

*Jabatan/Pangkat/Golongan :

*Sumber Dana : Gaji Usaha Pribadi (Profesional/Wiraswasta)
 Lainnya, sebutkan : _____

*Rata-Rata Penghasilan Kotor per Tahun dari Pekerjaan Diatas : ≤ Rp 10 juta > Rp 10 juta - Rp 50 juta
 > Rp 50 juta - Rp 100 juta > Rp 100 juta

*Tujuan Pembelian Program :

*Alamat :
(sesuai dengan identitas diri yang dilampirkan)

Kode Pos: Kota: Negara:

*Alamat Korespondensi :
(Jika berbeda dengan identitas diri yang dilampirkan)

Kode Pos: Kota: Negara:

*Alamat Kantor :

Kode Pos: Kota: Negara:

*Alamat Tempat Tinggal Tetap :
(Jika berbeda dengan identitas diri yang dilampirkan)

Kode Pos: Kota: Negara:

*Alamat Tempat Tinggal Tetap di luar Indonesia :
(Jika berbeda dengan identitas diri yang dilampirkan)

Kode Pos: Kota: Negara:

*Kode Negara & No. Telepon Rumah : - -

*Kode Negara & No. Telepon Kantor : - -

*No Telepon HP : - -

*Alamat Email :

Jenis Manfaat Pensiun:

Manfaat Pensiun Normal Manfaat Pensiun Janda/Duda Manfaat Pensiun Anak
 Manfaat Pensiun Dipercepat Manfaat Pensiun Cacat

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, atau (iii) Wajib Pajak Amerika Serikat? Ya Tidak

2 KETERANGAN TAMBAHAN (Wajib diisi)

Apakah Peserta/penerima Manfaat Pensiun atau keluarga dari Peserta/penerima Manfaat Pensiun pernah atau sedang memegang jabatan di lembaga pemerintahan, lembaga negara dan/atau partai politik di dalam 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 Peserta atau penerima Manfaat Pensiun adalah pemegang jabatan yang bersangkutan

3 TANGGAL PENSIUN

Petunjuk : Pilih salah satu

Tanggal pengajuan pensiun pada tanggal : / / (tgl/bln/thn)

Pada saat Usia Pensiun Normal : Tahun

Saya memilih untuk pensiun lebih awal pada tanggal : / / (tgl/bln/thn)

Usia Pensiun Dipercepat adalah : Tahun

Dan masih dalam kurun waktu 10 (sepuluh) tahun sebelum Usia Pensiun Normal.

4 *INFORMASI PENERIMA MANFAAT PENSIUN JIKA PESERTA MENINGGAL DUNIA

Nama yang tertera di bawah ini adalah istri/suami/anak Peserta yang berhak menerima Manfaat Pensiun jika Peserta meninggal dunia:

Nama	Hubungan	Tanggal Lahir	Negara Kelahiran	No. Identitas ahli waris (WNI: No. KTP, WNA: No. Paspor)

Nama yang tertera di bawah ini adalah pihak yang ditunjuk/ahli waris yang berhak menerima Manfaat Pensiun jika Peserta meninggal dunia dengan status tidak menikah:

Nama	Hubungan	Tanggal Lahir	Negara Kelahiran	No. Identitas ahli waris (WNI: No. KTP, WNA: No. Paspor)

7 PERSETUJUAN DAN SURAT KUASA

Dengan menandatangani Formulir ini, saya/kami/Peserta:

1. Menyetujui bahwa besarnya Manfaat Pensiun yang dibayarkan DPLK Manulife Indonesia telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku serta merupakan tanggung jawab Peserta dan Pemberi Kerja.
2. Menyetujui bahwa, apabila dalam waktu 60 (enam puluh) hari kerja sejak Formulir ini diterima DPLK Manulife Indonesia, namun masih terdapat ketidaklengkapan dokumen sebagaimana yang dipersyaratkan oleh DPLK MI, maka pengajuan pembayaran Manfaat Pensiun berdasarkan Formulir ini secara otomatis dinyatakan tidak berlaku.
3. Memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali dengan hak substitusi kepada DPLK Manulife Indonesia untuk menggunakan, mengungkapkan, dan menyediakan data/informasi mengenai saya/kami/Peserta yang diperoleh dan dikumpulkan oleh DPLK Manulife Indonesia atau afliasinya 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 DPLK Manulife Indonesia atau afliasinya untuk tujuan pembayaran Manfaat Pensiun dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Peraturan Dana Pensiun DPLK Manulife Indonesia dan/atau kepesertaan atas nama Peserta maupun untuk penawaran produk pensiun, 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 DPLK Manulife Indonesia, afliasi, karyawan atau agennya atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman dan kode etik DPLK Manulife Indonesia maupun Ketentuan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Peserta/Pihak Yang Berhak/Ahli Waris*

Tanda Tangan

* Coret yang tidak sesuai

Nama:

Ditandatangani di:

Tanggal:

 / / (tgl/bln/thn)

Pihak yang berwenang mewakili Pemberi Kerja

Tanda Tangan & Stempel Perusahaan

Nama & Jabatan:

Untuk keperluan DPLK Manulife Indonesia

Tanggal diterima:

 / / (tgl/bln/thn)

Oleh (Nama Lengkap):

DOKUMEN PERSYARATAN PEMBAYARAN MANFAAT PENSIUN (Dana Kompensasi Pascakerja)

Permohonan pembayaran Manfaat Pensiun akan diproses oleh DPLK Manulife Indonesia setelah DPLK Manulife Indonesia menerima Formulir asli (tidak berupa faksimile) yang telah diisi dan ditandatangani Peserta/Pihak Yang Berhak/ahli waris beserta kelengkapan dokumen persyaratan pembayaran Manfaat Pensiun.

Jenis Manfaat Pensiun	Formulir Klaim	Salinan WNI : KTP WNA : Paspor & KITAS	Salinan Nomor Rekening	SK Pemberi Kerja	Rincian Perhitungan Manfaat	SK Kematian	Salinan Surat Nikah	Salinan KK	Surat Keterangan Dokter
Manfaat Pensiun Normal	√	√	√	√	√				
Manfaat Pensiun Dipercepat	√	√	√	√	√				
Manfaat Pensiun Janda/Duda	√	√	√	√	√	√	√	√	
Manfaat Pensiun Cacat	√	√	√	√	√				√
Manfaat Pensiun Anak	√	√	√	√	√	√		√	