

FORMULIR KEPESERTAAN AKTIF DI TEMPAT KERJA (Actively At Work Form)

2 Halaman (Pages)

Rincian Karyawan yang Diasuransikan (Details of Insured Employee)

Nama Perusahaan (Company Name) :

Nama karyawan yang diasuransikan (Name of the insured employee) :

Tanggal Lahir (hh/bb/tttt) (Date of Birth (dd/mm/yyyy)) :

Tanggal Mulai Bekerja (hh/bb/tttt) (Date of Employment (dd/mm/yyyy)) :

Alamat (Address) :

Kami memerlukan informasi tambahan mengenai aktivitas kerja karyawan sebagai berikut (We need additional information regarding employee work activities as below) :

1. Apakah karyawan yang disebutkan di atas merupakan staf tetap dan penuh waktu? (Was the above-named Insured/employee a full time and permanent staff?) Ya (Yes) Tidak (No)

Jika ya untuk pertanyaan 1 (If yes to Qn 1)

a. Apakah dia dipekerjakan untuk bekerja setidaknya 35 jam per minggu kerja? (Was he/she employed to work at least 35 hours per working week?) Ya (Yes) Tidak (No)

b. Berapa jam kerja normalnya per hari dan per minggu? (What was his/her normal working hours per day and per week?)

.....

c. Tanggal dia bergabung dengan perusahaan sebagai karyawan tetap penuh waktu (hh/bb/tttt) (Date he/she joined the company as a full time permanent employee (dd/mm/yyyy))

.....

d. Apa posisi terakhirnya di perusahaan? (What was his/her last position in the company?)

2. Apakah karyawan yang disebutkan di atas bekerja di perusahaan pada Tanggal Mulai polis grupnya dengan menjalankan semua tugas regulernya secara penuh waktu? (Was the above-named Insured/employee working in the company on the Start Date of his/her group policy performing all his/her regular duties on a full time basis?) Ya (Yes) Tidak (No)

a. Jika tidak untuk pertanyaan 2, silakan centang alasan mengapa dia tidak bekerja pada hari tersebut (If no to Qn 2, please tick the reason that he/she was not working on that day)

Cuti tahunan (On annual leave) <input type="checkbox"/>	Cuti perawatan rumah sakit (On hospitalization leave) <input type="checkbox"/>
Cuti sakit (On medical leave) <input type="checkbox"/>	Cuti belajar (On study leave) <input type="checkbox"/>
Izin sakit (On time off due to sickness) <input type="checkbox"/>	Cuti karena alasan lain (On time off due to other reason) <input type="checkbox"/> Silakan berikan rincian lebih lanjut (Please provide more details)
Jenis cuti/ alasan lain (Other type of leave/reason) <input type="checkbox"/> Silakan berikan rincian lebih lanjut (Please provide more details)

b. Tanggal dia kembali bekerja secara penuh waktu setelah Tanggal Mulai perlindungan asuransi grupnya (hh/bb/tttt) (Date he/she returned to work on a full time basis after the Start Date of his/her group insurance cover (dd/mm/yyyy))

.....

3. Apakah karyawan yang disebutkan di atas sedang menjalani perawatan medis secara berkelanjutan (karena sakit, operasi, kecelakaan) sebelum dan saat mendaftar untuk perlindungan asuransi grup? (Was the above-name Insured/employee undergoing medical treatment on an ongoing basis (due to sickness, surgery, accident) before and when registering for group insurance coverage?) Ya (Yes) Tidak (No)

Jika ya, silakan berikan informasi berikut (If yes, please provide the following)

Perawatan medis yang dijalani (Medical treatment undergone)	Tanggal Mulai (hh/bb/tttt) (Start Date (dd/mm/yyyy))	Tanggal Akhir (hh/bb/tttt) (End Date (dd/mm/yyyy))

FORMULIR KEPESERTAAN AKTIF DI TEMPAT KERJA
(Actively At Work Form)

2 Halaman (Pages)

4. Silakan berikan semua catatan cuti selama 2 tahun terakhir sebelum pendaftaran perlindungan asuransi grupnya (Please provide all leave records for the past 2 years before his/her registration of the group insurance cover?)

Perawatan medis yang dijalani (Medical treatment undergone)	Tanggal Mulai (hh/bb/tttt) (Start Date (dd/mm/yyyy))	Tanggal Akhir (hh/bb/tttt) (End Date (dd/mm/yyyy))

Silakan berikan rincian lebih lanjut jika karyawan yang diasuransikan mengambil cuti karena alasan lain atau jenis cuti lain (Please provide more details if the insured employee had taken time-off due to other reasons or other type of leave)

4. Apakah ada informasi tambahan lain yang belum disebutkan di atas? (Is there any other additional information not mentioned above?)

.....

.....

.....

.....

.....

Saya dengan ini menyatakan bahwa jawaban di atas, menurut pengetahuan dan keyakinan saya, benar, lengkap, dan akurat, serta tidak ada informasi penting yang ditahan atau keadaan relevan yang terlewatkan (I hereby declare that the above answers are to the best of my knowledge and belief, true, complete and accurate, and no material information has been withheld or is any relevant circumstances omitted)

Tempat (Place):

Tanggal (Date):

Tanda tangan petugas HR, nama lengkap, dan jabatan
(HR Personnel's signature, full name, and Designation)