

**FORMULIR PENDAFTARAN PESERTA
MANULIFE KARYAWAN SEJAHTERA**

PERHATIAN!

- Harap Formulir Pendaftaran Peserta ini diisi secara benar, karena berhubungan dengan masa depan Anda dan penerbitan bukti kepesertaan Anda
- Calon Peserta wajib membaca dan memahami bagian Pernyataan dan Surat Kuasa yang tercantum pada halaman belakang Formulir Pendaftaran Peserta, sebelum mengisi dan menandatangani

1 INFORMASI PRIBADI (Harap diisi dengan huruf cetak atau diketik)

Pemegang Polis :

No. Induk Karyawan (NIK) :

Nama Peserta :

Tanggal Mulai Bekerja : / / (tgl/bln/thn)

Tempat dan Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) Usia thn

Negara Tempat Lahir :

Nama Ibu Kandung sebelum menikah :

Tanggal Jatuh Tempo : / / (tgl/bln/thn)

Kewarganegaraan : WNI WNA, sebutkan

Jenis Kelamin : Pria Wanita

Status Perkawinan : Belum Kawin Kawin Janda/Duda

Jenis Pekerjaan : Karyawan Wirausaha
 Profesional Lainnya

Sumber Dana : Gaji Usaha Pribadi (Profesional/Wirausaha)
 Lain-lain

Rata-rata Penghasilan Kotor per Tahun dari Pekerjaan di atas :

<= Rp 10 juta > Rp 10 juta - Rp 50 juta >Rp 50 juta - Rp 100 juta > Rp 100 juta

Tujuan pembelian program : Investasi Investasi
 Lainnya, Sebutkan

Nama pada Rekening Bank :

Rupiah :

US Dollar :

Nama Bank :

Cabang :

Negara :

No. Identitas (WNI : KTP, WNA : Pasport) :
(lampirkan fotokopi)

No. NPWP :
(lampirkan fotokopi)

Alamat :
(sesuai dengan identitas diri yang dilampirkan)

Kota Provinsi

Kode Pos Negara

Alamat Korespondensi :
(Jika berbeda dengan identitas diri yang dilampirkan)

Kota Provinsi

Kode Pos Negara

Alamat Tempat Tinggal Tetap :
di Luar Indonesia
(Jika berbeda dengan identitas diri yang dilampirkan)

Kota Provinsi

Kode Pos Negara

Kode Negara & No. Telepon (Rumah) : -

Kode Negara & No. Telepon (Kantor) : -

Lain-lain (Hp, Fax) :

E-mail :

2 PREMI

PREMI PERUSAHAAN

% dari penghasilan, dan atau

Rp

PREMI PESERTA

% dari penghasilan, dan atau
 Rp

Untuk Peserta yang diikutsertakan Pemegang Polis, premi Peserta akan mengikuti aturan Pemegang Polis

Tanggal Efektif Kepesertaan : - - (tgl/bln/thn)

3 INFORMASI PENERIMA MANFAAT

(Hanya jika pembayaran manfaat meninggal dunia dilakukan ke rekening penerima manfaat berdasarkan persetujuan Pemegang Polis)

Nama yang tertera di bawah ini adalah istri/suami/anak Peserta (apabila Peserta sudah menikah) atau keluarga terdekat Peserta (apabila Peserta belum menikah), yang berhak menerima manfaat meninggal:

Nama	Hubungan	Tanggal Lahir	Negara Kelahiran

4 KETERANGAN TAMBAHAN (Wajib diisi)

Apakah Peserta atau keluarga dekat Peserta 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 Pemegang Jabatan	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)/*Resident 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/yuridiksi sesuai dengan informasi di atas pada kolom yang disediakan dibawah ini :

Penjelasan*** :

Catatan :

* Sesuai dengan ketentuan FATCA (lebih lanjut secara rinci dapat diperoleh melalui website IRS 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 yuridiksi 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 ganda). 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 konsulat 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 mencatumkan jenis visa Peserta)

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

5 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 di atas.
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 di atas.

6 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 Pendaftaran Peserta ("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 pendaftaran ini disetujui, akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis Manulife Karyawan Sejahtera
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 Manulife Karyawan Sejahtera;
 - b) Menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai Saya yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau afiliasinya 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 afiliasinya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis Manulife Karyawan Sejahtera 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, afiliasi, 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 Calon Peserta atau Peserta dalam hal Calon Peserta atau 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.
7. Dalam hal Pemegang Polis setuju, maka Saya akan menerima setiap layanan dan/atau pemberitahuan terkait kepesertaan dalam Program Manulife Karyawan Sejahtera dalam bentuk media elektronik (e-statement) apabila disediakan oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.

Tanda Tangan Peserta	
Nama :	
Jabatan :	
Tempat dan Tanggal :	

Tanda Tangan & Stempel Perusahaan	
Hanya ditandatangani oleh orang yang berhak mewakili Perusahaan	
Nama :	
Jabatan :	
Tempat dan Tanggal :	

Diisi oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia

Tanggal Diterima	Oleh (Nama Lengkap):	Tanggal Pemasukan Data	Nama Administrator
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	_____