

## FORMULIR PERUBAHAN INFORMASI PRIBADI MANULIFE KARYAWAN SEJAHTERA / MANULIFE KARYAWAN SEJAHTERA PLUS

**Lengkapi data dibawah ini**

No. Peserta : _____	Nama Peserta : _____
Nama Perusahaan : _____	No. Karyawan : _____

**Beri tanda (✓) pada bagian yang akan di ubah**

Jenis Perubahan	Di ubah menjadi
<input type="checkbox"/> Pembetulan Nama	: _____
<input type="checkbox"/> Perubahan No. Kepegawaian	: _____
<input type="checkbox"/> Pembetulan Tanggal Lahir	: _____
<input type="checkbox"/> Pembetulan Negara Tempat Lahir	: _____
<input type="checkbox"/> Pembetulan Nama Ibu Kandung	: _____
<input type="checkbox"/> Pembetulan Tanggal Mulai Bekerja	: _____
<input type="checkbox"/> Pembetulan Tanggal/Usia Jatuh Tempo	: <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl) <input type="text"/> <input type="text"/> (bln) <input type="text"/> <input type="text"/> (thn) atau _____ Tahun
<input type="checkbox"/> Perubahan Warga Negara	: <input type="checkbox"/> Amerika Serikat <input type="checkbox"/> lainnya, sebutkan negara.....  <input type="checkbox"/> Ijin tinggal tetap dinegara lain, sebutkan negara.....
<input type="checkbox"/> Perubahan status Perkawinan	: <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Duda/Janda
<input type="checkbox"/> Perubahan No. KTP/Paspor (lampirkan fotokopi)	: _____
<input type="checkbox"/> Perubahan No. NPWP (lampirkan fotokopi)	: _____
<input type="checkbox"/> Perubahan Alamat (sesuai dengan identitas diri yang dilampirkan)	: _____ _____ _____  Kota : _____    Kode Pos: _____ Propinsi: _____    Negara : _____

Perubahan Alamat Korespondensi : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Kota : \_\_\_\_\_ kode Pos: \_\_\_\_\_  
 Propinsi: \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_

Perubahan Alamat Tempat Tinggal Tetap di Luar Indonesia : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Kota : \_\_\_\_\_ kode Pos: \_\_\_\_\_  
 Propinsi: \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_

Perubahan No. Telepon (Rumah) : Kode Negara & No. Telepon : \_\_\_\_\_

Perubahan No. Telepon (Kantor) : Kode Negara & No. Telepon : \_\_\_\_\_

Perubahan No. Handphone : Kode Negara & No. Telepon : \_\_\_\_\_

Perubahan No. Faksimilie : Kode Negara & No. Faksimilie: \_\_\_\_\_

Perubahan Alamat E-mail : \_\_\_\_\_

Perubahan Ahli Waris : \_\_\_\_\_

Nama	Hubungan	Tanggal lahir	Negara Kelahiran

Penambahan Ahli waris Max Ahli waris yang didaftarkan sebanyak lima (5) Ahli waris : \_\_\_\_\_

Nama	Hubungan	Tanggal lahir	Negara Kelahiran

**KETERANGAN TAMBAHAN (Wajib diisi)**

Apakah Anda atau keluarga dekat Anda sedang atau pernah memegang jabatan di Lembaga Pemerintahan, Lembaga Negara, dan/atau Partai Politik di dalam atau di luar negeri?  Ya  Tidak

Jika ya, mohon isi pertanyaan berikut

Nama	Nama institusi	Posisi	Masa Jabatan	Negara	Hubungan dengan Peserta

**Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)**

Apakah Peserta adalah (i) Warga Negara Amerika Serikat, (ii) Non Wajib Pajak Amerika Serikat namun wajib membayar pajak ke Amerika Serikat (karena merupakan pemegang Green Card Amerika Serikat atau telah menetap di Amerika Serikat untuk suatu waktu tertentu)/ Residen Alien\* Amerika Serikat, atau (iii) Wajib Pajak Amerika Serikat?  Ya  Tidak

**Common Reporting Standard (CRS)**

Apakah Peserta adalah domisili wajib pajak\*\* di negara/yurisdiksi di luar Indonesia dan Amerika Serikat?  Ya  Tidak

Jika Ya, mohon tuliskan semua negara/yurisdiksi dimana Peserta adalah domisili wajib pajak\*\* dan nomor identifikasi wajib pajak (TIN) terkait di Formulir Tambahan terkait dengan CRS.

Jika Peserta menjawab "Tidak" pada deklarasi FATCA dan/atau CRS di atas tetapi Peserta memiliki informasi berikut:

- Identitas sebagai penduduk di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Kewarganegaraan di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Alamat terkini di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Nomor telepon di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Rekening di negara/yurisdiksi di luar Indonesia

Mohon memberikan penjelasan alasan Peserta bukan merupakan domisili wajib pajak di negara/yurisdiksi sesuai dengan informasi di atas pada kolom yang disediakan di bawah ini:

Penjelasan\*\*\*:

