

- SEMUA PERTANYAAN PADA FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT JATUH TEMPO DAN DANA TUNAI HARUS DIISI DENGAN BENAR, LENGKAP DAN JELAS TANPA PEMBEBANAN KEPADA PT ASURANSI JIWA MANULIFE INDONESIA
- DOKUMEN & KELENGKAPANNYA WAJIB DILAMPIRKAN
- PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT JATUH TEMPO DAN DANA TUNAI TIDAK DIKENAKAN BIAYA APAPUN, KECUALI YANG TERMASUK DALAM KETENTUAN POLIS
- 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/LENGGAPI/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 JATUH TEMPO DAN DANA TUNAI

Nama Produk: MPP & MPP ^{PLUS} MKS & MKS ^{PLUS}

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

Pemegang Polis :

No. Polis :

Nama Peserta :

No. Peserta :

Nomor Telepon : Rumah Telepon Seluler

Alamat Email :

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

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

Tipe Manfaat : Jatuh Tempo Dana Tunai

2 INFORMASI PEMBAYARAN (Mohon konsultasi dengan Pemberi Kerja)

Hanya diisi untuk produk MPP & MPP ^{PLUS}

Besarnya Manfaat dibayarkan :

Khusus untuk Program MPP ^{PLUS}

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		
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

3 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 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

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 aplikasi, 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.

