

HARAP DIISI DENGAN HURUF CETAK!
PLEASE COMPLETE IN BLOCK LETTERS!

Informasi Peserta/Participations Information

Peserta Kumpulan/Group Participants

Penerima Manfaat:
Beneficiary:

Peserta Participant Ahli Waris Heir

Nama Peserta:
Participant Name:

Nama Pemohon (jika berbeda dengan peserta):
Name of Claimant (if different from Participant):

Nama Perusahaan Pemberi Kerja:
Name of Employing Company:

Nomor Group:
Group Number:

Nomor Peserta DPLK Program
Dana Kompensasi Pascakerja:
DPLK Post-Employment Compensation
Fund Program Participant No.:

Tempat & Tanggal Lahir:
Place of Birth:

 Tanggal Bulan Tahun

Negara Tempat Lahir:
Country of Birth*:

Jenis Identitas:
Identity Type:

 No. Identitas:
Identity Number:

Kewarganegaraan
Citizenship*:

(Lampirkan fotokopi/Attach copy of document)

Negara Tempat Tinggal untuk Keperluan
Perpajakan*:
Country of Residence for Tax Purpose:

Alamat berdasarkan identitas*:
ID Address

Kota City Provinsi Province

Kode Pos Zip Code Negara Country

Alamat Surat Menyurat
(Jika berbeda dengan alamat identitas)*:
Correspondence Address (if different with
ID address)

Kota City Provinsi Province

Kode Pos Zip Code Negara Country

No. Telepon:
Telephone No.

Handphone Alamat Email E-mail Address

Pengajuan/Payout Request

Pembayaran Program Dana Kompensasi Pascakerja:
Payment of Post-Employment Compensation Fund
Program

Rupiah

Tanggal Pensiun: Tanggal Date Bulan Month Tahun Year

No.	Pembayaran Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja (Pilih salah satu) Payment of Post-Employment Compensation Fund Program Benefit (Choose one option)
1.	<input type="checkbox"/> Pensiun Normal/ <i>Normal Pension</i> Pada Usia Pensiun Normal/ <i>at Normal Pension Age</i> : _____
2.	<input type="checkbox"/> Pensiun Dipercepat/ <i>Accelerated Pension</i> Usia Pensiun Dipercepat/ <i>My Early Retirement age is</i> : _____
3.	<input type="checkbox"/> Pensiun Cacat/ <i>Disability Pension</i>
4.	<input type="checkbox"/> Pensiun Janda/Duda/Anak/ <i>Widow/Widower Pension</i>

Informasi Rekening Penerima Manfaat/Bank Account Information of Beneficiary

Nama Pemilik Rekening: <i>Name of Account Owner</i>	<input type="text"/>
Nama Bank: <i>Name of Bank</i>	<input type="text"/>
No. Rekening: <i>Bank Account No.</i>	<input type="text"/>

Jika informasi rekening Penerima Manfaat berbeda dengan buku tabungan, informasi yang akan digunakan mengacu kepada buku tabungan yang dilampirkan.
If the Bank Account Information of the Beneficiary is different from the saving book, the information to be used refers to the attached saving book

**Informasi Penerima Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja Jika Peserta Meninggal/
 Information of the Beneficiary of the Post-Employment Compensation Fund Program if Participant has passed away**

Nama yang tertera di bawah ini adalah Istri/Suami/Anak Peserta yang berhak menerima Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja jika Peserta Meninggal.
The following names shall be the Participant's wife/husband/Children who are entitled to receive the Post-Employment Compensation Fund Program Benefit if Participant has passed away.

Nama/Name	Hubungan/Relation	Tanggal Lahir/Date of Birth	Negara Kelahiran/Country of birth
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nama yang tertera di bawah ini adalah pihak yang berhak menerima Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja ("Pihak Yang Ditunjuk") jika Peserta tidak menikah dan meninggal.
The following names shall be appointed person who are entitled to receive the Post-Employment Compensation Fund Program Benefit (the "Appointed Party") if Participant is not married and has passed away.

