

3 PERUBAHAN TANGGAL LAHIR

Tertanggung/Peserta
 Pemegang Polis / Payor
 Peserta Pertanggung Tambahan/Asuransi Tambahan Perawatan Rumah Sakit atas nama : _____

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

4 PERUBAHAN PREMI DAN MANFAAT PERTANGGUNGAN/ASURANSI

Perubahan Uang Pertanggung/Santunan Asuransi (UP) Produk Dasar
 Uang Pertanggung/Santunan Asuransi (UP) Produk Dasar berubah menjadi : (Rp/USD*) _____

Perubahan Uang Pertanggung/Santunan Asuransi (UP) Pertanggung Tambahan
 Tambahan/Santunan Asuransi (UP) Pertanggung Tambahan

Nama Pertanggung Tambahan : _____ berubah menjadi : (Rp/USD*) _____

Nama Pertanggung Tambahan : _____ berubah menjadi : (Rp/USD*) _____

Nama Pertanggung Tambahan : _____ berubah menjadi : (Rp/USD*) _____

Pembatalan Pertanggung Tambahan/Asuransi Tambahan : _____

Penambahan Pertanggung/Asuransi Tambahan ** : _____

Nama Pertanggung/ Asuransi Tambahan	Plan (Jika ada)	Uang Pertanggung (Jika ada)

***) Jika mengajukan Penambahan Pertanggung/Asuransi Tambahan Perawatan Rumah Sakit, harap mengisi Formulir Permintaan Pertanggung Tambahan Perawatan Rumah Sakit.

Perubahan Premi / Kontribusi Dasar menjadi : (Rp/USD*) _____

Perubahan *Saving Up / Regular Top Up* menjadi : (Rp/USD*) _____

*) Coret yang tidak perlu

5 PERINCIAN PREMI/KONTRIBUSI BARU

Pertanggung / Asuransi Dasar	Premi/Kontribusi

Pertanggung / Asuransi Tambahan (Rider)	Premi/Kontribusi
a.	
b.	
c.	
d.	
e.	

Total Premi/Kontribusi

Premi/Kontribusi Perubahan/Pemulihan Yang harus dibayar _____

Pembayaran Premi/Kontribusi Perubahan/Pemulihan melalui:

Transfer

Kartu Kredit

6 PENARIKAN MANFAAT UNIVERSITY SAVING PLUS (USP)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mengambil manfaat *University Saving Plus** sejumlah: Rp _____
 Terbilang: _____

Saya mengetahui bahwa dengan pengambilan manfaat *University Saving Plus* akan mengakibatkan menurunnya jumlah Uang Pertanggung/Santunan Asuransi pada Polis saya.

*mohon mengisi bagian 13 untuk data Nomor Rekening.

Tanda Tangan Pemegang Polis

7 PERUBAHAN LAIN-LAIN

Perubahan ini digunakan untuk pengajuan perubahan selain yang tertera di atas

8 PEMULIHAN POLIS DAN PERTANGGUNGAN/ASURANSI TAMBAHAN

Tujuan dilakukannya Pemulihan Polis atau Pertanggungangan/Asuransi Tambahan (*Rider*)

9 DATA TERTANGGUNG/PESERTA (Termasuk seluruh Tanggungan/Peserta Tambahan dan *Payor**) Khusus untuk permintaan Pemulihan, Penambahan Uang Pertanggungangan/ Santunan Asuransi dan/atau Perubahan Pertanggungangan/Asuransi Tambahan

* *Payor* adalah pihak yang dipertanggungangkan/diasuransikan pada rider *payor Benefit*. *Payor Benefit* yaitu program perlindungan tambahan yang memberikan santunan pembebasan Premi/Kontribusi bagi pembayar Premi/Kontribusi (*Payor*) apabila pembayar Premi/Kontribusi (*Payor*) meninggal atau mengalami ketidakmampuan total. Program ini dirancang khusus untuk melengkapi perlindungan dasar dan Tertanggung/Peserta anak-anak (*Juvenile Insurance*).

