

- Harap Formulir Pendaftaran Peserta ini diisi secara benar, karena berhubungan dengan masa depan Anda dan penerbitan bukti kepesertaan Anda/*Please complete this Participant Application Form correctly, since it is related to your future and to published your membership evidence.*
- Calon Peserta wajib membaca dan memahami bagian Pernyataan dan Surat Kuasa yang tercantum pada halaman belakang Formulir Pendaftaran Peserta, sebelum mengisi dan menandatangani/*The Participant is obliged to read and understand the Statement and Consent as stated in last page of Participant Application Form, before completed and sign it.*

A. INFORMASI PRIBADI/PERSONAL INFORMATION (Harap diisi dengan huruf cetak atau diketik)

| | | | |
|---|--|--|--|
| Pemegang Polis/ <i>Policyholder</i> : | | Nomor Induk Karyawan (NIK): <i>Employee's ID</i> | |
| Nama Tertanggung/ <i>Name of Participant</i> : | | Tanggal Mulai Bekerja/ <i>Date of Hiring</i> : □□ (tgl/ <i>date</i>) □□ (bln/ <i>month</i>) □□ (thn/ <i>year</i>) | |
| Tanggal Lahir: □□ (tgl/ <i>date</i>) □□ (bln/ <i>month</i>) □□ (thn/ <i>year</i>) <i>Date of Birth</i> | | Tanggal Jatuh Tempo/ <i>Maturity Date of Policy</i> : □□ (tgl/ <i>date</i>) □□ (bln/ <i>month</i>) □□ (thn/ <i>year</i>) | |
| Tempat lahir : Negara tempat lahir: <i>Place of Birth Country of Birth</i> | | Kewarganegaraan: □ WNI □ WNA, sebutkan <i>Citizenship Indonesia Foreign, please specify</i> | |
| Nama Ibu Kandung sebelum menikah/ <i>Mother's Maiden Name</i> : | | | |
| Jenis Kelamin/ <i>Gender</i> : □ Pria/ <i>Male</i> □ Wanita/ <i>Female</i> | | Jenis Pekerjaan/ <i>Job Vacation</i> : □ Karyawan/ <i>Employee</i> □ Wiraswasta/ <i>Entrepreneur</i> □ Profesional/ <i>Professional</i> □ Lainnya/ <i>Others</i> | |
| Status Perkawinan/ <i>Marital Status</i> : □ Belum Kawin/ <i>Single</i> □ Kawin/ <i>Married</i> □ Janda atau Duda/ <i>Widow or Widower</i> | | | |
| Sumber Penghasilan/ <i>Fund Sources</i> : □ Gaji □ Usaha Pribadi (Profesional/Wiraswasta) □ Lainnya..... <i>Salary Business Others</i> | | | |
| Penghasilan kotor per tahun/ <i>Gross Salary per year</i> : □ < Rp. 10 juta/< <i>IDR 10 million</i> □ Rp. 10 juta – Rp. 50 juta/ <i>IDR 10 million - 50 million</i> □ Rp. 50 juta – Rp. 100 juta/ <i>IDR 50 million-IDR 100 million</i> □ > Rp. 100 juta/> <i>IDR 100 million</i> | | | |
| Tujuan pembelian program: □ Investasi □ Manfaat Karyawan □ Lainnya sebutkan <i>Purpose of the use of the program Investment Employee Benefit Others, please specify.....</i> | | | |
| No. Rekening Bank/ <i>Bank Account Number</i> : _____ | | Cabang/ <i>Branch</i> : _____ | |
| Nama Bank/ <i>Bank's Name</i> : _____ | | Negara/ <i>Country</i> : _____ | |
| Rupiah / US Dollar: _____ | | | |
| Nama pada rekening bank/ <i>Name on Bank Account</i> : _____ | | | |
| No. KTP/SIM/PASPOR/KITAS/KIMS/KITAP: _____ | | (lampirkan fotokopi) <i>Identity Card/Passport/Limited Stay Permit/Temporary Stay Permit/Permanent Stay Permit</i> (<i>copy to be attached</i>) | |
| No. NPWP/ <i>Tax ID No.</i> (lampirkan fotokopi/ <i>copy to be attached</i>): _____ | | | |
| Alamat (sesuai dengan identitas diri yang dilampirkan)/ <i>Address (based on copy of ID)</i> | | | |
| Kota : _____ <i>City</i> | | Kode Pos : _____ <i>Post Code</i> | |
| Propinsi : _____ <i>Province</i> | | Negara : _____ <i>Country</i> | |

