

Kepada :  
 DPLK Manulife Indonesia  
 Sampoerna Strategic Square, South Tower, Lantai 3 - 17  
 Jl. Jend Sudirman Kav. 45, Jakarta 12930

Telp : (62)(21) 2555 7788      Fax : (62)(21) 2555 2227      Email : DPLK-GS\_CS\_ID@manulife.com

**FORMULIR PERUBAHAN INFORMASI PERUSAHAAN**

*Company Changes Information Forms*

Program Pensiun Untuk Kompensasi Pesangon  
*Pension Program for Severance Compensation*

- **MOHON MEMBACA DAN MEMPELAJARI PEDOMAN ADMINISTRASI DPLK MANULIFE INDONESIA SEBELUM MENGISI FORMULIR INI / *Please have read and learned carefully the administration guidelines before filling the form***
- **PERUBAHAN DATA AKAN DIPROSES SETELAH FORMULIR ASLI LENGKAP DITERIMA / *Data changes will be process after we receive the original complete form***

<b>Nama Perusahaan</b> <i>Company's Name</i>	:	
<b>Nomor Group</b> <i>Group Number</i>	:	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
<b>PERUBAHAN YANG DIAJUKAN (<i>Beri tanda check list</i>)</b> <i>Changes proposed (please checklist the box)</i>		
<input type="checkbox"/> <b>Nama Perusahaan</b> <i>Company's Name</i>	:	
<input type="checkbox"/> <b>Nomor Rekening</b> <i>Account Number</i>	:	
<b>Atas Nama</b> <i>Beneficiary's name</i>	:	
<b>Nama Bank (lengkap dengan cabang)</b> <i>Bank Name (completed with Branch)</i>	:	
<input type="checkbox"/> <b>Nama Karyawan Penghubung</b> <i>Contact Person</i>	:	
<input type="checkbox"/> <b>Alamat E-mail Karyawan Penghubung</b> <i>Address E-mail Contact Person</i>	:	
<input type="checkbox"/> <b>Alamat Perusahaan</b> <i>Company's Address</i>	:	

<b>Propinsi &amp; Kode Pos</b> <i>Province &amp; Postal Code</i>	:	
<b>Negara</b> <i>Country</i>	:	
<input type="checkbox"/> <b>Kode Negara &amp; No. Telepon</b> <i>Country code &amp; Phone Number</i>	:	
<b>Kode Negara &amp; No. Fax</b> <i>Country code &amp; Fax Number</i>	:	
<input type="checkbox"/> <b>Pihak yang berwenang dalam Penentuan Pembayaran Manfaat</b> <i>Authorized Person to determined Benefit Payment</i>	:	
<input type="checkbox"/> <b>Specimen Tanda Tangan Pihak yang berwenang dalam Penentuan Pembayaran Manfaat</b> <i>The Signatures Speciment of Authorized Person to determined Benefit Payment</i>	:	
<input type="checkbox"/> <b>Perubahan Lainnya (jika ada)</b> <i>Other Changes (if any)</i>	:	

<p><b>Apakah Pemberi Kerja merupakan organisasi nirlaba?</b> <i>Is The Employers a non-profit organisation?</i></p> <p><b>Apakah salah satu kegiatannya mengumpulkan dana dari masyarakat?</b> <i>Does one of its activities is to raise public fund?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya / <b>Yes</b>    <input type="checkbox"/> Tidak / <b>No</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ya / <b>Yes</b>    <input type="checkbox"/> Tidak / <b>No</b></p>
<p><b>Dengan ini Saya Pemberi Kerja mengakui dan menyatakan bahwa/ I, employer hereby acknowledge and state that :</b></p> <p><b>Apakah Perusahaan Anda merupakan US Corporation?/</b> <i>Is Your Company a United States Corporation?</i></p> <p><b>Apakah Perusahaan Anda Berkantor Pusat/Berafiliasi atau mempunyai Cabang/Anak Perusahaan di Amerika Serikat?/</b> <i>Is Your Company Headquartered / Affiliated or have Branch / Subsidiary in the United States?</i></p> <p><b>Apakah Perusahaan Anda/Cabang/Anak Perusahaan Anda berdomisili di Amerika Serikat?/</b> <i>Is Your Company/Branch/Subsidiary domiciled in the United States?</i></p> <p><b>Apakah satu atau lebih Peserta yang didaftarkan Pemberi Kerja adalah (i) Warga Negara Amerika Serikat, (ii) Non Wajib Pajak Amerika Serikat atau telah menetap di Amerika Serikat untuk suatu waktu tertentu/ Resident Alien Amerika Serikat, atau (iii) Wajib Pajak Amerika Serikat?/</b> <i>Is one or more Participants registered by Employer a United States Citizen, a United States Resident Alien (Green Card Holder) or a United States Resident?</i></p> <p><b>Dengan menandatangani, Saya, Pemberi Kerja menyetujui bahwa informasi yang Saya, Pemberi Kerja berikan adalah benar, akurat dan lengkap.</b> <i>By signing, I, Employer, agree that information that I, Employer, provided is true, accurate and complete.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya / <b>Yes</b>    <input type="checkbox"/> Tidak / <b>No</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ya / <b>Yes</b>    <input type="checkbox"/> Tidak / <b>No</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ya / <b>Yes</b>    <input type="checkbox"/> Tidak / <b>No</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ya / <b>Yes</b>    <input type="checkbox"/> Tidak / <b>No</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ya / <b>Yes</b>    <input type="checkbox"/> Tidak / <b>No</b></p>

