

FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT PPUKP

PENSION BENEFIT PAYMENT FORM

HARAP DIISI DENGAN HURUF CETAK!
PLEASE FILL IN WITH CAPITAL LETTERS!

Informasi Peserta/ <i>Participations Information</i>	<input type="checkbox"/> Peserta Kumpulan/ <i>Group Participants</i>
Penerima Manfaat/ <i>Benefit Recipient</i>	<input type="checkbox"/> Peserta/ <i>Participant</i> <input type="checkbox"/> Ahli Waris/ <i>beneficiary</i>
Nama Peserta / <i>Participant Name</i>	_____
Nama Pemohon(jika berbeda dengan Peserta)/ <i>Name of Claimant(if different with Participant)</i>	_____
Nama Perusahaan/ <i>Name of Company</i>	_____
Nomor Group/ <i>Group Number</i>	_____
Nomor Peserta DPLK PPUKP/ <i>DPLK PPUKP Participant No.</i>	_____
*) Jika Penerima Manfaat berwarganegara/lahir/mempunyai alamat identitas/korespondensi /membayar pajak ke Amerika Serikat, maka wajib mengisi Formulir FATCA terlampir. / *) <i>If the Benefit Recipient is an USA citizen/born/having ID address/correspondence address/pay tax to USA, it is required to fill in the attached FATCA Form completely.</i>	
Tempat & Tanggal Lahir/ <i>Place of Birth</i>	: _____, Tanggal/ <i>Date</i> _____ Bulan/ <i>Month</i> _____ Tahun/ <i>Year</i> _____
Negara Tempat Lahir/ <i>Country of Birth *</i>	: _____
Jenis Identitas/ <i>Identity Type</i>	: _____ No. Identitas/ <i>Identity Number</i> : _____
Kewarganegaraan/ <i>Citizenship *</i>	: _____ (Lampirkan fotokopi/ <i>Attach copy of document</i>)
Negara Tempat Tinggal untuk Keperluan Perpajakan/ *) <i>Country of Residence for Tax Purpose</i>	: _____
Alamat berdasarkan Identitas/ <i>ID Address *</i>	: _____ _____ _____ Kota/ <i>City</i> : _____ Propinsi/ <i>Province</i> : _____ Kode Pos/ <i>Postal Code</i> : _____ Negara/ <i>Country</i> : _____
Alamat Surat Menyurat*)	: _____ _____ _____
(jika berbeda dengan alamat identitas/ <i>Correspondence Address (if different with ID Address)</i>	: _____ _____ _____ Kota/ <i>City</i> : _____ Propinsi/ <i>Province</i> : _____ Kode Pos/ <i>Postal Code</i> : _____ Negara/ <i>Country</i> : _____
No. Telepon/ <i>Telephone No.</i>	: _____ HP : _____ Email : _____

Pengajuan/Payout Request						
<input type="checkbox"/> <u>Pembayaran Dana Pensiun</u> : <input type="checkbox"/> _____ Rupiah <i>Pension benefit payment</i>						
Tanggal Pensiun : Tanggal/ _____ Bulan/ _____ Tahun/ _____ <i>Date of Pension Date Month Year</i>						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Penarikan Dana Pensiun(Pilih salah satu)/ <i>Pension Withdrawal (Choose one option)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Pensiun Normal/<i>Normal Pension</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Pensiun Dipercepat/<i>Accelerated Pension</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Pensiun Cacat/<i>Disability Pension</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Pensiun Janda/Duda/Anak/<i>Widow/Widower Pension</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Pensiun Ditunda/ <i>Deferred Pension Benefit</i></td> </tr> </tbody> </table>	Penarikan Dana Pensiun(Pilih salah satu)/ <i>Pension Withdrawal (Choose one option)</i>	<input type="checkbox"/> Pensiun Normal/ <i>Normal Pension</i>	<input type="checkbox"/> Pensiun Dipercepat/ <i>Accelerated Pension</i>	<input type="checkbox"/> Pensiun Cacat/ <i>Disability Pension</i>	<input type="checkbox"/> Pensiun Janda/Duda/Anak/ <i>Widow/Widower Pension</i>	<input type="checkbox"/> Pensiun Ditunda/ <i>Deferred Pension Benefit</i>
Penarikan Dana Pensiun(Pilih salah satu)/ <i>Pension Withdrawal (Choose one option)</i>						
<input type="checkbox"/> Pensiun Normal/ <i>Normal Pension</i>						
<input type="checkbox"/> Pensiun Dipercepat/ <i>Accelerated Pension</i>						
<input type="checkbox"/> Pensiun Cacat/ <i>Disability Pension</i>						
<input type="checkbox"/> Pensiun Janda/Duda/Anak/ <i>Widow/Widower Pension</i>						
<input type="checkbox"/> Pensiun Ditunda/ <i>Deferred Pension Benefit</i>						

Informasi Rekening Penerima Nama/Bank Account Information of Benefit Recipient

Nama Pemilik Rekening/Name of Account Owner : _____
 Nama Bank/Name of Bank : _____
 No. Rekening /Bank account No. : _____

Bersama ini saya/kami memberi kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan informasi pribadi saya/kami/perusahaan(institusi) dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari yurisdiksi manapun atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktifitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA ("Kebutuhan Terkait").

