

FORMULIR PEMBATALAN POLIS

Cancellation of Policy Form

NOMOR POLIS / *Policy Number* : □□□□□□□□□□□□

PEMEGANG POLIS / *Policy Holder* : _____

NAMA PRODUK / *Product Name* : MKS MPP
 MKS ^{Plus} MPP ^{Plus}

TANGGAL EFEKTIF POLIS / *Policy effective Date* : □□□□□□□□ (tgl/bln/thn / *dd/mm/yy*)

Dengan ini mengajukan permohonan Pembatalan Polis dalam program kesejahteraan karyawan di PT AJ Manulife Indonesia, dengan alasan :
Herewith declared to submit cancellation policy for employee benefit program PT AJ Manulife Indonesia, with the reason :

.....
.....

INFORMASI PEMBAYARAN BENEFIT / *Benefit Payment Information*

Pemegang Polis bermaksud menerima transfer dari Pembatalan Polis melalui cara dibawah ini :
Policy Holder wants to receive cancellation of policy transferred as follows:

Melalui pengalihan antar Bank ke dalam rekening Bank Pemegang Polis / *Through bank transfer in Policy Holder's account as follows:*

Nama Bank / *Bank Name* : _____
Cabang / *Branch* : _____
Alamat / *Address* : _____
No. Rekening / *Account Number* : _____
Pemegang Rekening / *Beneficiary's Name* : _____

Melalui pengalihan antar Bank ke dalam rekening Peserta masing - masing sebagaimana terlampir / *Through bank transfer in each Participant 's Account as attached*

Dengan ini Pemegang Polis menyatakan bahwa informasi yang kami berikan pada formulir klaim ini adalah benar dan lengkap sepanjang sepengetahuan kami / *Herewith Policy Holder declared that the information provided by us on this claim form is true and complete to the best of our knowledge.*

TANDA TANGAN dan STEMPEL PERUSAHAAN / *Signature and Company Stamp*

(Hanya orang yang berhak mewakili Pemegang Polis / *Only authorized person who has rights to represent the policyholder*)

NAMA / *Name* : _____

JABATAN / *Title* : _____ TEMPAT dan TANGGAL / *Place and Date* : _____

Untuk keperluan Perusahaan Asuransi / *For Insurance Company purposes*

Diterima Tanggal / *Received Date* : □□□□□□□□ (tgl/bln/thn / *dd/mm/yy*)

Oleh / *by* : _____

PERSYARATAN PEMBAYARAN MANFAAT PROGRAM KESEJAHTERAAN KARYAWAN

Persyaratan utama dalam **PERSETUJUAN** pembayaran manfaat program kesejahteraan karyawan adalah **KELENGKAPAN DAN AKURASI DATA PRIBADI ANDA** sebagai peserta program kesejahteraan karyawan dan **KELENGKAPAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM**.

Dokumen pengajuan klaim yang diperlukan berdasarkan jenis pengajuan manfaat :

Jenis Klaim	Formulir Klaim	Copy KTP/SIM/PASPOR*	Kartu Peserta **	Copy Nomor Rekening
Pembatalan Polis	v	v	v	v

* Untuk orang yang berhak mewakili Pemegang Polis

** Khusus untuk produk MKS dan MKS^{Plus}

KETENTUAN KHUSUS KARTU PESERTA (KHUSUS PRODUK MKS dan MKS^{Plus}) :

- Kartu Peserta mutlak menjadi salah satu persyaratan dalam pengajuan pembayaran manfaat
- Jika Peserta belum memiliki kartu peserta maka **WAJIB** untuk melakukan pencetakan kartu peserta sesuai dengan prosedur pencetakan kartu yang berlaku
- Jika Peserta telah menerima kartu peserta dan HILANG maka **WAJIB** untuk melakukan pencetakan ulang kartu peserta sesuai dengan prosedur pencetakan kartu yang berlaku
- Jika Peserta memiliki kartu peserta versi lama atau terjadi kesalahan pencetakan kartu peserta maka **WAJIB** untuk melakukan pencetakan ulang kartu peserta sesuai dengan prosedur pencetakan kartu yang berlaku

KETENTUAN KHUSUS PEMBAYARAN KEPADA PIHAK KETIGA :

- Pembayaran manfaat yang ditujukan kepada Rekening Pihak Ketiga harus disertai dengan Surat Kuasa bermaterai dan ditandatangani Pihak yang memberi Kuasa dan Pihak yang diberi kuasa
- Pihak yang diberi kuasa **HARUS memiliki HUBUNGAN** baik Hubungan KELUARGA ataupun Hubungan KERJA
- Pihak yang memberi Kuasa dan Pihak yang diberi kuasa **WAJIB** melampirkan Fotokopi Identitas diri (KTP/PASPOR/SIM) yang masih berlaku

PT AJ Manulife Indonesia akan menjalankan transaksi Pembatalan Polis setelah menerima formulir klaim (tidak berupa faksimili) beserta dokumen pendukung

Dana Pensiun Lembaga Keuangan (DPLK) dan Group Saving Admin

Manulife Indonesia
Sampoerna Strategic Square
South Tower, Lantai 3 - 17
Jl. Jend. Sudirman Kav.45
Jakarta 12930
Tel: (62-21) 2555 7788
Fax: (62-21) 2555 2227
www.manulife-indonesia.com

Customer Contact Center: (62-21) 2555 7777 menu 0,2,2
Toll Free (khusus di luar kode area Jakarta): 0 800 1 606060
E-mail : cs_dplk-gs_id@manulife.com