

Kepada :
 PT . Asuransi Jiwa Manulife Indonesia
 DPLK & Group Saving Dept
 Sampoerna Strategic Square, South Tower, Lantai 3 - 17
 Jl. Jend Sudirman Kav. 45, Jakarta 12930

Telp : (62)(21) 2555 7788 Fax : (62)(21) 2555 222 7 Email : DPLK-GS_CS_ID@manulife.com

PERUBAHAN DATA PEMEGANG POLIS ASURANSI KARYAWAN
Policy Holder Data Changes of Employees Insurance

- **MOHON MEMBACA DAN MEMPELAJARI PETUNJUK PELAKSANAAN ADMINISTRASI POLIS ASURANSI KARYAWAN SEBELUM MENGISI FORMULIR INI /**
Please have read and learned carefully the administration procedures of Employees Insurance
- **PERUBAHAN DATA AKAN DIPROSES SETELAH FORMULIR ASLI DITERIMA /**
Data changes will be process after we receive the original form

Pemegang Polis <i>Policy Holder</i>	:	
Nomor Polis <i>Policy Number</i>	:	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
PERUBAHAN YANG DIAJUKAN (beri tanda check list) <i>Changes proposed (please check list the box)</i>		
<input type="checkbox"/> Pemegang Polis <i>Policyholder</i>	:	
<input type="checkbox"/> Nomor Rekening <i>Account Number</i>	:	
Atas Nama <i>Beneficiary's name</i>	:	
Nama Bank (lengkap dengan cabang) <i>Bank Name (completed with Branch)</i>	:	
<input type="checkbox"/> Nama Karyawan Penghubung <i>Contact Person</i>	:	
<input type="checkbox"/> Alamat E-mail Karyawan Penghubung <i>Address E-mail Contact Person</i>	:	
<input type="checkbox"/> Alamat Perusahaan <i>Company's Address</i>	:	
Propinsi & Kode Pos <i>Province & Postal Code</i>	:	
Negara <i>Country</i>	:	
<input type="checkbox"/> Kode Negara & No. Telepon :	:	
<i>Country code & Phone Number</i>		
<input type="checkbox"/> Kode Negara & No. Fax :	:	
<i>Country code & Fax Number</i>		

Keterangan Tambahan/Additional Information (Wajib diisi/Mandatory)

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

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 Pemegang Polis/ <i>Relationship with the Policyholder</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 PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia (“AJMI”) memahami bahwa privasi dan penggunaan informasi pribadi Anda merupakan hal yang penting bagi Anda dan kami memastikan bahwa hal tersebut juga sama pentingnya bagi Kami. Pengumpulan dan penggunaan informasi pribadi Anda merupakan hal yang penting bagi bisnis Kami karena hal tersebut memungkinkan Kami untuk mengevaluasi, menerbitkan dan mengelola polis yang Anda ajukan serta memungkinkan Kami untuk mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dari pihak yang berwenang.

We as PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia (“AJMI”) understand that the privacy and use of Your personal information is important to You and We assure you that it is equally important to us. The collection and use of your personal information is fundamental to our business as it allows us to evaluate issue and administer the policy You 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, Anda setuju bahwa:

By signing below and/or completing or submitting this application, You agree that

- Anda mengerti bahwa PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia (“AJMI”) adalah anggota perusahaan dari Manulife Financial Group dan karenanya mempunyai kewajiban untuk memenuhi ketentuan baik dari dari badan pemerintahan lokal maupun asing (termasuk aparat perpajakan lokal dan asing) serta kewajiban hukum lainnya dari waktu ke waktu terkait dengan tetapi tidak terbatas pada pembagian informasi dan pelaporan pajak dan pemotongan atas pembayaran yang harus dibayarkan kepada Anda dari AJMI dari waktu ke waktu (“ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan”)

You understand that Asuransi Jiwa Manulife Indonesia (“AJMI”) is a member company of the Manulife Financial Group and it may have obligations to meet the requirements of both local and foreign regulatory authorities (including local and foreign tax authorities) as well as other legal obligations from time to time relating to, but not limited to, information sharing and tax reporting and withholding of any payments due to You from PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia (“AJMI”) from time to time (“regulatory and legal requirements”).

- Anda menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada AJMI dan Anda akan memberikan kepada kami informasi yang kami minta dari waktu ke waktu dan 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.

You consent to the use of information provided to PT AJ Manulife Indonesia and You 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), affiliation, holding company or group of Manulife to meet these regulatory and legal requirements.

3. Anda akan memberitahukan kami dalam waktu 30 (tiga puluh) hari atau sesegera mungkin atas segala perubahan informasi yang telah Anda berikan kepada kami, termasuk setiap kondisi yang dapat menyebabkan perubahan status wajib pajak Anda seperti perubahan tempat tinggal, alamat, nomor telepon dan kewarganegaraan.
You will notify us within 30 (thirty) days or sooner of any change in the information that You have provided to us, including any circumstances that would result in a change in Your taxpayer status such as a change in your residence, address, telephone number and citizenship.
4. Anda dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin Anda miliki yang mungkin dapat mencegah kami untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku diatas.
You hereby waive any rights You may have that would prevent us to meet the regulatory and legal requirements mentioned above.
5. Anda mengerti dan setuju bahwa kami dapat memotong pembayaran kepada Anda; atau Kami dapat menunda atau mengakhiri polis Anda jika Anda (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan dari polis Anda) gagal untuk memberikan informasi yang diperlukan di atas atau jika pada setiap waktu Anda (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan dari polis Anda) menarik persetujuan atau menyanggah pernyataan yang diberikan diatas.
You understand and agree that We can: withhold on payments to you; or We can suspend or terminate your policy if You (or any successor owner or payee under the terms and conditions of Your policy) fail to provide the information referenced above or if at any time You (or any successor owner or payee under Your policy) withdraw the consent or contest the waiver provided above.

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 Perusahaan Asuransi / *For Insurance Company 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> _____
---	--	--	---