

- SEMUA PERTANYAAN PADA FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT JATUH TEMPO DAN DANA TUNAI DIISI DENGAN BENAR, LENGKAP DAN JELAS TANPA PEMBEBANAN KEPADA PT ASURANSI JIWA MANULIFE INDONESIA.
- PENGAJUAN PERMOHONAN KLAIM MANFAAT JATUH TEMPO DAN DANA TUNAI WAJIB DILENGKAPI DENGAN DOKUMEN PERSYARATAN MANFAAT JATUH TEMPO DAN DANA TUNAI
- PENGAJUAN PEMBAYARAN JATUH TEMPO & DANA TUNAI TIDAK DIKENAKAN BIAYA APAPUN, KECUALI YANG TERMASUK DALAM KETENTUAN POLIS.
- JIKA PENGAJUAN PERMOHONAN KLAIM MANFAAT JATUH TEMPO DAN DANA TUNAI DILAKUKAN OLEH PENERIMA KUASA DARI PESERTA/PIHAK YANG BERHAK/AHLI WARIS, MOHON LAMPIRKAN SURAT KUASA DAN FOTOKOPI KTP PENERIMA KUASA.
- APABILA PESERTA/PIHAK YANG BERHAK/AHLI WARIS MENANDATANGANI FORMULIR KLAIM MANFAAT JATUH TEMPO DAN DANA TUNAI INI DI LUAR NEGERI, MAKA FORMULIR INI BESERTA 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/PIHAK YANG BERHAK/AHLI WARIS 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 JATUH TEMPO DAN DANA TUNAI MDP & MPK

Nama Produk : MDP MPK

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

Pemegang Polis :

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

Nama Peserta :

No. Peserta :

Nomor Telepon : Rumah
 Telepon Seluler

Alamat Email :

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

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

Tipe Manfaat : Jatuh Tempo Dana Tunai

2 INFORMASI PEMBAYARAN MANFAAT (Mohon konsultasi dengan Pemberi Kerja)

Hanya diisi untuk program MDP

Besarnya Manfaat dibayarkan :

Mohon melakukan pembayaran Manfaat Jatuh Tempo atau Dana Tunai ("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 sesuai dengan pilihan di atas dibayarkan melalui pengalihan antar bank ke rekening sebagai berikut:

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

3 PERNYATAAN DIRI (Wajib Diisi)

Apakah Peserta atau keluarga dari Peserta 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 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.

4 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 Jatuh Tempo dan Dana Tunai ("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.

5 PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan menandatangani Formulir Klaim Manfaat Jatuh Tempo dan Dana Tunai ("Formulir") ini, maka:

1. Saya/Kami/Peserta menyatakan bahwa seluruh pernyataan yang dibuat dalam Formulir ini adalah sesuai dengan pengetahuan Saya, benar dan lengkap.
2. 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 JATUH TEMPO ATAU DANA TUNAI

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia akan melakukan transaksi pembayaran Manfaat Jatuh Tempo atau Dana Tunai setelah menerima Formulir beserta dokumen pendukungnya beserta dokumen pendukung.

Jenis Klaim	Formulir Klaim	Salinan WNI: KTP WNA : PASPORT & KITAS	Salinan Nomor Rekening	Surat Keterangan Perusahaan	Kartu Peserta*
Manfaat Dana Tunai	✓	✓	✓	✓	✓
Manfaat Jatuh Tempo	✓	✓	✓	✓	✓

* Hanya untuk program MPK