Manulife

Perubahan Data Peserta Asuransi Karyawan

FORM/MKS^{PLUS}/MPP^{PLUS}/002/05/00

PROGRAM*: ☐ **MKS^{PLUS}** ☐ **MPP^{PLUS}**

- Mohon membaca dan mempelajari Buku Petunjuk Pelaksanaan Administrasi Polis Asuransi Kumpulan sebelum mengisi formulir ini.
- Mohon mengisi formulir ini dengan lengkap dan menggunakan huruf kapital.
- Formulir yang telah diisi dan dilengkapi dapat dikembalikan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia ("Penanggung") melalui fax atau email.
- Perubahan dalam formulir ini hanya akan diproses setelah formulir asli diterima

Pemegang Polis : _____

Nomor Polis : _____

Telepon : _____ Faks _____

Email : _____

Kepada:
PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia
DPLK & Group Saving Admin & CS

Tel. : (021) 25557777 menu 0,3

E-mail : CustomerServiceID@manulife.com

(Mohon mencantumkan nomor faksimili dan alamat email Anda untuk mempermudah kami dalam mengkonfirmasikan penerimaan formulir ini)

No.	T/B/P/M 1)	Nomor Peserta	Nama Peserta	NIP	L/P 2)	Nomor Identitas	Tanggal lahir			Tanggal Masuk Kerja			Tanggal Jatuh Tempo			Tanggal Mulai Berhenti/ Perubahan 3)			Gaji	Premi Perusahaan 4)	Premi Karyawan 5)	Jumlah Manfaat 6)	Sebab Kematian karena Kecelakaan 7)	Alasan Perubahan
							Hari	Bulan	Tahun	Hari	Bulan	Tahun	Hari	Bulan	Tahun	Hari	Bulan	Tahun						
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	
																							Y / T	

*Pilih Salah Satu

Keterangan :

1) Jenis Perubahan
T = Tambahan
B = Berhenti
P = Perubahan
J = Jatuh Tempo
M = Meninggal

2) Jenis Kelamin
L = Laki-laki
P = Perempuan

3) Sesuai dengan tanggal persetujuan PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia dan tidak dapat berlaku surut

4) Dalam Rupiah atau Persentase /

5) Dalam Rupiah atau Persentase /

6) Khusus untuk program MPP^{Plus} dan dalam Rupiah

7) Lingkari Y untuk Meninggal Dunia karena Kecelakaan
Y = Ya
T = Tidak

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh informasi dan atau pernyataan yang diberikan dalam formulir perubahan data ini adalah benar dan lengkap

Ditandatangani di : _____ Tanggal : _____

_____

Nama Lengkap dan Cap Perusahaan

Untuk keperluan Perusahaan Asuransi

Tanggal Diterima : _____

Tanggal Pemasukkan Data : _____

Oleh (Nama Lengkap) : _____

Nama Admin : _____