Nama/Name	Hubungan/Relation	Tanggal Lahir/Date of Birth	Negara Kelahiran/Country of birth
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Saya, sebagai Pemohon ("Saya"), telah mengisi Formulir Pembayaran Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja ini dengan benar dan jujur dan dengan ini pula menyatakan dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:

I, as the Claimant, have completed this Post-Employment Compensation Fund Program Benefit Payment Form truthfully and correctly, and also hereby declare and agree the following:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir Pembayaran Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja ini dan keterangan lain yang Pemberi Kerja sampaikan kepada DPLK Allianz adalah benar dan sudah Pemberi Kerja tuliskan dan/atau cantumkan di dalam Formulir Pembayaran Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja ini (termasuk yang ditulis di dalam dokumen pendukung lainnya (jika ada)) dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya dan Pemberi Kerja sembunyikan.
All information and particulars provided in this Post-Employment Compensation Fund Program Benefit Payment Form and other information that the Employer provided to DPLK Allianz are true to have been provided and/or included in this Post-Employment Compensation Fund Program Benefit Payment Form (including those provided in any other documents (if any)) and neither the Employer nor I willfully withhold or suppress any other particulars and information.
2. Saya dengan ini memberi kuasa, tanpa syarat dan yang tidak dapat dicabut kembali, kepada Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia ("DPLK Allianz") untuk:
I hereby the unconditional and irrevocable grant power of attorney to DPLK Allianz to:
 - a. Mengungkapkan informasi pribadi Saya kepada perusahaan eksternal dan/atau pihak ketiga lainnya yang telah diperiksa oleh DPLK Allianz melalui proses penyaringan identifikasi sehubungan dengan penyediaan jasa untuk menunjang kegiatan usaha/bisnis dan/atau operasional DPLK Allianz;
Disclose my personal information to external companies and third parties that have been checked by DPLK Allianz through an identification screening process in connection with the provision of services to support the business activities and/or operational activities of DPLK Allianz;
 - b. Mengungkapkan informasi pribadi Saya untuk berbagi data dengan pendiri DPLK Allianz, afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya, usaha patungan, mitra strategis, asosiasi asuransi dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya sehubungan dengan kegiatan usaha/bisnis dan/atau operasional DPLK Allianz serta untuk tujuan pelayanan nasabah, pengurusan klaim dan/atau proses lainnya; dan
Disclose the personal information of the Employer and/or any Registered Employee for data sharing purpose with DPLK Allianz founder, affiliates, subsidiaries, agents and their respective representatives, joint ventures, strategic partners, insurance association and other interested party in connection with the business activities and/or operational activities of DPLK Allianz as well as the provision of services for customers, claim management and/or other processes; and
 - c. Mengungkapkan informasi pribadi Saya dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari regulator manapun atau pihak berwenang atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktivitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan DPLK Allianz untuk melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap DPLK Allianz, dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA dan CRS ("Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara"). Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi kebutuhan terkait ("Informasi Terkait") dan dengan segera menyampaikan pengiklan data kepada DPLK Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.
Disclose my personal information in response to court orders or legal proceedings or requests from any regulator or authority or to protect against fraud or other illegal activities or for the purpose of risk management or to allow DPLK Allianz to take any available legal remedies or mitigate any damage that may be incurred to DPLK Allianz and/or to comply with laws and legal proceedings, including but not limited to the regulations concerning FATCA & CRS (the "Cross-Border Information Exchange Reporting Requirement"). I also agree to provide information/documents required to meet the relevant requirement (the "Related Information") and promptly communicate data updates to DPLK Allianz if there is any change to the Related Information.
3. Bahwa apabila ternyata pernyataan, keterangan, dokumen dan jawaban yang Saya berikan tidak benar/diragukan kebenarannya, maka Saya memahami serta menyetujui sepenuhnya bahwa DPLK Allianz dapat tidak membayarkan Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja ini dan DPLK Allianz dibebaskan dari segala gugatan, tuntutan, klaim atau bagian dari itu dalam bentuk dan nama apapun, baik saat ini atau di masa mendatang.
Whereas in the event that any statement/declaration, information, document and answer that I provided are false/doubtful, I fully understand and agree that DPLK Allianz may not pay the Post-Employment Compensation Fund Program Benefit and DPLK Allianz shall be released from any suit, charge, claim or part thereof in any form and name whatsoever, either at present or in the future.
4. Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan yang termaktub dalam Pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, serta pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan mengikat para pengganti/ahli waris/Penerima Manfaat dan orang yang ditunjuk dan tetap berlaku. Salinan (fotokopi) surat kuasa ini adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.
I hereby waive the provisions contained in Articles 1813, 1814, and 1816 of the Indonesian Civil Code, and these power of attorney and authorization are irrevocable and binding on their respective successors/heirs/beneficiaries. A copy of this power of attorney is valid and has an equal legal force as the original.
5. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana DPLK Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak Saya dengan mengakses tautan berikut: <https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html>
I understand that in order to learn more about how DPLK Allianz protects my personal data and rights, I must access the following link: <https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html>

