

- SEMUA PERTANYAAN PADA FORMULIR KLAIM HARUS DIJISI 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 AHLI WARIS TINGGAL DI NEGARA LAIN ATAU SEDANG BERADA DI LUAR NEGERI DAN MEMINTA KERABAT/ ORANG LAIN UNTUK MELAKUKAN PENGURUSAN. AHLI WARIS HARUS MEMBERIKAN KUASA KEPADA KERABAT/PIHAK YANG DIBERIKAN KUASA
IF THE BENEFICIARY IS LIVING IN OTHER COUNTRY OR STAYING ABROAD AND REQUESTED HIS/HER RELATIVE/OTHER PERSON LIVING IN INDONESIA TO CONDUCT THE CLAIM PROCESS. THE BENEFICIARY MUST PROVIDE A POWER OF ATTORNEY TO HIS/HER RELATIVE OR OTHER PERSON INCLUDING THE IDENTITY CARD OF THE APPOINTED ATTORNEY
- APABILA AHLI WARIS 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 DILLEGALISASI OLEH PEJABAT KONSULAT JENDERAL/KEDUTAAN BESAR INDONESIA TERDEKAT DI NEGARA TEMPAT YANG DITUNJUK TINGGAL ATAU BERADA TERSEBUT.
IF THE BENEFICIARY 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/LENGKAPI/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 PENARIKAN DANA MPK

WITHDRAWAL FORM MPK

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:

[illegible]

Nama Peserta (sesuai KTP):
Participant Name:

[illegible]

No. Peserta:
(harus diisi)

Participant Number:

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

02

Jumlah Penarikan Dana
Total Withdrawal Amount

Jumlah Dana yang akan ditarik (pilih salah satu)
Total withdrawal Amount (please choose one)

[illegible][illegible]

% dari total akumulasi premi
% from accumulation premium

Catatan/Note :

- Setiap transaksi penarikan dana akan dikenakan pajak (jika ada) sesuai dengan peraturan pemerintah yang berlaku
Every withdrawal transaction will be subject to tax (if any) based on the prevailing government regulation
- Setiap transaksi penarikan dana akan dikenakan biaya sesuai dengan Ketentuan Polis
Every withdrawal transaction will be deducted withdrawal fee based on Policy Provision

Saya bermaksud menerima pembayaran secara sekaligus dari penarikan dana peserta melalui pengalihan antar bank ke dalam rekening Bank pribadi yang saya miliki atau yang dikuasakan.

I want to receive the lump sum payment of the participant withdrawal through Bank transfer to my personal Bank account to authorized person.

Informasi rekening bank saya sebagai berikut:

My personal bank account information as follows:

Rupiah:	
US Dollar :	
Bank:	
Cabang Branch:	
Negara: Country:	
Nama Pemegang Rekening: Name on Bank Account:	

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

☐ Tidak
No

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 menandatangani formulir Penarikan Dana MPK ("Formulir") ini, maka:

By signing this Withdrawal form MPK ("Form"):

1. Saya/Kami/Peserta telah mengerti dan setuju bahwa penarikan dana ini akan mengurangi besarnya Manfaat Jatuh Tempo/Meninggal Dunia saya/kami/peserta di masa yang akan datang.
I/We/participant have understood and agreed that this withdrawal transaction will decrease my /our/participant Maturity/Death Benefit in the future.
2. Semua biaya bank sehubungan dengan penarikan dana ini menjadi tanggung jawab saya/kami/peserta.
All of bank charges related to this withdrawal will be part of my/our/participant's responsibility.
3. Saya/Kami/Peserta juga menyatakan bahwa informasi rekening bank di atas adalah benar sesuai dengan nomor rekening bank yang Saya/Kami/Peserta miliki atau kuasakan (mohon melampirkan surat kuasa bermeterai jika dikuasakan ke rekening orang lain).
I/We/participant declare that bank account information as the above mentioned is true as My/Our/Participant's own personal bank account or to the authorized person (please attach the duly stamp power of attorney if it is authorized to other person's account).
4. 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 kerja sama atau yang tidak memiliki kerjasama 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.
I/We/Participant give my/our/participant's irrevocable authorization and consent to PT AJ Manulife Indonesia ("Company") with the right of substitution to provide any of my/our/participant's information obtained and collected by Company or its affiliation to any interested party (Including but not limited to reinsurance, 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 my/our/participant's policy or offer insurance product or other financial product to me/us/participant.

Tanda Tangan Peserta
Signature of Participant

[illegible]

Tempat:

Place:

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

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

Tanda Tangan & Stempel Perusahaan

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

[illegible]

Tempat:

Place:

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

Untuk keperluan PT. AJ Manulife Indonesia/For Company purposes

Diterima Tanggal/Received Date:

--	--

 /

--	--

 /

--	--

 (tgl/bln/thn)
(dd/mm/yy)

[illegible]

Persyaratan Pembayaran Penarikan Dana Sebagian
Partial Withdrawal Requirements

PT AJ Manulife Indonesia akan melakukan transaksi pembayaran penarikan dana setelah menerima Formulir Asli (tidak berupa faksimili) beserta dokumen pendukung.

PT AJ Manulife Indonesia will proceed payment of withdrawal 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 Kartu Peserta Copy Of Participant Card	Salinan Nomor Rekening Account Number Photocopy	SK Perusahaan Employer Statement
Penarikan Dana Sebagian Partial Withdrawal	✓	✓	✓	✓	✓