

**FORMULIR PERUBAHAN INFORMASI PERUSAHAAN  
PROGRAM PENSIUN (DPLK Manulife Indonesia)**

Nama Perusahaan : \_\_\_\_\_ No. Group : \_\_\_\_\_

Bersama ini bermaksud melaporkan \*) :

Perubahan Nama Perusahaan

Semula : \_\_\_\_\_

Menjadi : \_\_\_\_\_

Perubahan Alamat, No Telepon dan No. Fax Perusahaan

Semula : \_\_\_\_\_

Menjadi : \_\_\_\_\_

Perubahan Pihak yang dihubungi

Semula : \_\_\_\_\_ Jabatan \_\_\_\_\_

Menjadi : \_\_\_\_\_ Jabatan \_\_\_\_\_

Perubahan Pihak yang ditunjuk untuk mewakili perusahaan

Semula : \_\_\_\_\_ Jabatan \_\_\_\_\_

Menjadi : \_\_\_\_\_ Jabatan \_\_\_\_\_

Specimen Tanda Tangan pihak yang di tunjuk

Demikian informasi ini kami sampaikan, mohon untuk diperbaiki atau ditambahkan/dikurangi pada informasi perusahaan kami dalam program ini, mulai tanggal \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_

---

Tanda Tangan dan Stempel Perusahaan\*\*

Nama : \_\_\_\_\_  
Jabatan : \_\_\_\_\_  
Tempat dan Tanggal : \_\_\_\_\_

---

\*) *Beri tanda check list*

\*\*) Yang berhak menanda tangani formulir ini adalah orang yang mewakili perusahaan berdasarkan Akte Pendirian/Anggaran Dasar Perusahaan