

- SEMUA PERTANYAAN PADA FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT PENARIKAN DANA DIISI DENGAN BENAR, LENGKAP DAN JELAS TANPA PEMBEBANAN KEPADA PT ASURANSI JIWA MANULIFE INDONESIA.
- DOKUMEN & KELENGKAPANNYA WAJIB DILAMPIRKAN.
- PENGAJUAN PEMBAYARAN PENARIKAN DANA TIDAK DIKENAKAN BIAYA APAPUN, KECUALI YANG TERMASUK DALAM KETENTUAN POLIS.
- APABILA PESERTA/AHLI WARIS TINGGAL DI NEGARA LAIN ATAU SEDANG BERADA DI LUAR NEGERI DAN MEMINTA KERABAT/ORANG LAIN YANG TINGGAL DI INDONESIA UNTUK MELAKUKAN PENGURUSAN, PESERTA/AHLI WARIS HARUS MEMBERIKAN SURAT KUASA KEPADA KERABAT/PIHAK LAIN TERSEBUT BERSERTA KTP KERABAT/PIHAK YANG DIBERIKAN KUASA.
- APABILA PESERTA/AHLI WARIS TINGGAL DI NEGARA LAIN ATAU SEDANG BERADA DI LUAR NEGERI, FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT 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 REPUBLIK INDONESIA TERDEKAT DI NEGARA TEMPAT PESERTA/AHLI WARIS TINGGAL ATAU BERADA TERSEBUT.

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.

FORMULIR PENARIKAN DANA MKS & MKS PLUS

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

Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Nama Peserta (sesuai KTP)	:	<input type="text"/>
Nomor Peserta	:	<input type="text"/>
Nomor Telepon	:	<input type="text"/> Rumah <input type="text"/> Telepon Seluler
Alamat Email	:	<input type="text"/>

2 JUMLAH PENARIKAN DANA

Jumlah Dana yang akan ditarik (pilih salah satu)	:	<input type="checkbox"/> Rp <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="text"/> % dari total akumulasi premi

Catatan :

- Setiap transaksi penarikan dana akan dikenakan pajak (jika ada) dengan peraturan pemerintah yang berlaku
- Setiap transaksi penarikan dana akan dikenakan biaya sesuai dengan Ketentuan Polis

3 INFORMASI PEMBAYARAN MANFAAT

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

Informasi rekening bank saya sebagai berikut:

Nomor Rekening	:	<input type="text"/>
Nama Bank	:	<input type="text"/>
Cabang	:	<input type="text"/>
Negara	:	<input type="text"/>
Nama pada Rekening Bank	:	<input type="text"/>

4 PERNYATAAN DIRI (Wajib Diisi)

Apakah Peserta atau keluarga dekat Peserta 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 Peserta	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.

5 PERSETUJUAN DAN KUASA PENGGUNAAN DATA PRIVASI

Kami, 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.

Dengan menandatangani pernyataan di bawah ini dan/atau melengkapi atau mengajukan Formulir Penarikan Dana MKS & MKS Plus ("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.

Dengan menandatangani formulir ini Penarikan Dana MKS & MKS ^{Plus} ("Formulir") ini, maka Saya/Kami/Peserta:

1. Saya/Kami Peserta menyatakan bahwa seluruh pernyataan yang dibuat dalam Formulir ini adalah sesuai dengan pengetahuan Saya, benar dan lengkap
2. Semua biaya bank sehubungan dengan penarikan dana ini menjadi tanggung jawab Saya/Kami/Peserta.
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).
4. Saya/Kami/Peserta Memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali dengan hak substitusi kepada AJMI untuk menggunakan, mengungkapkan, dan menyediakan data/informasi mengenai saya/kami/Peserta yang diperoleh dan dikumpulkan oleh AJMI atau aliasinya 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 aliasinya 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 Peserta

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 PENARIKAN DANA

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia akan melakukan transaksi Penarikan Dana setelah menerima Formulir beserta dokumen pendukungnya.

Jenis Klaim	Formulir Klaim	Salinan WNI: KTP WNA : Paspor & KITAS	Salinan Nomor Rekening	Surat Keterangan Perusahaan	Salinan Kartu Peserta*
Penarikan Dana	✓	✓	✓	✓	✓