

FORMULIR PILIHAN PERUSAHAAN ASURANSI JIWA PELAKSANA PEMBAYARAN MANFAAT PENSIUN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama Lengkap : _____

2. Status : ☐ Peserta ☐ Janda ☐ Duda ☐ Anak dari Peserta

3. Tempat/Tanggal Lahir : Nama _____ NIP _____
: _____, ____/____/____

Menunjuk permohonan Pembayaran Hak Manfaat Pensiun kepada Saudara, dan sesuai hak yang diberikan sebagaimana yang diatur dalam ketentuan yang berlaku, maka dengan ini saya menyatakan:

1. Untuk pembayaran Manfaat Pensiun secara Bulanan dalam Bentuk Anuitas (silakan pilih satu diantara dua pilihan) adalah sbb.:

☐ **MEMILIH** perusahaan Asuransi Jiwa dengan membeli Anuitas Seumur Hidup sebagai pelaksana pembayaran Manfaat Pensiun bulanan:

- Nama perusahaan : _____

- Alamat : _____

☐ **MEMBERI KUASA** kepada Pengurus Dana Pensiun UMSU untuk dan atas nama saya, memilihkan perusahaan asuransi jiwa pelaksana pembayar Manfaat Pensiun dengan mengutamakan kepentingan saya dan Ahli Waris saya.

Hal-hal lainnya yang berkaitan dengan pilihan bentuk anuitas maupun besaran manfaat pensiun yang akan diterima setiap bulan akan ditetapkan kemudian setelah diterimanya penjelasan dari pihak asuransi mengenai produk-produk anuitas yang ditawarkan.

2. Telah memahami dan mengetahui secara sadar atas segala risiko sehubungan dengan pilihan perusahaan Asuransi Jiwa, serta membebaskan Dana Pensiun UMSU dari tuntutan hukum apabila dikemudian hari terdapat permasalahan yang dapat merugikan saya dan Ahli Waris saya.
3. Dengan telah dialihkannya Hak Manfaat Pensiun saya kepada Perusahaan Asuransi Jiwa tersebut, maka hak dan kewajiban saya sebagai Peserta Dana Pensiun UMSU telah terpenuhi sesuai ketentuan berlaku.

Demikian pernyataan pilihan ini dibuat dengan sebenarnya dan merupakan bagian yang tak terpisahkan dengan formulir Permohonan Pembayaran Manfaat Pensiun Saya.

....., / /
Dibuat oleh,

Materai 10.000

Tandatangan dan Nama Lengkap.