Alamat Korespondensi/*Correspondence Address* (Jika berbeda dengan identitas diri yang dilampirkan/*Only if different with copy of ID*)

Kota : _____ Kode Pos : _____
City Post Code
Propinsi : _____ Negara : _____
Province Country

Alamat Tempat Tinggal Tetap Di Luar Indonesia (Jika berbeda dengan identitas diri yang dilampirkan)
Permanent Residential Address Outside Indonesia (Only if different with copy of ID)

Kota : _____ Kode Pos : _____
City Post Code
Propinsi : _____ Negara : _____
Province Country

Kode Negara & No. Telepon
Country code & Phone No
(Rumah/*Home*)
(-)

Kode Negara & No. Telepon
Country code & Phone No
(Office/*Office*)
(-)

Lain-lain/*Others* (HP, Fax)

E-mail:
e-mail

B. PREMI /PREMIUM

PREMI PERUSAHAAN /EMPLOYER PREMIUM

... % dari penghasilan, dan atau/
of salary, and or
 Rp _____

PREMI PESERTA/PARTICIPANT'S PREMIUM

... % dari penghasilan, dan atau
from salary, and or
 Rp _____

*Untuk Peserta yang diikutsertakan Pemberi Kerja, premi Peserta akan mengikuti aturan Pemegang Polis/
For participants who registered by the Employer, Employee premium will follow by the Policyholder regulation*

Tanggal Efektif Kepesertaan/*Effective Date of Participation:*

(tgl/*date*) (bln/*month*) (thn/*year*)

C. INFORMASI PENERIMA MANFAAT/BENEFICIARY INFORMATION

(Hanya jika pembayaran manfaat meninggal dunia dilakukan ke rekening penerima manfaat berdasarkan persetujuan Pemegang Polis/
Only if death benefit payment is paid directly to Beneficiary's account based on Policyholder approval)

Nama yang tertera di bawah ini adalah istri/suami/anak Peserta (apabila Peserta sudah menikah) atau keluarga terdekat Peserta (apabila Peserta belum menikah), yang berhak menerima manfaat meninggal
The following names shall be Participant's wife/husband/children (if the Participant is married) or Participant's close relatives (if the Participant is single) who is entitled to receive the death benefit:

| Nama/ <i>Name</i> | Hubungan/ <i>Relationship</i> | Tanggal Lahir/ <i>Date of Birth</i> | Negara Kelahiran / <i>Country of Birth</i> |
|-------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Apakah anda adalah (i) Warga Negara Amerika Serikat, (ii) Non Wajib Pajak Amerika Serikat namun wajib membayar pajak ke Amerika Serikat (karena merupakan pemegang green card Amerika Serikat atau telah menetap di Amerika Serikat untuk suatu waktu tertentu)/ Resident Alien Amerika Serikat, atau (iii) Wajib Pajak Amerika Serikat?/

Are you a United States Citizen, a United States Resident Alien (Green Card Holder) or a United States Resident? Ya/*Yes* Tidak/*No*

D. KETERANGAN TAMBAHAN/ADDITIONAL INFORMATION (Wajib diisi/*Mandatory*)

Apakah Anda atau keluarga dekat Anda sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan, baik di dalam negeri atau di luar negeri?

