

- SEMUA PERTANYAAN PADA FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT MENINGGAL DUNIA HARUS DIISI DENGAN BENAR, LENGKAP DAN JELAS TANPA PEMBEBANAN KEPADA PT ASURANSI JIWA MANULIFE INDONESIA.
- PENGAJUAN PERMOHONAN KLAIM MANFAAT MENINGGAL DUNIA WAJIB DILENGKAPI DENGAN DOKUMEN PERSYARATAN KLAIM MANFAAT MENINGGAL DUNIA.
- PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT MENINGGAL DUNIA TIDAK DIKENAKAN BIAYA APAPUN, KEJUJURI YANG TERMASUK DALAM KETENTUAN POLIS.
- JIKA PENGAJUAN PENARIKAN DANA MPK DILAKUKAN OLEH PENERIMA KUASA, MOHON LAMPIRKAN SURAT KUASA DAN FOTOKOPI KTP PENERIMA KUASA
- APABILA PESERTA MENANDATANGANI FORMULIR KLAIM MANFAAT MENINGGAL DUNIA INI DI LUAR NEGERI, MAKA FORMULIR INI BERSERTA DOKUMEN PERSYARATANNYA DAN SURAT KUASA (JIKA ADA) HARUS DITANDATANGANI DAN DINOTARISASI DI DEPAN NOTARIS PUBLIK SETEMPAT SERTA DILEGALISASI OLEH PEJABAT KONSULAT JENDERAL/KEDUTAAN BESAR REPUBLIK INDONESIA DI NEGARA TEMPAT PESERTA BERADA

ISI/LENGKAPI/CORET/BERI TANDA "√" DALAM KOTAK PILIHAN. HARAP MENCORET DAN MENANDATANGANI PENGISIAN YANG SALAH (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX). DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR DAN LENGKAP

FORMULIR KLAIM MANFAAT MENINGGAL DUNIA

Nama Produk : MPK MDP

1 INFORMASI DATA PESERTA (Harap diisi dengan huruf cetak atau diketik)

Pemegang Polis :

No. Polis : Tanggal Efektif Polis: / / (tgl/bln/thn)

Nama Peserta (sesuai Identitas Diri*) :

*KTP (WNI)/Paspor atau Kartu Izin Tinggal (WNA)

No. Kepesertaan :

Tanggal Efektif Kepesertaan : / / (tgl/bln/thn)

Tanggal Mulai Bekerja : / / (tgl/bln/thn)

Tanggal Terakhir Bekerja : / / (tgl/bln/thn)

Manfaat Pertanggung : Meninggal Dunia Meninggal Dunia Karena Kecelakaan

Apakah Peserta memiliki Polis di Perusahaan Asuransi lain?

Ya Tidak

2 KETERANGAN SEBAB KEMATIAN

Telah Meninggal Dunia pada:

Tanggal :

Waktu :

Tempat : Rumah Rumah Sakit Lainnya : _____

Sebab Meninggal : Melahirkan Pekerjaan Peserta Kecelakaan, Sebab: _____

Sakit Nama Penyakit yang diderita:

Sejak kapan penyakit diderita:

Kronologis Kematian* :

* Berikan gambaran singkat dan jelas mengenai gejala/kronologis. Apabila kolom yang disediakan tidak cukup, dapat menggunakan lembar terpisah.

3 INFORMASI MENGENAI PIHAK YANG DITUNJUK/AHLI WARIS

Nama :

Alamat Rumah :
 Kode Pos:

Kota :

Negara :

Nomor Telepon : Rumah
 Telepon Seluler

Alamat Email :

Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn)

Negara Kelahiran :

No. Identitas (KTP/SIM/Paspor) :

Hubungan dengan Peserta : Suami atau Istri Anak Lainnya, sebutkan: _____

4 INFORMASI PEMBAYARAN MANFAAT (Mohon Konsultasi dengan Pemberi Kerja)

Hanya diisi untuk program MDP

Besarnya Manfaat dibayarkan :

Mohon melakukan pembayaran Manfaat Meninggal Dunia ("Manfaat") dengan nilai sebesar yang tercantum di atas dengan perincian sebagai berikut:

- Besarnya Manfaat akan dikurangi dengan PPh Pasal 21 yang berlaku atau perubahannya berikut dengan biaya sesuai ketentuan Polis
- Besarnya Manfaat akan yang diberikan belum termasuk dengan PPh Pasal 21 yang berlaku atau perubahannya berikut dengan biaya sesuai ketentuan Polis

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

<input type="checkbox"/> Pemegang Polis		<input type="checkbox"/> Penerima Manfaat	
Rupiah	:	Rupiah	:
Bank	:	Bank	:
Cabang	:	Cabang	:
Negara	:	Negara	:
Nama pada Rekening Bank	:	Nama pada Rekening Bank	:

5 PERNYATAAN DIRI (Wajib Diisi)

Apakah Anda atau keluarga dekat Yang Ditunjuk sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam negeri atau di luar negeri?

