


Manulife Indonesia

Sampoerna Strategic Square, North Tower Lt. GF dan South Tower Lt. 3-14
 Jl. Jenderal Sudirman Kav. 45-46. Jakarta 12930.

Customer Contact Center (021) 2555 7777,

Bebas pulsa & khusus wilayah di luar kode area Jakarta : 0-800-1-606060

Email: CustomerServiceID@manulife.com | Website: www.manulife.co.id

ISI/LENKAPI/CORET/APABILA PERLU | BERI TANDA DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP

FORMULIR TOP UP

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis : _____

1 KHUSUS TOP UP

Pilihan Dana Investasi*	Persentase (%)
TOTAL	100%

Jumlah Nominal Top Up : (Rp/USD) _____ Tanggal Pembayaran : _____

Sumber Dana Top Up : () Gaji () Laba Usaha () Penjualan Aset () Bonus/Insentif/Komisi
 () Pencairan Investasi/Deposito/Tabungan, sebutkan _____
 () Hasil Investasi/Bunga/Dividen, sebutkan _____
 () Lain-lain, sebutkan _____

*) Jenis Investasi :

Lengkapnya bisa di lihat pada halaman berikut ini: <https://www.manulife.co.id/id/layanan/performa-investasi/kurs-harga-unit-harian.html>

Ketentuan :

Minimal Top Up adalah Rp1.000.000,00 (untuk mata uang Rupiah) atau US\$100,00 dan US\$125,00 (untuk mata uang Dolar AS)

2 PERSYARATAN ATAU DOKUMEN YANG HARUS DISERAHKAN

- Fotokopi Kartu Identitas (ID) Pemegang Polis yang masih berlaku yaitu
 - Warga Negara Indonesia: Kartu Tanda Penduduk
 - Warga Negara Asing : Passport
- Bukti transfer pembayaran premi top up

3 PERNYATAAN DAN KUASA

Saya sebagai Pemegang Polis, menyatakan setuju bahwa:

1. Sehubungan dengan permohonan di atas, Saya memberikan kuasa kepada Manulife Indonesia untuk mengubah atau mengganti Polis (bila diperlukan) sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Saya mengerti dan memahami bahwa permohonan ini tidak akan berlaku sebelum diterima dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Manulife Indonesia.
2. Saya memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada Manulife Indonesia 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 Indonesia 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 Manulife Indonesia atau afiliasinya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis Saya maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain, atau kepada pihak lainnya untuk tujuan pencegahan pencucian uang, suap dan pendanaan 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 Indonesia, afiliasi, karyawan atau agen dikenakan, pelaporan pertukaran informasi antar negara atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman Manulife Indonesia dan kode etik Manulife Indonesia, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan Top Up adalah sesuai asli dan masih berlaku.
4. Semua alamat korespondensi dan nomor telepon Saya yang telah diinformasikan dalam Formulir SPAJ dapat dipergunakan sebagai media komunikasi Polis.
5. Khusus untuk pengajuan Top Up, Harga Unit yang digunakan adalah T+1 dari Premi Top Up diterima oleh Manulife Indonesia.
6. Manulife Indonesia 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 Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme yang berlaku.

Pemegang Polis
(Tanda Tangan & Nama Jelas)

Ditandatangani di: _____

Tanggal: / / (tgl/bln/thn)

PERHATIAN

1. Tandatangani Formulir Top Up ini setelah Pemegang Polis yakin bahwa jawaban/informasi/ keterangan yang diberikan sesuai dengan kondisi sebenarnya.
2. Jangan menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong.
3. Apabila Pemegang Polis 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 berada.

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