

HARAP FORMULIR INI DIISI SECARA BENAR, KARENA BERHUBUNGAN DENGAN MASA DEPAN ANDA

**A. Informasi Pribadi** (Harap diisi dengan huruf cetak atau diketik)  Peserta Pemberi Kerja  Peserta Mandiri

Nama Pemberi Kerja :	Nomor Induk Karyawan (NIK) :		
Nama Peserta :	Tanggal Mulai Bekerja :		
Tanggal Lahir : Tanggal.....Bulan.....Tahun..... Tempat : ..... Nama Ibu Kandung sebelum menikah : .....	Usia Pensiun Normal (UPN) Tahun*) *) Untuk Peserta Pemberi Kerja, UPN mengikuti ketentuan Perusahaan *) Untuk Peserta Mandiri, Usia Pensiun Normal min. 45 tahun Kewarganegaraan: <input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA		
Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan Status Perkawinan : <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Janda/Duda	Jenis Pekerjaan : <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Lainnya.....		
Sumber Penghasilan : <input type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Usaha Pribadi <input type="checkbox"/> Lainnya.....			
Penghasilan kotor/tahun : <input type="checkbox"/> < Rp. 10 juta <input type="checkbox"/> Rp. 10 juta – Rp. 50 juta <input type="checkbox"/> Rp. 50 juta – Rp. 100 juta <input type="checkbox"/> > Rp. 100 juta			
Tujuan pembelian program : <input type="checkbox"/> Investasi <input type="checkbox"/> Manfaat Karyawan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan .....			
No. Rekening Bank : Nama Bank : Cabang :			
Nama pada rekening Bank :			
No. KTP/SIM/PASSPORT/KITAS/KIMS/KITAP (lampirkan fotokopi) :			
No. NPWP (lampirkan fotokopi) :			
Alamat (Sesuai dengan identitas diri yang dilampirkan)			
	Kode pos :		
Alamat Tempat Tinggal / Alamat Korespondensi (Jika berbeda dengan identitas diri yang dilampirkan)			
	Kode Pos :		
Telepon (Rumah) :	Telepon (Kantor) :	Lain-lain (HP, pager) :	Alamat e-mail :

**B. Iuran dan Pilihan Investasi Pribadi**

<p><b>IURAN PESERTA</b></p> <p><input type="checkbox"/> .....% dari penghasilan kotor, dan atau</p> <p><input type="checkbox"/> Rp _____</p> <p><i>Untuk Peserta yang diikutsertakan Pemberi Kerja besarnya iuran mengikuti Ketentuan Perusahaan yang berlaku</i></p> <p>Tanggal Efektif Kepesertaan :</p> <p>Cara Pembayaran :</p> <p><input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> 6 Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan</p>	<p><b>PILIHAN INVESTASI</b></p> <p>Saya menyadari sepenuhnya resiko dari pilihan arahan investasi ini menjadi tanggung jawab saya :</p> <table> <tr> <td>1. GRO – Dana Pasar Uang</td> <td>: _____ %</td> </tr> <tr> <td>2. GRO – Dana Pendapatan Tetap</td> <td>: _____ %</td> </tr> <tr> <td>3. GRO – Dana US Dolar</td> <td>: _____ %</td> </tr> <tr> <td>4. GRO – Dana Saham</td> <td>: _____ %</td> </tr> <tr> <td>5. GRO – Dana Syariah</td> <td>: _____ %</td> </tr> <tr> <td><b>JUMLAH TOTAL</b></td> <td><b>: _____ %</b></td> </tr> </table> <p>Catatan : Untuk Peserta yang disertakan oleh Pemberi Kerja, maka pilihan investasi mengikuti ketentuan Perusahaan yang berlaku. Jika bagian ini tidak dilengkapi, maka pilihan investasi secara otomatis merupakan 100 % GRO-Dana Pasar Uang</p>	1. GRO – Dana Pasar Uang	: _____ %	2. GRO – Dana Pendapatan Tetap	: _____ %	3. GRO – Dana US Dolar	: _____ %	4. GRO – Dana Saham	: _____ %	5. GRO – Dana Syariah	: _____ %	<b>JUMLAH TOTAL</b>	<b>: _____ %</b>
1. GRO – Dana Pasar Uang	: _____ %												
2. GRO – Dana Pendapatan Tetap	: _____ %												
3. GRO – Dana US Dolar	: _____ %												
4. GRO – Dana Saham	: _____ %												
5. GRO – Dana Syariah	: _____ %												
<b>JUMLAH TOTAL</b>	<b>: _____ %</b>												

**C. Informasi Penerima Manfaat Pensiun**

1.  Nama yang tertera di bawah ini adalah istri/suami/anak yang berhak menerima manfaat pensiun jika saya meninggal :

Nama	Hubungan	Tanggal Lahir

2.  Nama yang tertera di bawah ini adalah Pihak Yang Ditunjuk, yang berhak menerima manfaat pensiun jika saya tidak menikah dan meninggal/ jika saya dan istri/suami tanpa anak dan meninggal

Nama	Hubungan	Tanggal Lahir

**D. Tanda Tangan**

Dengan ini, saya bertanggung jawab sepenuhnya atas kebenaran dari informasi yang saya berikan dalam formulir ini dan saya setuju untuk tunduk kepada Peraturan Dana Pensiun yang berlaku. Dengan menandatangani formulir ini, saya telah memberi kuasa kepada DPLK Manulife Indonesia untuk meminta segala informasi yang dibutuhkan kepada pihak manapun dan melakukan pemeriksaan dari segala informasi yang disampaikan dalam rangka kepesertaan dalam program DPLK dan memberikan ijin kepada pihak-pihak tersebut untuk memberikan segala informasi yang dibutuhkan oleh DPLK Manulife Indonesia. Salinan atau fotokopi dari kuasa ini akan berlaku sama dengan aslinya.

Tempat dan Tanggal _____, ____/____/____	Tanda Tangan Peserta	Keterangan :
---	----------------------	--------------

**Di isi oleh DPLK Manulife Indonesia**

Tanggal Diterima □□ □□ □□ □□	Oleh (Nama Lengkap)	Tanggal Pemasukan Data □□ □□ □□□□	Nama Admin :
---------------------------------	---------------------	--------------------------------------	--------------