Ya Tidak

Jika ya, mohon isi pertanyaan berikut:

Nama Pemegang Jabatan	Nama Institusi	Posisi	Masa Jabatan	Negara	Hubungan dengan Pemegang Polis	Sumber Dana*

* Mohon diisi apabila Anda atau Beneficial Owner adalah pejabat yang bersangkutan

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

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?

Ya Tidak

Sertifikasi Diri Domisili Wajib Pajak

A. Rincian Domisili Wajib Pajak

Mohon memberikan informasi Domisili Wajib Pajak Anda. (Ini biasanya terkait dengan dimana Anda memiliki kewajiban membayar pajak penghasilan)

Deklarasi CRS untuk Domisili Wajib Pajak Mohon berikan (X) pada pilihan yang sesuai. Anda dapat memilih lebih dari satu		Keterangan
1.	<input type="checkbox"/> Saya merupakan wajib pajak Indonesia Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP): _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____	Apabila memilih (1), silahkan melengkapi Bagian C (jika diperlukan) dan Bagian D
2.	<input type="checkbox"/> Saya wajib pajak yurisdiksi di luar Indonesia Untuk wajib pajak Amerika Serikat, maka perlu melengkapi formulir IRS W-9	Apabila memilih (2), silahkan melengkapi Bagian B, Bagian C (jika diperlukan) dan Bagian D

B. Rincian Domisili Wajib Pajak Asing

Mohon memberikan Seluruh Yurisdiksi Di Luar Indonesia dimana Anda menjadi wajib pajak beserta Nomor Identifikasi Wajib Pajak terkait.

Negara/Yurisdiksi	Nomor Identifikasi Wajib Pajak	Jika tidak ada, mohon pilih alasan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

C. Penjelasan Domisili Wajib Pajak Asing

Jika negara dimana alamat, no telepon, negara tempat lahir, kewarganegaraan, identitas kependudukan atau rekening bank berbeda dengan negara/yurisdiksi domisili wajib pajak Anda diatas, mohon memberikan penjelasan pada kolom berikut:

Penjelasan :

D. Persetujuan Domisili Wajib Pajak

Saya menyatakan bahwa Saya tidak memiliki status domisili wajib pajak dari negara/yurisdiksi selain yang telah Saya sampaikan di atas. Dan Saya setuju untuk bekerja sama dengan Manulife untuk mematuhi ketentuan peraturan perpajakan yang berlaku.

6 PERSETUJUAN DAN KUASA PENGGUNAAN DATA PRIVASI

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 program pensiun Anda serta memungkinkan kami untuk mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dengan menandatangani pernyataan di bawah ini dan/atau melengkapi atau mengajukan Formulir Klaim Manfaat Meninggal Dunia ("Formulir") ini, Anda setuju bahwa:

1. AJMI 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 serta pemotongan atas pembayaran yang harus dibayarkan DPLK Manulife Indonesia kepada Anda dari waktu ke waktu ("Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan").
2. Anda menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada AJMI dan Anda akan memberikan kepada kami informasi yang kami minta dari waktu ke waktu serta mengizinkan kami untuk memberikan informasi tersebut kepada pihak berwenang lokal dan asing (termasuk aparat perpajakan lokal dan asing), afiliasi atau perusahaan induk atau Manulife Financial Group untuk memenuhi Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
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.
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 di atas.
5. 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 di atas, maka Anda mengerti dan menyetujui bahwa kami dapat memotong pembayaran kepada Anda atau menunda atau mengakhiri polis Anda.