Do you or your close family member currently hold or ever held a position in government either in local or overseas? Ya/*Yes* Tidak/*No*

Jika ya, mohon isi pertanyaan berikut/*If yes, please complete the following:*

| Nama Pemegang Jabatan/ <i>Name of Incumbent</i> | Nama institusi/ <i>Name of institution</i> | Posisi/ <i>Position</i> | Masa Jabatan/ <i>Term of Service</i> | Negara/ <i>Country</i> | Hubungan dengan Pemegang Polis/ <i>Relationship with the Policyholder</i> | * Sumber dana/ <i>Source of fund</i> |
|--|---|----------------------------|---|---------------------------|--|---|
| | | | | | | |

**) Mohon diisi apabila Anda atau Beneficial Owner adalah Pejabat yang bersangkutan/Please complete the following if you or Beneficial Owner is the Officer concerned*

Pembayaran oleh Pihak Ketiga/*Payment by Third Party*

Apakah pembayaran premi akan dilakukan oleh Pihak Ketiga yang memiliki hubungan langsung dengan *Policyholder*?/*Will the premium be paid by the Third Party which has direct relation to the Policyholder?* Ya/Yes Tidak/No

Segala transaksi keuangan dilakukan oleh Pemegang Polis. Pembayaran oleh Pihak Ketiga hanya dapat dilakukan oleh Pihak yang memiliki hubungan kerja langsung dengan Pemegang Polis dengan menjawab pertanyaan berikut:

The financial transaction should be made by the Policyholder. Payment by Third Party is allowed if the party has direct employment relationship with the Policyholder by completing following questions:

- Nama/*Name*: _____
- Tempat, Tanggal Lahir/*Place and Date of Birth* _____
- Alamat Lengkap/*Full Address* _____ Negara/*Country* _____
- Nomor Telepon/*Phone Number* _____
- Hubungan dengan Pemegang Polis /*Relationship with the Policyholder*: Perwakilan Perusahaan/Karyawan yang Ditunjuk* (*Employer's Representative/ Appointed Employee*)
- Sumber Dana/*Source of Fund* _____

*Coret yang tidak perlu. Selain hubungan tersebut maka pembayaran Pihak Ketiga tidak dapat dilakukan./*Eliminate unnecessary. In addition to the relationship of Third Party payment can not be done*

E. PERSETUJUAN DAN KUASA PENGGUNAAN DATA PRIVASI/*PRIVACY WAIVER CONSENT*

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia ("AJMI") memahami bahwa privasi dan penggunaan informasi pribadi Anda merupakan hal yang penting bagi Anda dan kami memastikan bahwa hal tersebut juga sama pentingnya bagi Kami. Pengumpulan dan penggunaan informasi pribadi Anda merupakan hal yang penting bagi bisnis Kami karena hal tersebut memungkinkan Kami untuk mengevaluasi, menerbitkan dan mengelola polis yang Anda ajukan serta memungkinkan Kami untuk mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dari pihak yang berwenang.

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia ("AJMI") understand that the privacy and use of Your personal information is important to You and We assure you that it is equally important to us. The collection and use of your personal information is fundamental to our business as it allows us to evaluate issue and administer the policy You have applied for as well as allows us to comply with the legal requirements of our regulators.

Dengan menandatangani pernyataan di bawah ini dan/atau melengkapi atau mengajukan aplikasi ini, Anda setuju bahwa:

By signing below and/or completing or submitting this application, You agree that

1. Anda 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 Anda dari AJMI dari waktu ke waktu ("ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan")
You understand that AJMI is a member company of the Manulife Financial Group and it may have obligations to meet the requirements of both local and foreign regulatory authorities (including local and foreign tax authorities) as well as other legal obligations from time to time relating to, but not limited to, information sharing and tax reporting and withholding of any payments due to You from AJMI from time to time ("regulatory and legal requirements").
2. Anda menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada AJMI dan Anda akan memberikan kepada kami informasi yang kami minta dari waktu ke waktu dan mengizinkan kami 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.
You consent to the use of information provided to AJMI and You will provide us with information that we request from time to time and allow us to share such information with our local and foreign authorities (including local and foreign tax authorities) affiliation, holding company or group of Manulife to meet these regulatory and legal requirements.
3. Anda akan memberitahukan kami dalam waktu 30 (tiga puluh) hari atau sesegera mungkin atas segala perubahan informasi yang telah Anda berikan kepada kami, termasuk setiap kondisi yang dapat menyebabkan perubahan status wajib pajak Anda seperti perubahan tempat tinggal, alamat, nomor telepon dan kewarganegaraan.
You will notify us within 30 (thirty) days or sooner of any change in the information that You have provided to us, including any circumstances that would result in a change in Your taxpayer status such as a change in your residence, address, telephone number and citizenship.
4. Anda dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin Anda miliki yang mungkin dapat mencegah kami untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku diatas.
You hereby waive any rights You may have that would prevent us from to meet the regulatory and legal requirements mentioned above.
5. Anda mengerti dan setuju bahwa kami dapat memotong pembayaran kepada Anda; atau Kami dapat menunda atau mengakhiri polis Anda jika Anda (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan dari polis Anda) gagal untuk memberikan informasi yang diperlukan di atas atau jika pada setiap waktu Anda (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan dari polis Anda) menarik persetujuan atau menyanggah pernyataan yang diberikan diatas.
You understand and agree that We can withhold on payments to you; or We can suspend or terminate your policy if You (or any successor owner or payee under the terms and conditions of Your policy) fail to provide the information referenced above or if at any time You (or any successor owner or payee under Your policy) withdraw the consent or contest the waiver provided above.

