

SEMUA PERTANYAAN PADA FORMULIR PEMBATALAN POLIS HARUS DIISI DENGAN BENAR, LENGKAP DAN JELAS TANPA PEMBEBANAN KEPADA PT ASURANSI JIWA MANULIFE INDONESIA

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 PEMBATALAN POLIS

1 INFORMASI PEMEGANG POLIS

Nomor Polis :

Pemegang Polis :

Nama Produk : MKS MKS Plus MPP MPP Plus MDP MPK

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

Dengan ini mengajukan Formulir Pembatalan Polis dalam program kesejahteraan karyawan di PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia, dengan alasan:

2 PERNYATAAN DIRI (Wajib Diisi)

Apakah Anda atau keluarga dekat Anda 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 |
|-----------------------|----------------|--------|--------------|--------|--------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* Mohon diisi apabila Anda atau Beneficial Owner adalah pejabat yang bersangkutan

Dengan ini Saya Pemegang Polis mengakui dan menyatakan bahwa

- Apakah Perusahaan Anda merupakan US Corporation? Ya Tidak
- Apakah Perusahaan Anda Berkantor Pusat/Berafiliasi atau mempunyai Cabang/Anak Perusahaan di Amerika Serikat? Ya Tidak
- Apakah Perusahaan Anda/Cabang/Anak Perusahaan Anda berdomisili di Amerika Serikat? Ya Tidak
- Apakah satu atau lebih Peserta yang didaftarkan Pemegang Polis 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

Dengan menandatangani, Saya, Pemegang Polis menyetujui bahwa informasi yang Saya, Pemegang Polis berikan adalah benar, akurat dan lengkap.

3 INFORMASI PEMBAYARAN BENEFIT

Pemegang Polis bermaksud menerima pengalihan dari pembatalan Polis melalui cara di bawah ini :

Melalui pengalihan antar Bank ke dalam rekening Bank Pemegang Polis berikut ini:

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

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.

5 PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan menandatangani Formulir Pembatalan Polis ("Formulir") ini, maka:

1. Saya/Kami/Pemegang Polis menyatakan bahwa seluruh pernyataan yang dibuat dalam Formulir ini adalah sesuai dengan pengetahuan Saya, benar dan lengkap.
2. Saya/Kami/Pemegang Polis dengan ini memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia ("AJMI") dengan hak substitusi untuk 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, aliasi, 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.

**Tanda Tangan & Stempel Perusahaan
Signature and Company Stamp**

(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 PEMBATALAN POLIS

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia akan melakukan transaksi Pembayaran Pembatalan Polis setelah menerima Formulir beserta dokumen pendukungnya.

| Jenis Klaim | Formulir Pembatalan Polis | Salinan WNI: KTP* WNA : Paspur & KITAS* | Kartu Peserta** | CRS Badan |
|------------------|---------------------------|---|-----------------|-----------|
| Pembatalan Polis | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

* Orang yang Berwenang dalam Penentuan Pembayaran Manfaat

** Hanya untuk program MKS, MKS^{Plus} dan MPK