6. Formulir Pembayaran Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja ini ditulis dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia. Dalam hal terjadi ketidaksesuaian atau inkonsistensi antara teks dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia, maka teks dalam Bahasa Indonesia yang berlaku.

This Post-Employment Compensation Fund Program Benefit Payment Form is written in the English and Indonesian languages. In the event of any disagreement or inconsistency between the English and the Indonesian texts, the Indonesian text shall prevail.

7. Dengan menandatangani Formulir Pembayaran Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja ini, maka Saya telah menyetujui syarat dan ketentuan di dalamnya.

By signing this Post-Employment Compensation Fund Program Benefit Payment Form, I have agreed to the terms and conditions hereof.

Pemohon/*Claimant*

Mengetahui dan menyetujui/*Acknowledging and approving*
Perusahaan Pemberi Kerja/*Employing Company*

Tanda Tangan/*Signature*

Nama/*Name* _____
Tanggal/*Date* _____

Tanda Tangan/*Signature*

Pemberi Kerja/*Employer* : _____
Nama/*Name* : _____
Jabatan/*Position* : _____
Tanggal/*Date* : _____

Perusahaan Pemberi Kerja dengan ini menyatakan dan menegaskan bahwa pengajuan dan pembayaran Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja serta yang tercantum dalam Formulir ini sesuai dengan dan tidak bertentangan dengan Perjanjian Kerja Bersama atau Peraturan Perusahaan dan/atau peraturan ketenagakerjaan lainnya yang berlaku di Perusahaan Pemberi Kerja.

The Employing Company hereby represents and confirms that the application and payment of the Post-Employment Compensation Fund Program Benefit set out in this Form is in accordance with and is not contrary to the Collective Labour Agreement or the Company Regulation and/or any other labour regulations applicable in the Employing Company.

Untuk Keperluan DPLK Allianz/*For Company Purposes*

Diterima tanggal/*Received Data: dd/mm/yyyy*
Oleh/*by:*

Persyaratan Pembayaran Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja
Post-Employment Compensation Fund Program Benefit Payment Requirement

Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia ("DPLK Allianz") akan menjalankan transaksi pembayaran manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja setelah menerima asli atas Formulir Pembayaran Manfaat Program Dana Kompensasi Pascakerja beserta dokumen pendukung.

DPLK Allianz Indonesia will proceed payment of Post-Employment Compensation Fund Program benefit payment after receiving original of Post-Employment Compensation Fund Program Benefit Payment Form and supporting documents.

Jenis Klaim <i>Claim type</i>	Formulir Klaim <i>Claim Form</i>	Salinan/ Photocopy KTP/SIM/ Paspors	Salinan Nomor Rekening/ <i>Account Number Photocopy</i>	Surat Instruksi Pemberi Kerja <i>Instruction Letter of Employer</i>	Rincian Perhitungan Manfaat <i>Detail of Claim Benefit Calculation</i>	SK Kematian <i>Death Certificate</i>	SK Ahli Waris <i>Heir/Heiress Certificate</i>	Salinan Surat Nikah <i>Marriage Certificate Photocopy</i>	Salinan KK <i>Family Card Photocopy</i>	Surat Keterangan Dokter <i>Medical Certificate</i>
Manfaat Pensiun Normal <i>Normal Retirement Benefits</i>	√	√	√	√	√					
Manfaat Pensiun Dipercepat <i>Early Retirement Benefits</i>	√	√	√	√	√					
Manfaat Pensiun Janda/Duda <i>Widow's/ Widower Retirement Benefits</i>	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
Manfaat Pensiun Cacat Tetap <i>Total Disability Retirement Benefits</i>	√	√	√	√	√					√