

FORMULIR PERMOHONAN PEMBAYARAN MANFAAT PENSIUN (FORM. 06)

Kepesertaan

Nomor kepesertaan	<input type="text"/>	Nama Peserta	<input type="text"/>
Nomor identitas diri (lampirkan salinan)	<input type="text"/>	Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) (lampirkan salinan)	<input type="text"/>
Tanggal mulai kepesertaan	<input type="text"/>	Nama Pemberi Kerja	<input type="text"/>

Data Peserta

Nama (sesuai identitas diri)	<input type="text"/>		
Nomor identitas diri (lampirkan salinan)	<input type="text"/>	Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) (lampirkan salinan)	<input type="text"/>
Tempat lahir	<input type="text"/>	Tanggal lahir (tanggal/bulan/tahun)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	Status perkawinan	<input type="checkbox"/> Belum menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Janda/Duda
Jabatan/Pekerjaan	<input type="text"/>	Kewarganegaraan	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA Negara <input type="text"/>
Alamat rumah (sesuai identitas diri)	<input type="text"/>		RT/RW <input type="text"/> / <input type="text"/>
Kelurahan	<input type="text"/>	Kecamatan	<input type="text"/>
Kota	<input type="text"/>	Kode Pos	<input type="text"/> Propinsi <input type="text"/>
Telepon rumah	<input type="text"/>	Telepon selular	<input type="text"/>

Penerima Manfaat (jika bukan peserta)

Nama	Tanggal lahir (tanggal/bulan/tahun)	Jenis Kelamin	Alamat	Keterangan
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	L / P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	L / P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	L / P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	L / P	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Keterangan diisi dengan : Janda/Duda atau Anak atau Pihak Yang Ditunjuk

* Jika penerima manfaat berwarganegara/lahir/mempunyai alamat identitas/korespondensi membayar pajak ke Amerika Serikat, maka wajib mengisi data dibawah ini :

Negara, Tempat lahir	<input type="text"/>	Tanggal lahir (tanggal/bulan/tahun)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Pemegang Kartu US Green Card / Ijin tinggal tetap di Amerika Serikat	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Negara, alamat tempat tinggal tetap dan No. telp di luar Indonesia (jika ada)	<input type="text"/>		

Manfaat Pensiun

Jenis Manfaat Pensiun (beri tanda "X" pada pilihan)

- Manfaat Pensiun Normal
 Manfaat Pensiun Dipercepat
 Manfaat Pensiun Cacat
 Manfaat Pensiun Janda/Duda
 Manfaat Pensiun Anak
 Manfaat Pensiun Untuk Pihak Yang Ditunjuk

Dokumen yang harus dilampirkan

- a,b,c,k,l
a,b,c,k,l
a,b,d,k,l
a,b,e,f,g,h,k,l
a,b,e,g,k,l
a,b,e,i,j,k,l

Keterangan dokumen yang harus dilampirkan :

- a. Tanda bukti kepesertaan
b. Salinan tanda pengenal diri Peserta
c. Keterangan berhenti bekerja
d. Surat keterangan dokter secara medis yang menyatakan cacat total dan tetap
e. Surat keterangan kematian Peserta yang disahkan oleh Lurah setempat
f. Salinan surat nikah Peserta

- g. Salinan daftar susunan keluarga yang disahkan oleh Lurah setempat
h. Salinan tanda pengenal diri Janda/Duda
i. Salinan tanda pengenal diri Pihak Yang Ditunjuk
j. Surat bukti penunjukan
k. Salinan NPWP
l. Salinan buku tabungan rekening (hal.1)

Pembayaran Manfaat

Sekaligus (%)	<input type="text"/>	Anuitas (%)	<input type="text"/>
Mohon pembayaran manfaat sekaligus ditransfer ke rekening :			
Bank	<input type="text"/>	Cabang	<input type="text"/>
Nomor Rekening	<input type="text"/>	Atas Nama	<input type="text"/>

Anuitas

Pembayaran Anuitas Seumur Hidup dipercayakan pada perusahaan asuransi :

Nama Perusahaan			
Alamat			
Telepon		Fax	
Bentuk Anuitas yang dipilih : Peserta (%)		Janda/Duda/Anak (%)	
Mohon pembayaran manfaat untuk pembelian Anuitas Seumur Hidup ditransfer ke rekening:			
Bank		Cabang	
Nomor Rekening		Atas Nama	

Tempat & Tanggal _____ / _____

Nama & Tanda tangan Penerima Manfaat

Lembar 1 putih : Asli untuk Bagian Administrasi DPLK, Lembar 2 merah : Salinan untuk Peserta/Pemberi Kerja
Lembar 3 biru : Salinan untuk Bagian Keuangan DPLK

DPLK ADM 12.22

Pusat Informasi dan Layanan Pengaduan

Syarat dan ketentuan yang berlaku terkait Produk Asuransi ini dapat diperoleh pada media berikut ini:

Contact Center Hello Astra Life



1 500 282

Senin - Minggu, 24 jam

E-mail & Whatsapp

 hello@astralife.co.id

 **08952-1500282**

Senin - Jumat, 08.00 - 16.00 WIB

Website & Social Media

www.astralife.co.id

 [astralifeID](#)

Surat Menyurat & Walk-In Customer

PT ASURANSI JIWA ASTRA

Pondok Indah Office Tower 3, Lantai 1
Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V - TA
Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310