No.	Nama Lengkap/No. ID	Tanggal Lahir / Jenis Kelamin	Hubungan*	Pekerjaan	Hobi	Tinggi / Berat Badan	Apakah sekarang Anda dalam keadaan sehat? Bila "Tidak" jelaskan pada kolom disamping
	Nama: No ID:					____ Cm ____ Kg	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Nama: No ID:					____ Cm ____ Kg	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Nama: No ID:					____ Cm ____ Kg	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Nama: No ID:					____ Cm ____ Kg	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Nama: No ID:					____ Cm ____ Kg	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Nama: No ID:					____ Cm ____ Kg	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Nama: No ID:					____ Cm ____ Kg	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Nama: No ID:					____ Cm ____ Kg	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Nama: No ID:					____ Cm ____ Kg	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Nama: No ID:					____ Cm ____ Kg	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

* Hubungan: P = Pemohon, I = Istri, S = Suami, A = Anak

Tanda Tangan Pemegang Polis

10 PERNYATAAN KESEHATAN TERGANTUNG/PESERTA (TERMASUK SELURUH TANGGUNG/PESERTA TAMBAHAN DAN PAYOR)

1. Sejak tanggal penandatanganan Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan (SPAJ/K), apakah Anda:
- a. Pernah mengalami suatu penyakit, kecelakaan, pembedahan, konsultasi kesehatan, atau pengobatan? Ya Tidak
 - b. Pernah memiliki Polis Asuransi Jiwa/Kesehatan/Kecelakaan/ketidakmampuan yang ditolak, ditunda, dikenakan persyaratan khusus, atau dikenakan keputusan lain selain standar? Ya Tidak
 - c. Apakah Anda sedang mengajukan permintaan asuransi jiwa lain baik pada kelompok usaha Manulife maupun pada perusahaan asuransi lain namun belum diterima/disetujui? Ya Tidak
 - d. Bertempat tinggal, atau akan bertempat tinggal di luar Indonesia selama lebih dari 3 bulan per tahun? Ya Tidak
 - e. Ikut serta dalam kegiatan mendaki gunung, terjun payung, ski, ski air, menyelam, hobi/olahraga yang berbahaya, balap/reli mobil/motor, atau penerbangan selain sebagai penumpang atau awak pesawat dari penerbangan reguler berjadwal tetap? Jika Ya, harap melengkapi daftar pertanyaan yang sesuai. Ya Tidak

Jika ada jawaban "Ya" pada keterangan No. 1.a sampai dengan 1.e, harap jelaskan rinciannya pada kolom dibawah ini:

- f. Mengganti atau akan mengganti pekerjaan Anda? Jika "Ya", harap berikan nama perusahaan, jabatan/pangkat dan rincian tugas: Ya Tidak

2. Berkonsultasi dengan dokter dalam 12 bulan terakhir:

- Tidak ada dokter yang ditemui selama 12 bulan terakhir
- Ya, tanggal : ____ / ____ / ____ (tanggal/bulan/tahun)
- Alasan : Influenza - sudah pulih
 Medical check -up rutin - hasil normal
 Lainnya: _____
- * Hasil : _____
 * Nama lengkap dokter : _____
 * Alamat klinik/Rumah sakit : _____

3. Data Kesehatan Keluarga Tertanggung

a. Tabel Data Keluarga

Anggota Keluarga	Usia	Keadaan Kesehatan	Hidup: Penyakit Yang Pernah/Sedang Diderita (Sebutkan usia pada saat didiagnosa pertama kali)						Meninggal
			Darah Tinggi	Jantung	Kencing Manis	Kanker	Stroke	Haemochromatosis (Penimbunan besi pada organ tubuh)	Sebab Meninggal
Ayah									
Ibu									
Saudara Pria									
Saudara Perempuan									
Anak									

- b. Apakah ada anggota keluarga (termasuk orang tua kandung, saudara kandung, kakek, nenek, paman, dan bibi) yang menderita kanker nasofaring, kanker payudara, kanker indung telur, penyakit Huntington, penyakit ginjal polikistik, *multiple sclerosis*, penyakit neuron motorik, *muscular dystrophy*, Parkinson atau penyakit turunan lainnya yang tidak disebutkan di atas ?