<p><b>Apakah satu atau lebih Peserta yang didaftarkan Pemberi Kerja adalah Warga Negara Amerika Serikat atau pemilik izin tinggal tetap di Amerika Serikat?/</b>  <i>Is one or more Participants registered by Employer a citizen of the United States or a United States Resident Alien (Green Card Holder) or a United States Resident?</i></p>	<input type="checkbox"/> Ya / <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> Tidak / <b>No</b>
---	---

**Keterangan Tambahan/Additional Information** (Wajib diisi/Mandatory)

*Note : Pertanyaan ditujukan kepada Pengurus Pemberi Kerja, bila dikuasakan maka data yang diberikan adalah data Pengurus Pemberi Kerja/Questions are designated to the Board of Employer, if using proxy, then the data submitted is the data of Board of Employer*

**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 Pemberi Kerja / <i>Relationship with the Employer</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*

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

Kami selaku Dana Pensiun Lembaga Keuangan (“DPLK”) Manulife Indonesia memahami bahwa privasi dan penggunaan informasi pribadi Peserta/Pemberi Kerja merupakan hal yang penting bagi Peserta/Pemberi Kerja dan Kami memastikan bahwa hal tersebut juga sama pentingnya bagi Kami. Pengumpulan dan penggunaan informasi pribadi Peserta/Pemberi Kerja merupakan hal yang penting bagi bisnis Kami karena hal tersebut memungkinkan Kami untuk mengevaluasi, menerbitkan dan mengelola Program Pensiun yang Peserta/Pemberi Kerja ajukan serta memungkinkan Kami untuk mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dari pihak yang berwenang.

*We as Dana Pensiun Lembaga Keuangan (“DPLK”) Manulife Indonesia understand that the privacy and use of Participant/Employer personal information is important to Participant/Employer and We assure you that it is equally important to us. The collection and use of Participant/Employer personal information is fundamental to our business as it allows us to evaluate issue and administer the Pension Program Participant/Employer 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, Peserta/Pemberi Kerja setuju bahwa:

*By signing below and/or completing or submitting this application, Participant/Employer agree that:*

1. Peserta/Pemberi Kerja menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada DPLK Manulife Indonesia dan Peserta/Pemberi Kerja akan memberikan kepada Kami informasi yang diminta dari waktu ke waktu serta 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.  
*Participant/Employer consent to the use of information provided to DPLK Manulife Indonesia and Participant/Employer 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) a\_liation, holding company or group of Manulife to meet these regulatory and legal requirements.*

2. Peserta/Pemberi Kerja akan memberitahukan Kami sesegera mungkin atas segala perubahan informasi yang telah Peserta/Pemberi Kerja berikan kepada Kami dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender atau kurang, termasuk setiap kondisi yang dapat menyebabkan perubahan status wajib pajak Peserta/Pemberi Kerja seperti perubahan tempat tinggal, alamat, nomor telepon dan kewarganegaraan.  
*Participant/Employer will notify us as soon as possible of any change in the information that Participant/Employer have provided to us within 30 (thirty) calendar days or sooner, including any circumstances that would result in change in Participant/Employer taxpayer status such as a change in Participant/employer residence, address, telephone number and citizenship.*
  
3. Peserta/Pemberi Kerja dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin Peserta/Pemberi kerja miliki yang mungkin dapat mencegah Kami untuk memenuhiketentuan hukum dan peraturan perundang-undang yang berlaku di atas.  
*Participant/Employer hereby waive any rights Participant/Employer may have would prevent us to meet the regulatory and legal requiments mentioned above.*
  
4. Dalam hal Peserta/Pemberi Kerja (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan dari Program Pensiun ini) gagal untuk memberikan informasi yang diperlukan di atas atau jika pada setiap waktu Peserta/Pemberi Kerja (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan dari Program Pensiun ini) menarik persetujuan atau menyanggah pernyataan yang diberikan di atas, maka Peserta/Pemberi Kerja mengerti dan setuju bahwa Kami dapat memotong pembayaran kepada Peserta; atau Kami dapat menunda atau mengakhiri Program Pensiun atas diri Peserta tersebut ("Program Pensiun Peserta") atau mengalihkan Program Pensiun Peserta tersebut ke DPLK lain.  
*In terms of Participant/Employer (or any successor owner or payee under the terms and conditions of this Pension Program) fail to provide the information referenced above of if at any time Participant/Employer (or any successor owner or payee under this Pension Program) withdraw the consent or contest the waiver provided above, Peticipant/Employer understand and agree that We can withhold on payments to Participant; or We can suspend or terminate Pension Program on behalf of Peticipant ("Pension Program of Participant") or transfer the Pension Program of Participant to another DPLK.*

**Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh informasi dan atau pernyataan yang diberikan dalam formulir perubahan data ini adalah benar dan lengkap, *Herewith I agreed that all information and or statements in this application form are true and complete***

Yang berhak menanda tangani formulir ini adalah orang yang mewakili perusahaan berdasarkan Akte Pendirian/Anggaran Dasar Perusahaan  
*Only authorized persons who have right to represent The Employer based on the Deed of Establishment/Article of Associations*

**TANDA TANGAN & STEMPEL PERUSAHAAN**  
*(Signature and Company Stamp)*

Nama / *Name* : \_\_\_\_\_  
 Jabatan / *Position* : \_\_\_\_\_  
 Tempat dan Tanggal / *Place & Date* : \_\_\_\_\_

**Untuk keperluan DPLK Manulife Indonesia / *For DPLK Manulife Indonesia Purpose***

Tanggal Diterima/ <i>App. received date</i> □□ □□ □□□□	Oleh (Nama Lengkap): <i>By (completed name):</i> _____	Tanggal Pemasukan <i>Data/date of entry</i> □□ □□ □□□□	Nama Admin: <i>Administration's name:</i> _____
---	--	--	---