\*) Hanya berlaku untuk produk dasar perawatan rumah sakit

Saya, sebagai Pemilik Manfaat menyatakan bahwa :

- (1) Seluruh Informasi atau keterangan yang tercantum dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik ini lengkap, benar dan sah, dan
- (2) Saya merupakan pemilik dana sebenarnya dari Pemegang Polis

PEMILIK MANFAAT (*Jika Ada)
_____ Tanda Tangan & Nama Jelas

Ditandatangani di: \_\_\_\_\_

Tanggal: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (tgl/bln/thn)

AGEN	KOORDINATOR
_____ Tanda Tangan & Nama Jelas No. Lisensi : _____ No. Telepon : _____ Kode Agen : _____ No. Ext : _____	_____ Tanda Tangan & Nama Jelas No. Lisensi : _____ No. Telepon : _____ Kode Agen : _____ No. Ext : _____

## CATATAN

- a. Bagi calon Pemegang Polis Perusahaan, maka yang menandatangani Surat Konfirmasi Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah 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 memberitahukannya kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.
- b. Apabila Pemegang Polis, calon Peserta, Saksi dan Beneficial Owner menandatangani Surat Konfirmasi Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah 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 Peserta berada.
- c. Apabila calon Peserta berusia di bawah 18 tahun, maka Surat Konfirmasi Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah 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 Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Syariah Elektronik telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh calon Pemegang Polis, Calon Peserta, serta ditandatangani oleh Agen & Koordinator.
- Fotocopy kartu identitas calon Pemegang Polis (jika berbeda dengan calon Peserta), Pemilik Manfaat (Beneficial Owner) jika ada dan calon Peserta (terlampir)
- Bukti Transfer Pembayaran Premi yang dilengkapi dengan Nomor Polis.
- Formulir Penilaian Kesesuaian Produk Asuransi dan Profil Risiko Investasi .  
\* KTP (WNI)/Paspor (WNA)