

FORMULIR PERMOHONAN PEMBAYARAN MANFAAT PENSIUN (FORM. 06)
Kepesertaan

Nomor kepesertaan _____ Nama Peserta _____
 Nomor identitas diri _____ Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) _____
 (lampirkan salinan) (lampirkan salinan)
 Tanggal mulai kepesertaan _____ Nama Pemberi Kerja _____

Data Peserta

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

Penerima Manfaat (jika bukan peserta)

Nama	Tanggal lahir (tanggal/bulan/tahun)	Jenis Kelamin	Alamat	Keterangan
_____	_____/_____/_____	L / P	_____	_____
_____	_____/_____/_____	L / P	_____	_____
_____	_____/_____/_____	L / P	_____	_____
_____	_____/_____/_____	L / P	_____	_____

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 _____ Tanggal lahir _____ / _____ / _____
 (tanggal/bulan/tahun)
 Pemegang Kartu US Green Card / Ijin tinggal tetap di Amerika Serikat Ya Tidak
 Negara, alamat tempat tinggal tetap dan No. telp di luar Indonesia (jika ada) _____

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 (%) _____ Anuitas (%) _____
 Mohon pembayaran manfaat sekaligus ditransfer ke rekening :
 Bank _____ Cabang _____
 Nomor Rekening _____ Atas Nama _____

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