Hereby I/We authorize Allianz to disclose our/my personal/company(institution) information in serving the court summon or legal process or the request of any regulator or authority including those in any jurisdictions or to protect against fraud or other illegal activities or for risk management purposes or to allow Allianz to do any remedies available or to minimize the damage that may occur against Allianz and/or to comply with the law or legal process including but not limited to FATCA regulation ("Relevant Requirements").

Saya/kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Terkait ("Informasi Terkait") dan dengan segera mengkinikan Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait.

I/We further undertake to provide any information or documents as requested to comply with the Relevant Requirements ("Relevant Information") and to promptly update Allianz of any changes to the Relevant Information.

Pemohon/Claimant

Mengetahui/Signed at
 Pemberi Kerja/Employer

Tanda Tangan/Signature
 Nama/Name : _____
 Tanggal/Date : _____

Tanda Tangan/Signature
 Pemberi Kerja/Employer : _____
 Nama/Name : _____
 Jabatan/Position : _____
 Tanggal/Date : _____

**FORMULIR FATCA - Formulir Penarikan/Pembayaran Manfaat Pensiun /
FATCA FORM- Withdrawal/Pension Benefit Payment**

Penerima Manfaat berwarganegara/lahir/mempunyai alamat identitas/korespondensi /membayar pajak ke Amerika Serikat, maka wajib mengisi Form ini secara lengkap/
Benefit Recipient with an USA citizenship/born/having ID address/correspondence address/pay tax to USA required to fill in the following information completely :

Jenis identitas yang digunakan berlaku sampai dengan/Identity card expiry date	tgl/ <input type="text"/> <input type="text"/> /dd bln/ <input type="text"/> <input type="text"/> /mm thn/ <input type="text"/> <input type="text"/> /yy
--	--

Catatan : Isilah dengan memberi Tanda centang pada kotak jawaban yang sesuai /.

Note : Use checkbox (✓) to fill in the answer box

No.	Pertanyaan/ Question	YA/ YES	TIDAK/ NO
1	Apakah negara penerbit identitas anda adalah Amerika Serikat ?/Is the publisher of your identity card is United States?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah anda lahir di Negara Amerika Serikat / Puerto Rico / American Samoa / United States Minor Outlying Islands / Kepulauan Virgin / Guam / Kepulauan Mariana Utara ? / Were you born in United States/ Puerto Rico/ American Samoa/ United States Minor Outlying Islands/ Virgin Island/ Guam/ Northern Mariana Islands?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban " Ya " pada salah satu pertanyaan di atas, mohon menjawab pertanyaan berikut : /

If one of your above answers is 'Yes', please answer the following questions:

No.	Pertanyaan/ Question	YA/ YES	TIDAK/ NO
1	Apakah anda memiliki ijin resmi untuk tinggal di Amerika Serikat? / Do you have USA green card?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat ? / Are you a permanent USA resident alien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah anda membayar pajak ke Amerika Serikat ? / Are you a USA taxpayer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban " Ya " pada salah satu dari ketiga pertanyaan di atas, mohon memberikan informasi No. TIN Amerika Serikat atau No. Sekuriti Sosial Amerika Serikat anda dan mengisi formulir lain yang diperlukan *) /

If one of your answers from the three questions above is 'Yes', please provide your USA TIN Number or USA Social Security Number and other necessary form *)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SURAT PERNYATAAN /STATEMENT

Formulir ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari formulir Penarikan/Pembayaran Manfaat Pensiun. /
This form is a whole and integral part of the Withdrawal/Pension Benefit Payment form.

Bersama ini saya/kami memberi kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan informasi pribadi saya/kami/perusahaan(institusi) dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari yurisdiksi manapun atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktifitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA ("Kebutuhan Terkait")./

Hereby I/We authorize Allianz to disclose our/my personal/company(institution) information in serving the court summon or legal process or the request of any regulator or authority including those in any jurisdictions or to protect against fraud or other illegal activities or for risk management purposes or to allow Allianz to do any remedies available or to minimize the damage that may occur against Allianz and/or to comply with the law or legal process including but not limited to FATCA regulation ("Relevant Requirements").

Saya/kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Terkait ("Informasi Terkait") dan dengan segera mengkinikan Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait./

I/We further undertake to provide any information or documents as requested to comply with the Relevant Requirements ("Relevant Information") and to promptly update Allianz of any changes to the Relevant Information.

Dibuat dan ditandatangani di/ _____ pada tanggal/date _____
Created and Signed at

Penerima Manfaat/Benefit Recipient

(Nama Jelas)/(Full Name)

*) Formulir IRS (W-8BEN untuk warga Non Amerika Serikat namun terkait dengan Amerika Serikat; W-9 untuk warga Amerika Serikat)
*) IRS Form (W-8BEN for Non USA with Indicia, W-9 for USA)

Keterangan : Allianz Group telah menyatakan tunduk pada ketentuan FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act). FATCA bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari penduduk atau orang yang berkaitan dengan Amerika Serikat yang berdomisili, memiliki aset atau berpenghasilan di luar Amerika Serikat. /

Note : Allianz Group complies to FATCA regulation. FATCA aims to enhance tax compliance of USA citizen or indicia who are domiciled, having assets or income outside USA.