Ya Tidak

Tanda Tangan Pemegang Polis

4. Apakah Anda pernah menjalani operasi di rumah sakit (namun tidak termasuk operasi caesar dan LASIK); atau telah secara terus-menerus menerima pengobatan atau perawatan (namun tidak termasuk flu) selama 14 hari atau lebih; atau menjalani tes medis atau investigasi (namun tidak termasuk medical check-up rutin, baik untuk tujuan pekerjaan, imigrasi, atau pengajuan asuransi dengan hasil yang normal)?
- Ya, mohon jelaskan _____
- Tidak _____
5. Apakah Anda sedang menunggu hasil konsultasi/pemeriksaan atau investigasi, atau apakah Anda pernah menerima diagnosa penyakit atau gangguan pada jantung, paru-paru, ginjal, gangguan sistem peredaran darah, kanker, pertumbuhan atau tumor apapun (termasuk karsinoma in-situ), tekanan darah tinggi, stroke, kencing manis/diabetes, sistem saraf, mental, sistem otot tulang, hati (termasuk hepatitis B atau C) atau terkait HIV/AIDS?
- Ya, mohon jelaskan _____
- Tidak _____
6. Khusus untuk Tertanggung/Peserta Anak (usia < 17 tahun)
Apakah Tertanggung/Peserta memiliki riwayat berat badan lahir kurang 1.500 gram, atau riwayat kelahiran prematur (usia kehamilan < 32 minggu) atau apakah Tertanggung/Peserta pernah didiagnosis dengan atau dirawat untuk keterlambatan perkembangan, kanker atau pertumbuhan jaringan jenis apapun, hepatitis, epilepsi, atau segala penyakit atau gangguan pada jantung, sistem peredaran darah, sistem pernafasan, sistem otot tulang, ginjal, hati, perut atau usus? Selama 2 tahun terakhir, apakah Tertanggung/Peserta pernah menjalani rawat inap, melakukan tes medis atau investigasi (namun tidak termasuk pemeriksaan pre natal/sebelum proses kelahiran) atau mendapat pengobatan secara teratur? Apakah saat ini Tertanggung/Peserta sedang mengalami tanda atau gejala sakit/penyakit?
- Ya, mohon jelaskan _____
- Tidak _____

11 DATA PEKERJAAN DAN PENGHASILAN

	PEMEGANG POLIS	TERTANGGUNG/PESERTA
1. Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Pemilik/Pengusaha <input type="checkbox"/> Direktur/Eksekutif <input type="checkbox"/> PNS/TNI/Polisi <input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga <input type="checkbox"/> Pelajar/Mahasiswa <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan _____	<input type="checkbox"/> Pemilik/Pengusaha <input type="checkbox"/> Direktur/Eksekutif <input type="checkbox"/> PNS/TNI/Polisi <input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga <input type="checkbox"/> Pelajar/Mahasiswa <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan _____
2. Klasifikasi Industri	<input type="checkbox"/> Komisaris <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Agen <input type="checkbox"/> Pensiunan <input type="checkbox"/> Properti <input type="checkbox"/> Perhiasan <input type="checkbox"/> Manufaktur <input type="checkbox"/> SPBU <input type="checkbox"/> Offshore Company <input type="checkbox"/> Agen Perjalanan <input type="checkbox"/> Seni dan Barang Antik <input type="checkbox"/> Isi Ulang Pulsa <input type="checkbox"/> Jasa Keuangan/Bank <input type="checkbox"/> Asuransi/Pembiayaan <input type="checkbox"/> Jasa Pemasaran <input type="checkbox"/> Distributor/Keagenan <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan _____	<input type="checkbox"/> Komisaris <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Agen <input type="checkbox"/> Pensiunan <input type="checkbox"/> Pengelola Parkir <input type="checkbox"/> Grosir/Pengecer <input type="checkbox"/> Minimarket <input type="checkbox"/> Supermarket <input type="checkbox"/> Profesional Advokat <input type="checkbox"/> Perdagangan <input type="checkbox"/> Akuntan <input type="checkbox"/> Ekspor - Impor <input type="checkbox"/> BUMN/BUMD <input type="checkbox"/> Instansi Pemerintah <input type="checkbox"/> Restoran <input type="checkbox"/> Dealer Mobil <input type="checkbox"/> Properti <input type="checkbox"/> Perhiasan <input type="checkbox"/> Manufaktur <input type="checkbox"/> SPBU <input type="checkbox"/> Offshore Company <input type="checkbox"/> Agen Perjalanan <input type="checkbox"/> Seni dan Barang Antik <input type="checkbox"/> Isi Ulang Pulsa <input type="checkbox"/> Jasa Keuangan/Bank <input type="checkbox"/> Asuransi/Pembiayaan <input type="checkbox"/> Jasa Pemasaran <input type="checkbox"/> Distributor/Keagenan <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan _____
3. a. Nama Perusahaan	: _____	: _____
b. Jabatan/Pangkat	: _____	: _____
4. Rincian Tugas	: _____	: _____
5. Rata-rata penghasilan kotor per tahun ¹⁾	: _____	: _____