**Catatan:**

- \* Sesuai dengan ketentuan FATCA (lebih lanjut secara rinci dapat diperoleh melalui website IRS di [www.irs.gov](http://www.irs.gov)), Peserta dianggap sebagai Resident Aliens US untuk tujuan pajak jika Peserta memenuhi baik green card test atau substantial presence test untuk tahun kalender (1 Januari - 31 Desember).
- \*\* Masing-masing yurisdiksi memiliki aturan tersendiri dalam menentukan domisili wajib pajak. Pada umumnya, domisili wajib pajak adalah negara dimana tempat Anda tinggal. Kondisi tertentu (seperti sekolah di luar negeri, bekerja di luar negeri, atau perjalanan yang diperpanjang) dapat menyebabkan Anda menjadi wajib pajak negara lain atau menjadi wajib pajak di lebih dari satu negara pada waktu yang bersamaan (wajib pajak berganda). Negara/negara-negara di mana Anda membayar pajak penghasilan mungkin menjadi negara/negara-negara domisili wajib pajak Anda. Untuk informasi lebih lanjut terkait domisili wajib pajak, mohon berkonsultasi dengan konsultan pajak Anda atau Anda dapat langsung mengakses tautan di bawah ini masing-masing terkait FATCA dan CRS pada <https://www.irs.gov/> dan <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/>.
- \*\*\* Jika informasi Peserta terkait dengan negara Amerika Serikat (US Indicia), mohon juga melengkapi formulir W-8BEN dan melengkapi pertanyaan di bawah ini:

Apakah Peserta sedang atau pernah mendapatkan izin bekerja di Amerika Serikat (*US Working Permit*)?  Ya  Tidak

Jika Ya, mohon memberikan tambahan informasi melalui pernyataan berikut ini:

Saya menyatakan bahwa Saya sedang atau pernah bekerja di Amerika Serikat dengan menggunakan visa

( \_\_\_\_\_ )  
(mohon mencantumkan jenis visa Peserta)

Dan tidak pernah menjadi warga negara Amerika Serikat atau permanen resident alien (pemegang *green card US*).

### Pembayaran oleh Pihak Ketiga

Apakah pembayaran Premi akan dilakukan oleh Pihak Ketiga yang memiliki hubungan langsung dengan Peserta?

Ya  Tidak

Segala transaksi keuangan dilakukan oleh Peserta. Pembayaran oleh Pihak Ketiga hanya dapat dilakukan oleh Pihak yang memiliki hubungan langsung dengan Peserta dengan menjawab pertanyaan berikut:

- Nama : \_\_\_\_\_
- Tempat, Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_
- Alamat Lengkap : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_
- Nomor Telepon : \_\_\_\_\_
- Hubungan dengan Pemegang Polis: Perwakilan Perusahaan/Karyawan yang Ditunjuk\*
- Sumber Dana : \_\_\_\_\_

\*Coret yang tidak perlu. Selain hubungan tersebut maka pembayaran Pihak Ketiga tidak dapat dilakukan

Saya sebagai Pemilik Manfaat menyatakan bahwa:

- (i) seluruh informasi atau keterangan yang tercantum dalam Formulir ini lengkap, benar dan sah; dan
- (ii) Saya merupakan pemilik dana sebenarnya dari Peserta.

<b>Pemilik Manfaat</b>
Nama & Tanda Tangan

### PERSETUJUAN DAN KUASA PENGGUNAAN DATA PRIVASI

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.

Dengan menandatangani pernyataan di bawah ini dan/atau melengkapi atau mengajukan aplikasi ini, Anda setuju bahwa:

1. Anda mengerti bahwa AJMI adalah anggota perusahaan dari Manulife Financial Group dan karenanya mempunyai kewajiban untuk memenuhi ketentuan baik 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")
2. 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.
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.
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.
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.

## PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan menandatangani Formulir ini, Saya dengan ini menyatakan, mengerti dan setuju bahwa:

- (1) Seluruh informasi dan atau keterangan yang Saya berikan dalam Formulir ini adalah benar dan lengkap;
- (2) Saya dalam keadaan sehat dan tidak berada di bawah pengaruh dan tekanan serta aktif bekerja pada perusahaan ini dan
- (3) Formulir ini dan segala dokumen pendukungnya lainnya, jika perubahan ini disetujui, akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis
- (4) Memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia dan dengan hak substitusi untuk:
  - (a) melakukan verifikasi terhadap informasi yang telah Saya berikan kepada pihak manapun dan untuk memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Saya dari dokter, klinik, rumah sakit, puskesmas, bank, perusahaan asuransi, badan hukum instansi pemerintah, perorangan atau organisasi lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya. Apabila dalam verifikasi tersebut ditemukan suatu keterangan yang tidak benar, maka Saya akan tunduk pada syarat dan ketentuan yang terdapat di dalam Polis;
  - (b) menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai Saya yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau afliasinya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyidik klaim, bank/lembaga keuangan, asosiasi industri dan badan hukum lain, baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerja sama atau tidak dengan PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau afliasinya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis dan/atau kepesertaan Saya maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lainnya, untuk tujuan pencegahan pencucian uang, suap dan terorisme atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan setiap pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia, afliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperlihatkan oleh pedoman dan kode etik PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia berhak untuk menolak transaksi, membatalkan transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan Peserta dalam hal Peserta tidak memenuhi ketentuan peraturan terkait mengenai Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme.
- (6) Saya telah memahami konsekuensi hukum yang berlaku atas kebenaran data dan informasi terkait perpajakan yang disampaikan pada formulir ini dan dokumen pendukung lainnya sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia.

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

### Diisi oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia

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