

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

Lengkapi data dibawah ini

 Nomor Peserta :

 Nama Peserta :

 Nama Perusahaan :

 No. Karyawan :
Beri tanda (√) pada bagian yang akan di ubah

Jenis Perubahan	Di ubah menjadi
<input type="checkbox"/> Pembedulan Nama	_____
<input type="checkbox"/> Perubahan No. Kepegawaian	_____
<input type="checkbox"/> Pembedulan Tanggal Lahir	_____
<input type="checkbox"/> Pembedulan Negara Tempat Lahir	_____
<input type="checkbox"/> Pembedulan Nama Ibu Kandung	_____
<input type="checkbox"/> Pembedulan Tanggal Mulai Bekerja	_____
<input type="checkbox"/> Pembedulan Tanggal/Usia Jatuh Tempo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl) (bln) (thn) atau _____ Tahun
<input type="checkbox"/> Perubahan Warga Negara	<input type="checkbox"/> Amerika Serikat <input type="checkbox"/> lainnya, sebutkan _____ <input type="checkbox"/> Ijin tinggal tetap dinegara lain, sebutkan _____
<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 : _____

<input type="checkbox"/> Perubahan Alamat Korespondensi	_____ _____ Kota : _____ Kode Pos : _____ Propinsi : _____ Negara : _____		
<input type="checkbox"/> Perubahan Alamat Tempat Tinggal Tetap di Luar Indonesia	_____ _____ Kota : _____ Kode Pos : _____ Propinsi : _____ Negara : _____		
<input type="checkbox"/> Perubahan No. Telepon (Rumah)	Kode Negara & No. Telepon : _____		
<input type="checkbox"/> Perubahan No. Telepon (Kantor)	Kode Negara & No. Telepon : _____		
<input type="checkbox"/> Perubahan No. Handphone	Kode Negara & No. Telepon : _____		
<input type="checkbox"/> Perubahan No. Faksimilie	Kode Negara & No. Telepon : _____		
<input type="checkbox"/> Perubahan Alamat E-mail	_____		
<input type="checkbox"/> Perubahan Ahli Waris	_____		
Nama	Hubungan	Tanggal lahir	Negara Kelahiran

<input type="checkbox"/> Penambahan Ahli waris Max Ahli waris yang di daftarkan 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), 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 cantumkan jenis visa Peserta

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

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 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 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 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

Tempat dan Tanggal	Oleh (Nama Lengkap):	Tanggal Pemasukan Data	Nama Administrasi:
□□ / □□ / □□□□	_____	□□ / □□ / □□□□	_____