¹⁾ Penghasilan kotor dari pekerjaan utama dan pekerjaan sampingan

Tanda Tangan Pemegang Polis

Jika Pemegang Polis menjawab “Tidak” pada deklarasi FATCA dan/atau CRS di atas tetapi Pemegang Polis memiliki informasi berikut:

- Identitas sebagai penduduk di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Kewarganegaraan di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Alamat terkini di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Nomor telepon di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Rekening di negara/yurisdiksi di luar Indonesia

Mohon memberikan penjelasan alasan Pemegang Polis bukan merupakan domisili wajib pajak di negara/yurisdiksi sesuai dengan informasi di atas kolom yang disediakan di bawah ini:

Penjelasan***:

Catatan:

- * Sesuai dengan ketentuan FATCA (lebih lanjut secara rinci dapat diperoleh melalui website IRS di www.irs.gov), Pemegang Polis dianggap sebagai *Resident Aliens US* untuk tujuan pajak jika Pemegang Polis memenuhi baik *green card test* atau *substantial presence test* untuk tahun kalender (1 Januari - 31 Desember).
- ** Masing-masing yurisdiksi memiliki aturan tersendiri dalam menentukan domisili wajib pajak. Pada umumnya, domisili wajib pajak adalah negara dimana tempat Anda tinggal. Kondisi tertentu (seperti sekolah di luar negeri, bekerja di luar negeri, atau perjalanan yang diperpanjang) dapat menyebabkan Anda menjadi wajib pajak negara lain atau menjadi wajib pajak di lebih dari satu negara pada waktu yang bersamaan (wajib pajak berganda). Negara/negara-negara di mana Anda membayar pajak penghasilan mungkin menjadi negara/negara-negara domisili wajib pajak Anda. Untuk informasi lebih lanjut terkait domisili wajib pajak, mohon berkonsultasi dengan konsultan pajak Anda atau Anda dapat langsung mengakses tautan di bawah ini masing-masing terkait FATCA dan CRS pada <https://www.irs.gov/> dan <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/>.
- *** Jika informasi Pemegang Polis terkait dengan negara Amerika Serikat (US Indicia), mohon juga melengkapi formulir W-8BEN dan melengkapi pertanyaan di bawah ini:

Apakah Pemegang Polis sedang atau pernah mendapatkan izin bekerja di Amerika Serikat (US Working Permit)?

Ya Tidak

Jika “Ya”, mohon memberikan tambahan informasi melalui pernyataan berikut ini:

Saya menyatakan bahwa Saya sedang atau pernah bekerja di Amerika Serikat dengan menggunakan visa

(_____)

(mohon mencantumkan jenis visa Pemegang Polis)

Dan tidak pernah menjadi warga negara Amerika Serikat atau permanen resident alien (pemegang *green card US*)

15 PERNYATAAN DAN KUASA PENGGUNAAN DATA PRIVASI

Manulife memahami bahwa privasi dan penggunaan informasi pribadi Pemegang Polis merupakan hal yang penting bagi Pemegang Polis, dan Manulife memastikan bahwa hal tersebut juga sama pentingnya bagi Manulife. Pengumpulan dan penggunaan informasi pribadi Pemegang Polis merupakan hal yang penting bagi bisnis Manulife karena memungkinkan Manulife untuk mengevaluasi, menerbitkan dan mengadministrasi Polis yang telah Pemegang Polis ajukan sekaligus memungkinkan Manulife 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 Manulife 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 Manulife dari waktu ke waktu (“Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan”).
- Pemegang Polis menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada Manulife dan Pemegang Polis akan memberikan kepada Manulife Informasi yang Manulife minta dari waktu ke waktu dan mengizinkan Manulife untuk memberikan informasi tersebut kepada pihak berwenang lokal dan asing (termasuk aparat perpajakan lokal dan asing), afiliasi, perusahaan induk atau grup Manulife untuk memenuhi Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Tanda Tangan Pemegang Polis

3. Pemegang Polis akan memberitahukan Manulife dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender atau sesegera mungkin atas segala perubahan informasi yang telah Pemegang Polis berikan kepada Manulife, termasuk setiap kondisi yang dapat menyebabkan perubahan status wajib pajak Pemegang Polis seperti perubahan tempat tinggal, alamat, nomor telepon dan kewarganegaraan.
4. Pemegang Polis dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin Pemegang Polis miliki yang mungkin dapat mencegah Manulife untuk memenuhi Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
5. Pemegang Polis mengerti dan setuju bahwa Manulife dapat memotong pembayaran kepada Pemegang Polis; atau Manulife dapat menunda atau mengakhiri Polis Pemegang Polis jika Pemegang Polis (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan dari 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) menarik persetujuan atau menyanggah pernyataan yang diberikan di atas.

