

- SEMUA PERTANYAAN PADA FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT MENINGGAL DUNIA HARUS DIISI DENGAN BENAR, LENGKAP DAN JELAS TANPA PEMBEBANAN KEPADA PT ASURANSI JIWA MANULIFE INDONESIA.
- DOKUMEN & KELENGKAPANNYA WAJIB DILAMPIRKAN.
- PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT MENINGGAL DUNIA 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 BESERTA 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 KLAIM MANFAAT MENINGGAL DUNIA MKS, MKS PLUS, MPP, MPP PLUS

Nama Produk: MPP & MPP PLUS MKS & MKS PLUS

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 :

Tanggal Efektif Kepsertaan : / / (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 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 INFORMATION MENGENAI PIHAK YANG DITUNJUK

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 produk MPP & MPP Plus

Besarnya Manfaat dibayarkan :

Khusus untuk Program MPP Plus

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	
Nomor Rekening	:	Nomor Rekening	:
Nama Bank	:	Nama Bank	:
Cabang	:	Cabang	:
Negara	:	Negara	:
Nama pada Rekening Bank	:	Nama pada Rekening Bank	:

* Khusus program MPP manfaat dibayarkan ke rekening Pemegang Polis

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

Kami selaku 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 Klaim Manfaat Meninggal Dunia ("Formulir") ini, Anda setuju bahwa:

1. Anda mengerti bahwa AJMI 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 Anda dari AJMI 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 dan mengizinkan kami untuk memberikan informasi tersebut kepada pihak berwenang lokal dan asing (termasuk aparat perpajakan lokal dan asing), afiliasi, perusahaan induk atau group Manulife 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. Anda mengerti dan setuju bahwa kami dapat memotong pembayaran kepada Anda; atau Kami dapat menunda atau mengakhiri polis Anda 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 diatas.

7 PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan menandatangani Formulir Klaim Manfaat Meninggal Dunia ("Formulir") ini, maka:

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, menyediakan data/informasi mengenai Saya/Kami yang diperoleh dan dikumpulkan oleh AJMI atau afliasinya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyidik klaim, 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 afliasinya untuk tujuan pembayaran klaim, dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis Saya/Kami maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain, untuk tujuan pencegahan pencucian uang, suap dan teroris atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan setiap pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit, atau pemeriksaan) yang AJMI, afiliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman AJMI dan kode etik AJMI, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

ISI/LINGKAPI/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

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 :

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)