

- SEMUA PERTANYAAN PADA FORMULIR KLAIM HARUS DIISI DENGAN BENAR, LENGKAP DAN JELAS TANPA PEMBEBANAN KEPADA PT ASURANSI JIWA MANULIFE INDONESIA
ALL QUESTIONS IN THIS CLAIM FORM SHOULD BE ANSWERED CORRECTLY, COMPLETELY & CLEARLY, WITHOUT ANY CHARGE TO PT ASURANSI JIWA MANULIFE INDONESIA
- DOKUMEN KELENGKAPAN KLAIM WAJIB DILAMPIRKAN
SUPPORTING CLAIM DOCUMENT SHOULD BE ATTACHED
- PENGAJUAN KLAIM DAN PEMBAYARAN MANFAAT TIDAK DIKENAKAN BIAYA APAPUN, KECUALI YANG TERMASUK DALAM KETENTUAN POLIS
NO CHARGE FOR CLAIM SUBMISSION & BENEFIT PAYMENT EXCEPT THOSE STATED IN THE POLICY CONDITION
- APABILA PESERTA TINGGAL DI NEGARA LAIN ATAU SEDANG BERADA DI LUAR NEGERI DAN MEMINTA KERABAT/ ORANG LAIN UNTUK MELAKUKAN PENGURUSAN. PESERTA HARUS MEMBERIKAN KUASA KEPADA KERABAT/PIHAK YANG DIBERIKAN KUASA
IF THE PARTICIPANT IS LIVING IN OTHER COUNTRY OR STAYING ABROAD AND REQUESTED HIS/HER RELATIVE/OTHER PERSON LIVING IN INDONESIA TO CONDUCT THE CLAIM PROCESS. THE PARTICIPANT MUST PROVIDE A POWER OF ATTORNEY TO HIS/HER RELATIVE OR OTHER PERSON INCLUDING THE IDENTITY CARD OF THE APPOINTED ATTORNEY
- APABILA PESERTA TINGGAL DI NEGARA LAIN ATAU SEDANG BERADA DI LUAR NEGERI, FORMULIR KLAIM INI DAN SURAT KUASA PENGURUSAN (BILA ADA) HARUS DITANDATANGANI DAN DINOTARISASI DI DEPAN PEJABAT NOTARIS PUBLIK SETEMPAT SERTA DILEGALISASI OLEH PEJABAT KONSULAT JENDERAL/KEDUTAAN BESAR INDONESIA TERDEKAT DI NEGARA TEMPAT YANG DITUNJUK TINGGAL ATAU BERADA TERSEBUT.
IF THE PARTICIPANT LIVE IN ANOTHER COUNTRY OR BEING ABROAD, THE BENEFIT PAYMENT FORM AND POWER OF ATTORNEY SUPERVISION (IF ANY) MUST BE SIGNED AND NOTARIES IN FRONT OF LOCAL OFFICIALS AND THE PUBLIC NOTARY LEGALIZED BY THE CONSULATE GENERAL OFFICIALS/INDONESIAN EMBASSY CLOSEST TO THE STATE OF PARTICIPANT/BENEFICIARY

ISI LENGKAP/CORET APABILA PERLU | BERI TANDA ☒ DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH, HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP

FILL/COMPLETE/CROSSED OUT IF NECESSARY | GIVE THE SIGN ☒ INSIDE THE BOX QUESTION | PLEASE CROSSED OUT & SIGNED IF FILLING INCORRECT (DO NOT USE TYPE EX) | DATA MUST BE FILLED IN CORRECTLY AND COMPLETELY

FORMULIR KLAIM MANFAAT JATUH TEMPO DAN DANA TUNAI

MATURITY & CASH FUND CLAIM FORM

Nama Produk: ☐ MDP ☐ MPK
Name of product:

01

Informasi Data Peserta (Harap diisi dengan huruf cetak atau diketik) Participant Data Information (Please fill with block letters or typed)

Pemegang Polis:
Policy Holder:

No. Polis: Tanggal Efektif Polis: / / (tgl/bln/thn)
Policy Number: Policy Effective Date: (dd/mm/yy)

Nama Peserta:
Participant Name:

No. Peserta:
Participant Number:

Tanggal Efektif Kepesertaan: / / (tgl/bln/thn)
Effective Date of Participation: (dd/mm/yy)

Tanggal Terakhir Bekerja: / / (tgl/bln/thn)
Last Date of Employment: (dd/mm/yy)

Tipe Manfaat: ☐ Jatuh Tempo ☐ Dana Tunai
Type of Benefit: Maturity Cash Fund

Diisi oleh Peserta:

Apakah anda 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, (iii) Wajib Pajak Amerika Serikat?

