

HARAP FORMULIR INI DIISI SECARA BENAR, KARENA BERHUBUNGAN DENGAN MASA DEPAN ANDA

Harap diisi dengan huruf cetak atau diketik dan beri tanda (✓) sesuai dengan jenis perubahan

Catatan : Lampirkan fotokopi KTP/SIM/Passport bersama formulir ini

Nama Pemberi Kerja	
Nama Peserta (Sesuai KTP)	Nomor Peserta DPLK :

Perubahan Informasi Pribadi

Tanggal Lahir : Tanggal Bulan Tahun ___ / ___ / ___		Usia Pensiun Normal (UPN) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tahun*)	
Tempat :		*) Untuk Peserta Pemberi Kerja, UPN mengikuti ketentuan Perusahaan *) Untuk Peserta Mandiri, dapat memilih antara usia 45 – 70 tahun	
Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan		Status Perkawinan <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Janda/Duda	
Nomor KTP/SIM/Passport (lampirkan fotokopi) :			
Alamat (Sesuai KTP)			
Kode pos :			
Alamat Tempat Tinggal (Jika berbeda dengan alamat KTP)			
Kode Pos :			
Telepon (Rumah) :	Telepon (Kantor) :	Lain-lain (HP, pager) :	Alamat e-mail :

Perubahan Iuran

IURAN PESERTA		Cara Pembayaran :	
<input type="checkbox"/>% dari penghasilan kotor, dan atau <input type="checkbox"/> Rp _____		<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Triwulan <input type="checkbox"/> 6 Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan	
<i>untuk peserta yang disertakan Pemberi Kerja besarnya iuran mengikuti Ketentuan Perusahaan yang berlaku</i>			
Tanggal Efektif Kepesertaan : ___ / ___ / _____			

Perubahan Informasi Penerima Manfaat Pensiun

1. Nama yang tertera di bawah ini adalah istri/suami/anak yang berhak menerima manfaat pensiun jika saya meninggal :

Nama	Hubungan	Tanggal Lahir

2. Nama yang tertera di bawah ini adalah Pihak Yang Ditunjuk, yang berhak menerima manfaat pensiun jika saya tidak menikah dan meninggal/ jika saya dan istri/suami tanpa anak dan meninggal

Nama	Hubungan	Tanggal Lahir

Tanda Tangan

Dengan ini, saya bertanggung jawab sepenuhnya atas kebenaran dari informasi yang saya berikan dalam formulir ini dan saya setuju untuk tunduk kepada peraturan Dana Pensiun yang berlaku.

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

Disi oleh Dana Pensiun Manulife Indonesia

Tanggal Diterima <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oleh (Nama Lengkap)
---	---------------------