F. PERNYATAAN DAN SURAT KUASA/*STATEMENT AND POWER OF ATTORNEY*

Saya dengan ini menyatakan, mengerti dan setuju bahwa: 1) seluruh informasi dan atau keterangan yang Saya berikan dalam Formulir Pendaftaran Peserta ("Formulir") ini adalah benar dan lengkap, 2) Saya dalam keadaan sehat dan tidak berada di bawah pengampuan dan tekanan serta aktif bekerja pada perusahaan ini dan 3) Formulir ini dan segala dokumen pendukungnya lainnya, jika pendaftaran ini disetujui, akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari polis Manulife Karyawan Sejahtera.

I hereby declare, understand and agree that: 1) all information and or statements in this Participant Application Form ("Form") are true and complete, 2) I am in a good health and not legally incompetent or under coercion and actively work in this company, and 3) this Application Form and its supporting documents, if this application is approved, will become an integral part of the Manulife Karyawan Sejahtera policy.

Dengan menandatangani Formulir ini, Saya memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia dan dengan hak substitusi untuk (1) melakukan verifikasi terhadap informasi yang telah Saya berikan kepada pihak manapun dan untuk memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri dan keadaan/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; (2) menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai Saya yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT Asuransi Jiwa 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 PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau afiliasinya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan polis Manulife Karyawan Sejahtera Saya maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain kepada Saya.

By signing this Form, I hereby irrevocably authorize PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia and with substitution right to (1) conduct verification to information that I have given to any party and to obtain all records and information regarding myself and my medical history from doctor, clinic, hospital, public health centre, bank, insurance company, legal entity, government institution, individual or other organization and responsible to its content. If such verification found of a statement that is not true, then I will be subject to the terms and conditions contained in the Policy, (2) use, disclose, provide data/information I obtained and collected by PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia or its affiliates to interested parties (including but not limited to the reinsurance, claims investigators, banks/financial institutions, industry associations and other legal entities, both within and outside the country), whether or not having cooperation with PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia or affiliates for the purpose of payment of claims and/or other processes related to my Manulife Karyawan Sejahtera policy or to offer insurance products or other financial product to me.

| | |
|--|--|
| <p>TANDA TANGAN TERTANGGUNG <i>Signature of Insured</i></p> <p>Nama/Name: _____ Jabatan/Position: _____ Tempat dan Tanggal/Place & Date: _____</p> | <p>TANDA TANGAN & STEPEL PEMEGANG POLIS <i>Policyholder's Signature and Stamp</i></p> <p>Hanya ditandatangani oleh orang yang berhak mewakili Pemegang Polis/ <i>Signed only by the authorized person to represent the Policyholder</i></p> <p>Nama/Name: _____ Jabatan/Position: _____ Tempat dan Tanggal/Place & Date: _____</p> |
|--|--|

Di isi oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Tanggal Diterima/ <i>Received Date</i></p> <p>□□ □□ □□□□</p> | <p>Oleh (Nama Lengkap)/ <i>By (Full Name)</i></p> <p>_____</p> | <p>Tanggal Pemasukan Data/ <i>Data Entry Date</i></p> <p>□□ □□ □□□□</p> | <p>Nama Administrator: <i>Name of Administrator</i></p> <p>_____</p> |
|--|---|--|---|