7 PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan menandatangani Formulir Klaim Manfaat Meninggal Dunia ("Formulir") ini, maka Saya/Kami/Peserta:

1. Saya/Kami/Yang Ditunjuk menyatakan bahwa seluruh pernyataan yang dibuat dalam Formulir ini adalah sesuai dengan pengetahuan Saya, benar dan lengkap
2. Saya/Kami/Yang Ditunjuk dengan ini memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia ("AJMI") dengan hak substitusi untuk:
 - a. Melakukan verifikasi terhadap informasi yang telah Saya/Kami berikan kepada pihak manapun dan tuntut memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri Peserta dan keadaan/kesehatan Peserta dari dokter, klinik, rumah sakit, puskesmas, bank, perusahaan asuransi, badan hukum, instansi pemerintah, perorangan atau organisasi lainnya dan Saya/Kami bertanggung jawab atas segala isinya. Apabila dalam verifikasi tersebut ditemukan suatu keterangan yang tidak benar, maka Saya/Kami akan tunduk pada syarat dan ketentuan yang terdapat di dalam Polis.
 - b. menggunakan, mengungkapkan, dan menyediakan data/informasi mengenai saya/kami/Peserta yang diperoleh dan dikumpulkan oleh AJMI atau aliasnya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada bank/lembaga keuangan, asosiasi industri, dan badan hukum lain, baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerja sama atau tidak dengan AJMI atau aliasnya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis Saya/Kami dan/atau kepesertaan atas nama Peserta maupun untuk produk asuransi atau produk keuangan lain, untuk tujuan pencegahan tindak pidana pencucian uang, suap dan terorisme atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan setiap pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) terhadap AJMI, afiliasi, karyawan, atau agennya, atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman dan kode etik AJMI maupun Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Tanda Tangan Penerima Manfaat

Nama : _____

Tempat : _____

Tanggal : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)

Tanda Tangan & Stempel Perusahaan

(Ditandatangani hanya oleh orang yang berhak mewakili Pemegang Polis)

Nama : _____

Tempat : _____

Tanggal : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)

Untuk keperluan PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia

Diterima Tanggal : / / (tgl/bln/thn)

Oleh :

PERSYARATAN PEMBAYARAN MANFAAT MENINGGAL DUNIA

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia akan melakukan transaksi pembayaran Manfaat Meninggal Dunia setelah menerima Formulir beserta dokumen pendukungnya.

Jenis Klaim	Formulir Klaim	Salinan WNI: KTP, WNA : Paspur & KITAS	Salinan Nomor Rekening	Surat Keterangan Perusahaan	Surat Keterangan Kematian/Akta Kematian	Salinan Surat Nikah	Salinan Kartu Keluarga	Surat Keterangan Kepolisian	Kartu Peserta*
Manfaat Meninggal Dunia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

* Hanya untuk program MPK



ISI/LINGKAPI/CORET/BERI "✓" DALAM KOTAK PILIHAN. HARAP MENCORET DAN MENANDATANGANI PENGISIAN YANG SALAH (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX). DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR DAN LENGKAP

KETERANGAN DOKTER (Diisi oleh Dokter yang Merawat)

Nama Pasien : Apakah Pasien Rawat Inap? Ya, Indikasi Rawat Inap: TidakApakah Pasien mendapatkan perawatan di ruang gawat darurat? Ya Tidak

Berapa lama?

Tindakan yang dilakukan? :

Tanggal Perawatan : / / (tgl/bln/thn) sampai dengan: / / (tgl/bln/thn)

Gejala pada saat masuk rumah sakit :

Pasien pertama kali berobat sehubungan dengan penyakit tersebut? / / (tgl/bln/thn)

Nama Dokter :

Alamat Lengkap :

Kode Pos

Apakah meninggal dunia karena : Kecelakaan Melahirkan/Kehamilan Pekerjaan Pasien Bawaan Lain-lain: _____

Riwayat Penyakit Dahulu (Sebutkan nama penyakit, kapan mulai diderita, pengobatan yang diberikan dan nama dokter yang merawat)

Kelainan-kelainan yang ditemukan dalam pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang

Diagnosa Penyakit :

Obat-obatan yang Diberikan :

Tindakan Pengobatan Pembedahan :

Tindakan Pengobatan Pembedahan :

Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu) dokter, sebutkan nama dokter dan spesialisasinya:

Nama Dokter	Spesialisasi

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa jawaban-jawaban yang telah saya berikan di atas telah lengkap dan benar

Nama Dokter :

Spesialisasi : Dokter Umum Dokter Ahli: _____

Rumah Sakit/Klinik :

Alamat :

Kode Pos:

Nomor Telepon :

Ditandatangani di :

Tanggal : / / (tgl/bln/thn)

Tanda Tangan

Tanda tangan Dokter yang merawat

Stempel Rumah Sakit

(Stempel Asli/Basah Rumah Sakit)