

No. Dok.: TL/DKL/PK/01

## FORMULIR PERMOHONAN PENARIKAN DANA SEBAGIAN (WITHDRAWAL)

### JENIS PRODUK

BERITANDA  DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN

TASPEN  
SMART SAVE

TASPEN SAVE

### 1. DATA PEMEGANG POLIS

ISI/LENGGAPI/CORET/APABILA PERLU | BERITANDA  DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP | JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR DENGAN KEADAAN KOSONG | APABILA TERDAPAT KESALAHAN ATAU PERBEDAAN INFORMASI MAKA PENGAJUAN DAPAT DIBATALKAN OLEH TASPEN LIFE

Nomor Polis :

Nama Lengkap Pemegang Polis : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin 

L	P
---	---

Nomor NIK (Wajib Diisi) :

Alamat : \_\_\_\_\_

RT/RW : \_\_\_\_/\_\_\_\_ Kode Pos \_\_\_\_\_ Kelurahan \_\_\_\_\_

Kecamatan : \_\_\_\_\_ Kota \_\_\_\_\_

No. Handphone (Wajib Diisi) : \_\_\_\_\_ No. Telp \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

\*No.HP dan Email yang tertera akan menjadi data terbaru bagi PT Asuransi Jiwa Taspen untuk keperluan konfirmasi, pengiriman SMS dan WA.

### 2. DATA TERTANGGUNG/ PESERTA (Yang Diasuransikan)

ISI/LENGGAPI/CORET/APABILA PERLU | BERITANDA  DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP | JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR DENGAN KEADAAN KOSONG | APABILA TERDAPAT KESALAHAN ATAU PERBEDAAN INFORMASI MAKA PENGAJUAN DAPAT DIBATALKAN OLEH TASPEN LIFE.

Nama Lengkap Tertanggung : \_\_\_\_\_ 

L	P
---	---

Hubungan dengan Tertanggung : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir :     (DD – MM – YYYY)

### 3. PENARIKAN DANA (WITHDRAWAL)

Dengan ini mengajukan permohonan Penarikan Dana Sebagian/ Withdrawal kepada PT Asuransi Jiwa Taspen sebagai berikut :

Jumlah Penarikan : Rp \_\_\_\_\_

Pembayaran Penarikan Dana Sebagian/ Withdrawal untuk dapat ditransfer ke Rekening sebagai berikut :

(Wajib ditransfer ke Pemegang Polis)

Bank : \_\_\_\_\_ Unit/Cabang \_\_\_\_\_

Nomor Rekening :

Nama Pemegang Rekening : \_\_\_\_\_

**Alasan Penarikan Dana Sebagian/ Withdrawal:**

(Mohon sebutkan salah satu alasan Anda)

Keperluan Keluarga  Keperluan Anak Sekolah  Lain-lain, sebutkan \_\_\_\_\_

Jika dana akan ditransfer ke rekening selain Pemegang polis, maka hanya diperbolehkan ke salah satu nama penerima manfaat atau yang memiliki hubungan keterikatan asuransi dengan Pemegang polis dan WAJIB mengisi formulir tambahan yaitu Formulir Perintah Transfer dari Pemegang Polis yang langsung dilakukan dan diisi di kantor Pusat Layanan Nasabah PT Asuransi Jiwa Taspen.

### 4. PERSYARATAN DAN PERSETUJUAN PEMEGANG POLIS

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Formulir Permohonan Penarikan Dana Sebagian (Withdrawal) hanya berlaku untuk satu nomor polis dan akan diproses apabila seluruh data dan kelengkapan dokumen telah dipenuhi dan telah disetujui oleh PT Asuransi Jiwa Taspen. Jika diperlukan, PT Asuransi Jiwa Taspen berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemegang Polis.
2. Dana Penarikan Sebagian (Withdrawal) hanya dapat ditransfer ke rekening atas nama Pemegang Polis.
3. Saldo Withdrawal yang digunakan adalah saldo per-tanggal terima dokumen lengkap beserta dokumen persyaratan, dengan ketentuan penerimaan sebagai berikut :
  - a. Dokumen yang diterima oleh kantor pusat sebelum atau selambat-lambatnya pukul 14.00 WIB maka tanggal terima yang ditentukan adalah tanggal pada hari tersebut. Sedangkan dokumen yang diterima kantor pusat setelah pukul 14.00 WIB akan dianggap diterima pada hari kerja berikutnya.
  - b. Biaya-biaya (jika ada) akan dikenakan sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku

4. Pengajuan transaksi tidak dapat dilakukan sampai batas waktu yang telah ditentukan jika dokumen persyaratan atau informasi yang dibutuhkan belum diterima.
5. Jika setelah dilakukan proses pengajuan Penarikan Dana Sebagian (*Withdrawal*) tidak dapat dilakukan proses transfer dana karena masih ada dokumen persyaratan/informasi tambahan yang harus dilengkapi dan sampai dengan batas waktu yang telah ditentukan dokumen persyaratan/informasi tambahan belum kami terima maka dana akan kami bukukan kembali ke polis.
6. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung adalah lengkap dan benar. Semua jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban/keterangan yang Saya berikan tidak benar maka PT Asuransi Jiwa Taspen berhak menolak pengajuan perubahan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis. Segala perubahan yang dapat mempengaruhi status kewajiban perpajakan Saya, atau informasi didalam formulir ini menjadi tidak benar atau tidak lengkap, akan diberitahukan kepada Perusahaan dalam jangka waktu 30 hari sejak terjadi perubahan.
7. Saya telah membaca, mengerti, memahami, dan menyetujui persyaratan serta ketentuan pencairan penarikan dana sebagian yang tertera pada formulir ini. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan pencairan penarikan dana sebagian ini menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya dan dengan ini saya membebaskan PT Asuransi Jiwa Taspen dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk dari Saya.
8. Saya mengerti dan memahami bahwa penarikan dana sebagian (*withdrawal*) dapat mengurangi jumlah Dana Investasi/Nilai Tunai. Dan apabila Dana Investasi/Nilai Tunai yang tersedia tidak lagi mencukupi untuk membayar Biaya Asuransi dan Biaya Administrasi maka Polis akan menjadi batal (*lapsed*) dan pertanggungangan tidak berlaku.
9. Saya/kami mengizinkan Perusahaan untuk mengumpulkan, menggunakan, menyingkapkan, menyimpan, mengelola dan/atau memproses seluruh data dan informasi pribadi yang sudah saya/kami berikan kepada Perusahaan dan/atau sudah dimiliki Perusahaan mengenai diri saya untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya. Dengan menandatangani formulir ini, saya memahami dan setuju bahwa Perusahaan dapat memberikan informasi yang saya berikan dalam formulir ini, termasuk informasi lainnya yang berada dalam penguasaan Perusahaan yang relevan dengan kualifikasi perpajakan yang dinyatakan dalam formulir ini kepada otoritas perpajakan terkait yang diperlukan Perusahaan untuk memenuhi kewajiban pelaporan perpajakan lokal dan internasional.
10. Saya/kami menyatakan persetujuan untuk menerima korespondensi, pengkinian informasi, penawaran produk dan/atau layanan dari Perusahaan, afiliasi dan mitra bisnis melalui surat, telepon, telepon seluler, e-mail, maupun saluran komunikasi pribadi lainnya.

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_

Tanggal (tgl/bln/tahun):    /    /

PEMEGANG POLIS	TERTANGGUNG
(Nama lengkap & Tanda tangan)	(Nama lengkap & Tanda tangan)

Ditandatangani oleh pihak PT Asuransi Jiwa Taspen (Taspen Life)

Tanggal (tgl/bln/tahun):    /    /

PENERIMA DOKUMEN	DIKETAHUI & DISETUJUI
(Nama lengkap & Tanda Tangan Pihak Taspen Life)	(Nama lengkap & Tanda Tangan Pejabat terkait)