

**Manulife Indonesia**

Sampoerna Strategic Square, North Tower Lt. GF dan South Tower Lt. 3-14  
Jl. Jenderal Sudirman Kav. 45-46. Jakarta 12930.

Customer Contact Center (021) 2555 7777,  
Bebas pulsa & khusus wilayah di luar kode area Jakarta : 0-800-1-606060

Email: [CustomerServiceID@manulife.com](mailto:CustomerServiceID@manulife.com) | Website: [www.manulife.co.id](http://www.manulife.co.id)

ISI/LENGKAPI/CORET/APABILA PERLU | BERI TANDA  DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP

## PEMBAYARAN MANFAAT AKHIR KONTRAK (MATURITY)

Saya, selaku Pemegang Polis di bawah ini;

Nomor Polis : \_\_\_\_\_

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Mengajukan permohonan Pembayaran Manfaat Akhir Polis tersebut di atas ke rekening bank sebagai berikut ;

***Nama Pemilik Rekening harus sesuai dengan nama Pemegang Polis dan mohon dilampirkan salinan KTP Pemegang Polis yang berlaku.***

Bank : \_\_\_\_\_

Cabang : \_\_\_\_\_ Negara \_\_\_\_\_

Nomor Rekening (Rp/US\$\*) : \_\_\_\_\_

Nominal : \_\_\_\_\_

Nama Pemilik Rekening : \_\_\_\_\_

Bila dana ditransfer ke luar negeri, jelaskan alasannya : \_\_\_\_\_

Berikut saya lampirkan,

1. Polis Asli
2. Salinan Bukti Identitas Diri



### Pernyataan dan Kuasa Penggunaan Data Privasi

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia ("Manulife Indonesia") memahami bahwa privasi dan penggunaan informasi pribadi Pemegang Polis merupakan hal yang penting bagi Pemegang Polis dan Manulife Indonesia memastikan bahwa hal tersebut juga sama pentingnya bagi kami. Pengumpulan dan penggunaan informasi pribadi Pemegang Polis merupakan hal yang penting bagi bisnis kami karena hal tersebut memungkinkan kami untuk mengevaluasi, menerbitkan dan mengelola polis yang Pemegang Polis 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 aplikasi ini, Saya sebagai Pemegang Polis setuju dan menyatakan bahwa:

1. Saya mengerti bahwa Manulife Indonesia 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 Saya dari Manulife Indonesia dari waktu ke waktu ("Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-Undangan").
2. Saya menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada Manulife Indonesia dan Saya 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) untuk memenuhi Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
3. Saya akan memberitahukan Manulife Indonesia dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender atau sesegera mungkin atas segala perubahan informasi yang telah Saya berikan kepada Manulife Indonesia, termasuk setiap kondisi yang dapat menyebabkan perubahan status wajib pajak Saya seperti perubahan tempat tinggal, alamat, nomor telepon dan kewarganegaraan.
4. Saya dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin Saya miliki yang mungkin dapat mencegah AJMI untuk memenuhi Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
5. Saya mengerti dan setuju bahwa Manulife Indonesia dapat memotong pembayaran kepada Pemegang Polis; atau Manulife Indonesia dapat menunda atau mengakhiri polis Saya jika Saya (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan dari polis Saya) gagal untuk memberikan informasi yang diperlukan di atas atau jika pada setiap waktu Saya (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan dari polis Saya) menarik persetujuan atau menyanggah pernyataan yang diberikan di atas

### Menyatakan

1. Bahwa Saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi formulir ini dengan lengkap dan benar.
2. Bahwa seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan pengajuan ini adalah sesuai asli dan masih berlaku.

### Menyetujui

1. Kurs pembayaran yang berlaku adalah kurs pada tanggal dan waktu pendebitan dari rekening bank Manulife Indonesia.
2. Jika terdapat perbedaan nama Pemegang Polis pada rekening Pemegang Polis dan nama Pemegang Polis sebagaimana tercantum dalam buku polis, Saya akan memberikan penjelasan dan melampirkan dokumen pendukung jika diperlukan.
3. Manulife Indonesia berhak untuk meminta dokumen pendukung tambahan jika diperlukan dan apabila Pemegang Polis tidak atau belum melengkapi dokumen sebagaimana diminta oleh Manulife Indonesia, maka proses akan ditangguhkan hingga semua dokumen yang dimintakan sudah lengkap.
4. Proses pembayaran akan dilakukan bila surat persetujuan asli ini beserta dokumen pendukungnya telah diterima oleh Manulife Indonesia secara lengkap.
5. Sepanjang peraturan dan kebijaksanaan pemerintah dalam bidang moneter mensyaratkan, maka Manulife Indonesia akan membayarkan Manfaat Akhir Polis hanya dalam mata uang yang diharuskan oleh pemerintah, serta sepanjang peraturan dan kebijaksanaan pemerintah dalam bidang moneter memperbolehkan, maka permintaan pembayaran dengan mata uang Dolar AS (USD) dapat dilakukan dengan ketentuan biaya transfer yang dibebankan oleh bank pengirim dan bank penerima ditanggung Pemegang Polis selaku penerima dana dan akan dikurangkan dari Manfaat Akhir Polis yang ditransfer

Pemegang Polis

(Tanda Tangan & Nama Jelas)

Ditandatangani di: \_\_\_\_\_

Tanggal:   /   /     (tgl/bln/thn)

**PERHATIAN**

1. Tandatanganilah Formulir ini setelah Pemegang Polis yakin bahwa jawaban/informasi/ keterangan yang diberikan sesuai dengan kondisi sebenarnya.
2. Jangan menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong.
3. Apabila Pemegang Polis menandatangani Formulir ini di luar negeri, maka Formulir ini beserta dokumen pendukungnya harus dilegalisasi oleh pejabat Konsulat Jenderal/Kedutaan Besar Republik Indonesia di lokasi terdekat di negara tempat tinggal atau dimana Pemegang Polis berada.

**Saksi (CS/Agent/Financial Advisor/Relationship Manager) yang membantu :**

Nama & Kode Agent/FA/RM	Tanda Tangan
Cabang	_____
No. Telepon	_____
Alamat E-mail	_____