

- 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

ISI/LENGKAPI/CORET APABILA PERLU | BERI TANDA DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH, HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIPS 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 TIPS EX) | DATA MUST BE FILLED IN CORRECTLY AND COMPLETELY

FORMULIR PEMBATALAN POLIS

CANCELLATION POLICY FORM

01

Informasi Pemegang Polis Policy Holder Information

Nomor Polis:
 Policy Number:

Pemegang Polis:
 Policy Holder:

Nama Produk:
 Product Name: MKS MPP MDP
 MKS PLUS MPP PLUS MPK

Tanggal Efektif Polis:
 Policy Effective Date: / / (tgl/bln/thn) (dd/mm/yy)

Dengan ini mengajukan Formulir Pembatalan Polis dalam program kesejahteraan karyawan di PT AJ Manulife Indonesia, dengan alasan:
 Herewith declared to submit Cancellation Policy Form for employee benefit program PT AJ Manulife Indonesia, with the following reason:

Dengan ini Saya Pemegang Polis mengakui dan menyatakan bahwa:
 I Policyholder hereby acknowledge and state that:

Apakah Perusahaan Anda merupakan US Corporation?
 Is Your Company a United States Corporation?

Ya/Yes Tidak/No

Apakah Perusahaan Anda Berkantor Pusat/Berafiliasi atau mempunyai Cabang/Anak Perusahaan di Amerika Serikat?
 Is Your Company Headquartered/Affiliated or have Branch/Subsidiary in the United States?

Ya/Yes Tidak/No

Apakah Perusahaan Anda/Cabang/Anak Perusahaan Anda berdomisili di Amerika Serikat?
 Is Your Company/Branch/Subsidiary domiciled in the United States?

Ya/Yes Tidak/No

Apakah satu atau lebih Peserta yang didaftarkan Pemegang Polis 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?
 Is one or more Participants registered by Policy Holder a United States Citizen, a United States Resident Alien (Green Card Holder) or a United States Resident?

Ya/Yes Tidak/No

Dengan menandatangani, Saya, Pemegang Polis menyetujui bahwa informasi yang Saya, Pemegang Polis berikan adalah benar, akurat dan lengkap.
 By signing, I, Policyholder, agree that information that I, Policyholder, provided is true, accurate and complete.

Apakah satu atau lebih Peserta yang didaftarkan Pemberi Kerja adalah warga Negara Amerika Serikat atau pemilik ijin tinggal tetap di Amerika Serikat?
Is one or more Participants registered by Employer a citizen of the United States or a United States Resident Alien (Green Card Holder) or a United States Resident?

Ya/Yes Tidak/No

02

Keterangan Tambahan (Wajib diisi) Additional Information (Mandatory)

Catatan : Pertanyaan ditujukan kepada Pengurus Pemegang Polis, bila dikuasakan maka data yang diberikan adalah data Pengurus Pemegang Polis
Questions are designated to the Board of Policyholder, if using proxy, then the data submitted is the data of Board of Policyholder

Apakah Anda atau keluarga dekat Anda sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan, baik di dalam negeri atau di luar negeri?
Do you or your close family member currently hold or ever held a position in government either in local or overseas?

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

03

Informasi Pembayaran Benefit Benefit Payment Information

Pemegang Polis bermaksud menerima pengalihan dari pembatalan Polis melalui cara di bawah ini :
Policy Holder wants to receive the transfer of cancellation Policy as follows:

Melalui pengalihan antar Bank ke dalam rekening Bank Pemegang Polis berikut ini:
By Bank transfer to Policy Holder's Bank account as follows:

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

04

Persetujuan dan Kuasa Penggunaan Data Privasi Privacy Waiver Consent

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 saya/kami/peserta, sebagai Pemegang Polis menyatakan bahwa informasi yang saya/kami/peserta berikan pada formulir Pembatalan Polis ("Formulir") ini adalah benar dan lengkap sepanjang pengetahuan saya/kami/peserta dan saya/kami/peserta juga telah mendapatkan persetujuan dari peserta untuk memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali dan persetujuan kepada PT AJ Manulife Indonesia ("Perusahaan") dengan hak substitusi untuk menyediakan informasi mengenai data diri dari masing-masing peserta yang diperoleh dan dikumpulkan oleh Perusahaan atau afliasinya 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 maupun yang tidak memiliki kerja sama dengan Perusahaan atau afliasinya 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 lain kepada saya/kami/peserta

Herewith I/we/participant, as the Policy Holder declared that the information provided by my/our/participant on this Cancellation Policy form ("Form") is true and complete to the best of our knowledge, and I/we/participant have received approval from the participant to give irrevocable authorization and consent to PT AJ Manulife Indonesia ("Company") with substitution right to provide any information on each participant 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 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 policy or offer insurance product or other financial product to me/us/participant.

TANDA TANGAN dan 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)

Tempat:
Place:

Tanggal:
Date:

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

Tanda tangan
Signature

Nama/Name:
Jabatan/Title:

Untuk keperluan PT. AJ Manulife Indonesia/For Company purposes

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

Oleh/by:

Persyaratan Pembatalan Polis

Cancelation Policy Requirements

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

PT AJ Manulife Indonesia will proceed payment of policy cancelation after receiving original form((not a facsimile) and other supporting documents.

Jenis Klaim Claim Type	Formulir Pembatalan Polis Cancelation Policy Form	Salinan Photocopy KTP/SIM/PASPOR*	Kartu Peserta Participant Card **
Pembatalan Polis Cancelation Policy	✓	✓	✓

* Untuk orang yang berhak mewakili Pemegang Polis
Only for an authorized person of the Policy Holder

** Khusus untuk produk MKS, MKS^{Plus} dan MPK
Only for MKS, MKS^{Plus} and MPK Product