Are you a United States Citizen, a United States Resident Alien (Green Card Holder) or a United States Resident?

☐ Ya ☐ Tidak
Yes No

Informasi Pembayaran Manfaat (Mohon konsultasikan dengan Pemberi Kerja)
Benefit Payment Information (Please consult with the Employer)

Hanya diisi untuk program MDP
Only filled for MDP program

Besarnya Manfaat dibayarkan:
Benefit Amount Paid:

[illegible]

Mohon melakukan pembayaran Manfaat Jatuh Tempo atau Dana Tunai ("Manfaat") dengan nilai sebesar yang tercantum di atas dengan perincian sebagai berikut:

Please transfer the Maturity or Cash Fund Benefit with amount as stated above with the following details:

☐ Besarnya Manfaat akan dikurangi dengan PPh Pasal 21 yang berlaku atau perubahannya berikut dengan biaya sesuai ketentuan Polis
Amount of Benefit will be deducted with the prevailing Income Tax Article 21 or its changes including fee based on provision under the Policy

☐ Besarnya Manfaat yang diberikan belum termasuk dengan PPh Pasal 21 yang berlaku atau perubahannya berikut dengan biaya sesuai ketentuan Polis
Amount of Benefit given not including the prevailing Income Tax Article 21 or its changes including fee based on provision under the Policy

Mohon Manfaat sesuai dengan pilihan di atas dibayarkan melalui pengalihan antar bank ke rekening sebagai berikut:

Please transfer the benefit payment according to the above mentioned through Bank transfer as follows:

 PEMEGANG POLIS POLICY HOLDER			 PESERTA PARTICIPANT		
Rupiah	:		Rupiah	:	
US Dollar	:		US Dollar	:	
Bank	:		Bank	:	
Cabang/Branch	:		Cabang/Branch	:	
Negara/Country	:		Negara/Country	:	
Nama pada Rekening Bank Name on Bank Account	:		Nama pada Rekening Bank Name on Bank Account	:	

03

Keterangan Tambahan (wajib diisi)
Additional Information (mandatory)

Apakah Peserta atau keluarga dekat Peserta sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam negeri atau di luar negeri?
Does the Participant or close family member of Participant currently hold or ever held a position in government either in local or overseas?

☐ Ya
Yes

Jika ya, mohon isi pertanyaan berikut:
If yes, please complete the following:

Nama Pemegang Jabatan Name of Incumbent	Nama Institusi Name of Institution	Posisi Position	Masa Jabatan Term of Service	Negara Country	Hubungan dengan Pemegang Polis Relationship with the Policyholder	Sumber Dana* Source of Fund

* Mohon diisi apabila Anda atau Beneficial Owner adalah pejabat yang bersangkutan
Please complete the following if You or Beneficial Owner is the Officer Concerned

Kami selaku 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.

We as PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia ("AJMI") understand that the privacy and use of Your personal information is important to You and We assure you that it is equally important to us. The collection and use of your personal information is fundamental to our business as it allows us to evaluate issue and administer the policy You have applied for as well as allows us to comply with the legal requirements of our regulators.