16 PERNYATAAN DAN KUASA

Saya sebagai Pemegang Polis, menyatakan setuju bahwa:

1. Saya dengan ini mengajukan permohonan kepada Manulife untuk melakukan transaksi yang saya ajukan sesuai dengan nomor Polis tersebut di atas dan memberikan kuasa kepada Manulife untuk mengubah atau mengganti Polis (bila diperlukan) sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku.
2. Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada formulir ini dengan lengkap dan benar. Saya memahami bahwa keterangan tersebut menjadi dasar Pertanggungan/Asuransi dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Oleh karenanya, Saya dengan ini memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada Manulife dengan hak substitusi untuk:
 - a. Memperoleh dan melakukan verifikasi terhadap data/informasi yang telah Saya berikan kepada pihak manapun mengenai diri, keadaan dan kesehatan Saya 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 akan tunduk pada syarat dan ketentuan yang terdapat di dalam Polis;
 - b. Menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai Saya yang diperoleh dan dikumpulkan oleh Manulife 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 Manulife atau afliasinya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis Saya maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain, untuk tujuan pencegahan pencucian uang, suap dan terorisme atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan proses pidana/perdata atau proses arbitrase, Investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang Manulife, afliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman Manulife dan kode etik Manulife, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan Perubahan Cara Pembayaran Premi/Kontribusi, Perubahan Pertanggungan/Asuransi Manfaat Perawatan Rumah Sakit, Peningkatan/Penurunan Uang Pertanggungan/Santunan Asuransi (UP), Peningkatan/Penurunan *Saving Up*/RPU, Peningkatan/Penurunan Premi/Kontribusi Dasar, Pembatalan Asuransi Tambahan, Penambahan Asuransi Tambahan, Pengambilan Manfaat *University Saving Plus*, Pemulihan Polis/Asuransi Tambahan (*Rider*), Perubahan Tanggal Lahir dan Perubahan lain-lain adalah sesuai asli dan masih berlaku.
4. Semua alamat korespondensi, nomor telepon dan email Saya yang telah diinformasikan dalam formulir pendaftaran atau perubahannya (mana yang terkini), dapat dipergunakan sebagai media komunikasi Polis. Saya akan memberitahukan Manulife sesegera mungkin apabila terdapat perubahan alamat korespondensi/nomor telepon/email. Saya mengerti bahwa Manulife tidak bertanggung jawab atas gagalannya komunikasi Polis akibat tidak diberitahukan perubahan alamat korespondensi/nomor telepon/email Saya.
5. Seluruh Tertanggung/Peserta (termasuk *Payor*) dalam keadaan dapat diasuransikan menurut bagian seleksi risiko (*underwriting*) dan melengkapi pemeriksaan kesehatan atas dirinya serta memenuhi semua persyaratan tambahan lainnya sesuai dengan ketentuan Manulife.
6. Perubahan Finansial dan/atau Pemulihan Polis yang dilakukan oleh Manulife adalah sesuai dengan keterangan yang tercantum pada formulir ini dan formulir - formulir tambahan lainnya yang ditandatangani dan diserahkan Manulife.
7. Pengajuan ini belum berlaku efektif sampai dengan Manulife menyetujui dan mengeluarkan adendum Perubahan Finansial dan/atau Pemulihan Polis. "Ketentuan Dapat Disanggah" selama 2 tahun untuk asuransi jiwa, dan "Periode Eliminasi" sesuai Ketentuan Polis (bila ada) akan berlaku kembali efektif terhitung sejak tanggal adendum Perubahan Finansial dan Pemulihan Polis.
8. Formulir ini akan diproses dan disetujui oleh Manulife, bila Pemegang Polis telah melengkapi seluruh persyaratan yang telah ditentukan.
9. Pemegang Polis/Payor membayarkan seluruh Premi/Kontribusi yang ditagih dan tambahan Premi/Kontribusi beserta bunga (bila ada).
10. Bila terdapat selisih Nilai Tunai yang harus dikembalikan, maka Manulife akan membayarkannya sesuai kurs sebagaimana telah diatur dalam Polis (khusus untuk Polis dalam mata uang asing).
11. Dalam hal terdapat pengembalian dana yang disebabkan oleh :
 - i) Pengajuan perubahan Polis tidak dapat dilakukan karena tidak memenuhi persyaratan perubahan polis; atau
 - ii) Terdapat kelebihan pembayaran premi untuk pengajuan perubahan polis yang telah dilakukan, maka dana tersebut akan dialokasikan sesuai dengan kondisi sebagai berikut :
 - a. Jika telah melewati tanggal jatuh tempo pembayaran premi, maka dana tersebut digunakan untuk pelunasan premi jatuh tempo; atau
 - b. Jika belum melewati tanggal jatuh tempo maka khusus bagi Polis Unit Link, dana tersebut dimasukkan sebagai *Top Up* sesuai dengan Alokasi Dana Investasi Dari Premi terkini.
12. Manulife berhak untuk menolak transaksi, membatalkan transaksi, dan/atau menutup hubungan usaha dengan Pemegang Polis dalam hal Pemegang Polis tidak memenuhi ketentuan Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme yang berlaku.

