

Nature of Employment: Agency - Hired Direct - Hired Balik Manggagawa / Re-hired

TYPE OF PACKAGE <input type="checkbox"/> Sea Based <input type="checkbox"/> Land Based	TERM OF EMPLOYMENT (MM-DD-YYYY) From: _____ To: _____	No. of Months: _____	POEA REGIONAL OFFICE / NAME OF RECRUITMENT AGENCY
--	--	----------------------	---

PERSONAL INFORMATION / IMPORMASYON NAUKOL SA APLIKANTE

LAST NAME (Apelyido)		FIRST NAME (Pangalan)		MIDDLE NAME (Gitnang Ngalan)
GENDER (Kasarian) <input type="checkbox"/> Male (Lalaki) <input type="checkbox"/> Female (Babae)	CIVIL STATUS (Kalagayang Sibil) <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widow/er <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Legally Separated	DATE OF BIRTH (Petsang Kapanganakan)		PLACE OF BIRTH (Lugar ng Kapanganakan)
STREET ADDRESS (Numero at Kalye)			CITY / MUNICIPALITY (Lungsod/Munisipyo)	
PROVINCE (Lalawigan)	MOBILE / LANDLINE		EMAIL	

EMPLOYMENT INFORMATION / IMPORMASYON UKOL SA TRABAHO AT KUMPANYANG PAGTATRABAHUHAN

OCCUPATION (Trabaho)	ESTIMATED MONTHLY SALARY (Inaasahang buwanang sweldo) <input type="checkbox"/> PHP <input type="checkbox"/> USD	FOREIGN EMPLOYER (Kumpanyang pagtatrabahuhan)
STREET ADDRESS (Numero at Kalye)		CITY / TOWN (Lungsod/Bayan)
PROVINCE / STATE (Lalawigan)	COUNTRY (Bansa)	

NAME OF BENEFICIARY/IES / PANGUNAHING KAAKAP NA MAKAKATANGGAP NG BENEFISYO

Last Name (Apelyido)	Middle Initial (Gitnang Ngalan)	First Name (Pangalan)	Relationship to Proposed Insured (Relasyon sa Aplikante)	Telephone Number (Telepono)

I hereby apply for participation in the Compulsory Insurance Coverage for Migrant Worker plan for which I am or may have become eligible for, subject to the terms and conditions of the Master Policy. I hereby agree that my insurance shall become effective upon approval of the Company provided that I have met all eligibility conditions and am in good health on such date and when the full premium corresponding to my insurance coverage has been paid. I hereby declare and agree that all the foregoing statements, declarations, and names in this application form together with those stated in any requested medical examination, questionnaire, or amendment, are complete and true and correctly recorded and shall form the basis for Paramount Life & General Insurance Corporation, to determine eligibility for the Compulsory Insurance Coverage for Migrant Worker and which, with the Master Policy and its attachments, will constitute the entire contract.

Ako ay opisyal na nagpapahayag ng aplikasyon para sa partisipasyon ng Compulsory Insurance Coverage for Migrant Worker, kung saan ako man ay, o maaaring maging kwalipikado, batay sa mga kataga at kondisyon ng Master Policy. Ako ay sumasang-ayon na ang aking insurance plan ay magiging epektibo lamang sa pamamagitan ng pag-apruba ng Kumpanya batay sa aking pagtugon sa mga kwalipikasyon at batay sa aking pagkakaroon ng maayos na kalusugan sa araw ng pag-bayad ng kabuuang premium na isinasaad ng saklaw ng insurance. Ako ay opisyal na nagpapahayag ng pag sang-ayon na ang lahat ng mga nakasaad, deklarasyon, at mga pangalan sa aplikasyong ito, kasama ng mga nakahayag sa mga isinuniteng dokumentong medikal, palatanungan, o susog, ay kumpleto, totoo, at wastong inilimbag. Ang mga ito ay magiging basehan ng Paramount Life & General Insurance Corporation upang pagpasiyahan ang aking pagiging karapat-dapat sa Compulsory Insurance Coverage for Migrant Worker, at sa pag-buo ng kontrata, kasama ng Master Policy at sa mga attachments nito.

Signed at _____, on the _____ day/ _____ year _____
 (Nilagdaan sa) (ika-) (araw ng) (taong)

Signature of Insured
(Lagda ng Aplikante)

To be filled out by the Recruitment Agency (If applicable for Agency-Hired)		
Master Policy No. _____	Date _____	Authorized Signatory _____