

ISI/LENGKAPI/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

Nomor SPAJ/K:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kode Kantor Pemasaran:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SURAT KONFIRMASI SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA/KESEHATAN ELEKTRONIK

Sehubungan dengan permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan yang saya ajukan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia (Penanggung), melalui:

1.No. Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan: 0

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.No. Surat Konfirmasi Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

3.Nama Pemegang Polis*:
 *) Sesuai Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Elektronik

4.Nama Tertanggung*:
 *) Sesuai Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Elektronik

5.Pilihan Pertanggung (nama Produk & Plan):

Dengan ini menyatakan

- Bahwa Saya telah membaca, mengerti, dan menyetujui bahwa Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan 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.
- Bahwa Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan dengan nomor di atas telah Saya teliti, setuju 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 (Formulir Permintaan Asuransi Untuk Data Calon Tanggungan | <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 |

01

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 dan/atau Tertanggung dan/atau Tanggungan 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 dan/atau Tertanggung dan/atau Tanggungan 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 AJMI 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 AJMI 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 polis ini) menarik persetujuan atau menyanggah pernyataan yang diberikan diatas.

02

PERNYATAAN & SURAT KUASA

Saya/Kami sebagai calon Pemegang Polis dan/atau calon Tertanggung dan/atau calon Tanggungan 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. 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 untuk melakukan seleksi risiko ulang dan Penanggung mempunyai hak untuk menolak permintaan asuransi ini berdasarkan hasil seleksi risiko ulang tersebut.
- e. Apabila diketahui adanya perubahan kondisi calon Pemegang Polis/calon Tertanggung sebelum kondisi 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 Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan ("SPAJ/K Elektronik") ini dengan lengkap dan benar serta seluruh keterangan telah Saya/Kami baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani SPAJ/KElektronik. Saya/Kami 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 calon Pemegang Polis dan/atau calon Tertanggung dan/atau calon Tanggungan 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/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 dan dikumpulkan oleh Penanggung 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 di luar negeri) baik yang memiliki kerja sama atau tidak dengan Penanggung atau afiliasinya 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 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, afiliasi, 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 permintaan asuransi jiwa/kesehatan ini adalah sesuai dengan dokumen 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 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 Premi Bulanan akan terdapat kemungkinan Premi pertama yang dibayarkan oleh Pemegang Polis tidak cukup untuk memberikan pertanggungan 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 harga 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, maka jika Tertanggung meninggal, PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia akan membayarkan Manfaat Pertanggungan kepada Ahli Waris Tertanggung sesuai dengan ketentuan Perundang-undangan 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 Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan 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 Elektronik ini dan dokumen pendukung lainnya sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia.

03

KETENTUAN PERTANGGUNGAN SEMENTARA

- a. Penerimaan Premi Pertama belum menjamin berlakunya Pertanggungan. Bila calon Tertanggung dan/atau calon Tanggungan meninggal sebelum Polis diterbitkan, maka Manfaat Meninggal yang akan dibayarkan PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia adalah yang memenuhi syarat-syarat di bawah ini:
 - 1. Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Elektronik telah dilengkapi dan ditandatangani oleh calon Pemegang Polis dan calon Tertanggung serta calon Tanggungan (jika ada);
 - 2. Premi Pertama telah dibayar lunas dan Pemegang Polis telah menerima dokumen bukti pembayaran yang dikeluarkan oleh Bank atau Penanggung serta diakui oleh Penanggung;
 - 3. Seluruh hasil pemeriksaan kesehatan calon Tertanggung dan/atau calon Tanggungan 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 dan/atau calon Tanggungan 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 Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Elektronik, 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 dan/atau calon Tanggungan meninggal akibat melakukan bunuh diri (baik sadar ataupun tidak), akibat calon Tertanggung dan/atau calon Tanggungan 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;
 - 2. 30 (tiga puluh) hari setelah semua persyaratan seperti pada butir a.1, a.2, dan a.3 dipenuhi, dan calon Tertanggung dan/atau calon Tanggungan dalam keadaan dapat diasuransikan seperti pada butir a.4; atau
 - 3. Tanggal Pembatalan Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan 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 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 Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan 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/ belum dinyatakan dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan 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 Elektronik ini dalam keadaan kosong/belum diisi!

PERNYATAAN AGEN :

Saya menyatakan bahwa setiap keterangan yang terdapat di dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa Elektronik adalah benar keterangan yang diberikan oleh calon Pemegang Polis dan/atau calon Tertanggung, dan Saya tidak menyembunyikan informasi apapun kepada calon Pemegang Polis dan/atau calon Tertanggung. Saya juga menyatakan bahwa Saya tidak memberikan keterangan dalam bentuk apapun yang bertentangan dengan Syarat/Ketentuan Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Elektronik ini. Dengan ditandatanganinya Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan Elektronik, Saya menyatakan bahwa salinan dokumen adalah sesuai asli, masih berlaku dan telah dilakukan verifikasi serta identifikasi atas dokumen-dokumen/informasi yang diberikan oleh calon Pemegang Polis dan/atau calon Tertanggung termasuk terhadap Pemilik Manfaat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

CALON PEMEGANG POLIS	CALON TERTANGGUNG	CALON TANGGUNGAN (PASANGAN)*	MENGETAHUI (ORANG TUA/WALI BILA CALON TERTANGGUNG BERUSIA < 18 TAHUN)
(Nama Jelas & Tanda Tangan) Tempat _____ Tanggal _____	(Nama Jelas & Tanda Tangan) Tempat _____ Tanggal _____	(Nama Jelas & Tanda Tangan) Tempat _____ Tanggal _____	(Nama Jelas & Tanda Tangan) Tempat _____ Tanggal _____

*) 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 Elektronik ini lengkap, benar dan sah, dan
- (2) Saya merupakan pemilik dana sebenarnya dari Pemegang Polis

PEMILIK MANFAAT (BENEFICIAL OWNER)* jika ada
(Nama Jelas & Tanda Tangan) Tempat _____ Tanggal _____

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

CATATAN :

- a. Bagi calon Pemegang Polis Perusahaan, maka yang menandatangani Surat Konfirmasi Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan 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 Tertanggung, Saksi dan Beneficial Owner menandatangani Surat Konfirmasi Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan 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 Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan 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 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)