Tanda Tangan Pemegang Polis

--

13. Khusus pada Polis Unit Link bila terdapat kelebihan pembayaran Premi perubahan, termasuk namun tidak terbatas pada premi yang awalnya ditujukan untuk perubahan Polis namun prosesnya tidak dapat dilanjutkan karena tidak dilengkapinya persyaratan atau dokumen yang dibutuhkan, maka akan dimasukkan sebagai *Top Up*.

17 AKAD *TABARRU* (KHUSUS POLIS SYARIAH)

1. Pemegang Polis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini sebagai Pemegang Polis Asuransi Jiwa Syariah Manulife, dengan ini menyatakan:

- Menyetujui untuk menghibahkan sejumlah *Tabarru* atas Asuransi Tambahan dengan tujuan saling tolong menolong apabila ada Peserta atau para Peserta yang mengalami musibah yang dipertanggungkan.
- Menyetujui *Tabarru* atas Asuransi Tambahan yang telah dihibahkan akan dimasukkan ke dalam dana *Tabarru*. Apabila terjadi musibah yang dipertanggungkan atas diri Peserta atau para Peserta dan atas musibah tersebut harus dibayarkan Manfaat Pertanggungkan Tambahan tersebut akan dibebankan atas Dana *Tabarru*.
- Memberikan kuasa kepada Pengelola untuk mengelola Dana *Tabarru*.

2. Peserta (Tertanggung)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini sebagai calon anggota kumpulan peserta pertanggungkan tambahan atas polis Asuransi Jiwa Syariah Manulife, dengan ini menyatakan diri sebagai anggota kumpulan peserta pertanggungkan tambahan atas polis Asuransi Jiwa Syariah PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.

Ditandatangani di: _____

Tanggal: / / (tgl/bln/thn)

Pemegang Polis	Tertanggung/Peserta	Payor*
(Tanda Tangan & Nama Jelas)	(Tanda Tangan & Nama Jelas)	(Tanda Tangan & Nama Jelas)

*bila ada

PERHATIAN

- Tandatanganilah Formulir Perubahan Finansial dan/atau Pemulihan Polis ("Formulir") ini setelah Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta (termasuk *Payor*) yakin bahwa jawaban /informasi/keterangan yang diberikan sesuai dengan kondisi sebenarnya.
- Jangan menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong.
- Apabila Pemegang Polis, Tertanggung/Peserta dan Payor menandatangani Formulir ini di luar negeri, maka Formulir ini beserta dokumen pendukungnya harus dilegalisasi oleh pejabat Konsulat Jenderal/Kedutaan Besar Republik Indonesia di lokasi terdekat di negara tempat tinggal atau dimana Pemegang Polis, Tertanggung/Peserta, dan *Payor* berbeda.

Persyaratan/Dokumen yang harus diserahkan:

- Fotokopi Kartu Identitas (ID) Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta yang masih berlaku
WNI: KTP WNA: Paspor
- Premi/Kontribusi perubahan (jika ada) dan atau Premi/Kontribusi pemulihan
- KK/Akte Lahir/Surat Nikah/Dokumen lainnya (jika diperlukan)

Saksi (CS/Agent/Financial Advisor/Relationship Manager) yang membantu :		
Nama & Kode Agent/FA/RM		Tanda Tangan
Cabang		
No. Telepon		
Alamat E-mail		

Saya meyakini bertemu dan melihat Pemegang Polis dan Tertanggung / Peserta (termasuk seluruh tanggungan dan Payor) menandatangani Formulir ini dan semua keterangan yang terdapat dalam Formulir ini adalah keterangan yang diberikan oleh Pemegang Polis.