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

By signing below and/or completing or submitting this application, You agree that:

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").
You understand that AJMI is a member company of the Manulife Financial Group and it may have obligations to meet the requirements of both local and foreign regulatory authorities (including local and foreign tax authorities) as well as other legal obligations from time to time relating to, but not limited to, information sharing and tax reporting and withholding of any payments due to You from AJMI from time to time ("regulatory and legal requirements").
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.
You consent to the use of information provided to AJMI and You will provide us with information that we request from time to time and allow us to share such information with our local and foreign authorities (including local and foreign tax authorities) affiliation, holding company or group of Manulife to meet these regulatory and legal requirements.
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.
You will notify us within 30 (thirty) days or sooner of any change in the information that You have provided to us, including any circumstances that would result in a change in Your taxpayer status such as a change in your residence, address, telephone number and citizenship.
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.
You hereby waive any rights You may have that would prevent us from meeting the regulatory and legal requirements mentioned above.
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.
You understand and agree that We can: withhold on payments to you; or We can suspend or terminate your policy if You (or any successor owner or payee under the terms and conditions of Your policy) fail to provide the information referenced above or if at any time You (or any successor owner or payee under Your policy) withdraw the consent or contest the waiver provided above.

Dengan ini menyatakan bahwa informasi yang saya/kami/peserta berikan pada formulir klaim Manfaat Jatuh Tempo atau Dana Tunai MDP/MPK ("Formulir") ini adalah benar dan lengkap sepanjang pengetahuan saya/kami/peserta dan saya/kami/peserta memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali dan persetujuan kepada PT AJ Manulife Indonesia ("Perusahaan") dengan hak substitusi untuk menyediakan informasi mengenai saya/kami/peserta yang diperoleh dan dikumpulkan oleh Perusahaan atau afiliasinya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyidik klaim, bank/lembaga keuangan, asosiasi industri atau badan hukum lainnya baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerjasama maupun yang tidak memiliki kerja sama dengan Perusahaan atau afiliasinya untuk tujuan memproses Formulir ini dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan polis saya/kami/peserta maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lainnya.

Herewith declared that the information provided by us on this Maturity or Cash Fund MDP/MPK ("form") is true and complete to the best of my/our/participant knowledge and I/we/Participant give our irrevocable authorization and consent to PT AJ Manulife Indonesia ("Company") with the right of substitution to provide any of our/participant's information obtained and collected by Company or its affiliation to any interested party (Including but not limited to reinsurance party, claim investigator, bank/financial institution, industry association or other legal entity within or outside the country) cooperating or not cooperating with Company or its affiliation for the purpose of processing this Form and/or processing the payment claim and/or processing other process related to our/participant's policy or offer insurance product or other financial product to me/us/Participant.

Tanda Tangan Peserta
Signature of Participant

Nama:
Name:

Tempat:
Place:

Tanggal:
Date: / / (tgl/bln/thn)
(dd/mm/yy)

Telp/HP/Faks (harus diisi)
Telp/HP/Faks (must filled in)

Tanda Tangan & Stempel Perusahaan
Signature and Company Stamp

(Ditandatangani hanya oleh orang yang berhak mewakili Pemegang Polis)
(Signed only by an authorized person of the Policy Holder)

Nama:
Name:

Tempat:
Place:

Tanggal:
Date: / / (tgl/bln/thn)
(dd/mm/yy)

Untuk keperluan PT. AJ Manulife Indonesia/For Company purposes

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

Oleh/by:

Persyaratan Pembayaran Manfaat Jatuh Tempo atau Dana Tunai
Maturity or Cash Fund Benefit Requirements

PT AJ Manulife Indonesia akan melakukan transaksi pembayaran manfaat jatuh tempo atau dana tunai setelah menerima Formulir Asli (tidak berupa faksimili) beserta dokumen pendukung.

PT AJ Manulife Indonesia will proceed payment of maturity or cash fund benefit after receiving original form (not a facsimile) and other supporting documents.

Jenis Klaim Claim Type	Formulir Klaim Claim Form	Salinan Photocopy KTP/SIM/PASPOR	Salinan Nomor Rekening Account Number Photocopy	Surat Keterangan Perusahaan Employer Statement	Kartu Peserta* Participant Card
Manfaat Dana Tunai Cash Fund Benefit	✓	✓	✓	✓	✓
Manfaat Jatuh Tempo Maturity Benefit	✓	✓	✓	✓	✓

* Hanya untuk program MPK
Only for MPK program