

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Peserta : \_\_\_\_\_  
Nomer KTP : \_\_\_\_\_  
Nama Pemberi Kerja : \_\_\_\_\_  
Alamat Pemberi Kerja : \_\_\_\_\_

**MANFAAT DANA KOMPENSASI PASCAKERJA****Jenis Manfaat:**

Pensiun                       Meninggal Dunia                       PHK                       Perusahaan Mengundurkan Diri dari Kepesertaan

**Penerima Manfaat:**

Peserta                       Janda                       Duda                       Anak                       Pihak yang ditunjuk

Tanggal Berhenti Bekerja : \_\_\_\_\_

Tanggal Pembayaran : \_\_\_\_\_

**KETERANGAN PEMBAYARAN**

Nama Bank : \_\_\_\_\_ Cabang Bank : \_\_\_\_\_  
Nama Pemilik Rekening : \_\_\_\_\_ Nomer Rekening : \_\_\_\_\_  
Jumlah Pembayaran : \_\_\_\_\_  
Terbilang : \_\_\_\_\_

**DATA PENERIMA MANFAAT**

Nama	:	_____
Tempat / Tanggal Lahir	:	_____
Nomer KTP	:	_____
Alamat Tinggal	:	_____
Nomer Handphone	:	_____
Hubungan dengan Peserta	:	_____

**DOKUMEN PESERTA (diisi oleh petugas DPLK SAM)**

Kartu Peserta                       Fotokopi KTP                       Fotokopi NPWP                       Fotokopi Kartu Keluarga  
 Fotokopi Surat Nikah                       Fotokopi Akta Kematian                       Surat Keterangan Wali  
 Surat Keterangan Dokter (Disabilitas / Sakit Keras)  
 Fotokopi Surat Referensi Kerja / Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) dari Pemberi Kerja/Perusahaan

*Beri tanda (v) pada dokumen yang dilampirkan*

Paraf Petugas Cek Dokumen:

\_\_\_\_\_  
Nama & Paraf

**PERNYATAAN DAN TANDA TANGAN**

Dengan ini Saya menyetujui dengan sepenuhnya ketentuan pembayaran manfaat pensiun yang tercantum dalam Peraturan Dana Pensiun DPLK Sinarmas Asset Management (DPLK SAM) dan menyatakan persetujuan atas pembayaran manfaat tersebut diatas dan membebaskan DPLK SAM dan Karyawannya dari tuntutan hukum yang mungkin timbul dikemudian hari akibat adanya pembayaran manfaat pensiun ini.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Tempat                      Tanggal Bulan Tahun

Bagian Administrasi DPLK SAM  
Tanggal Terima Dokumen: \_\_\_\_\_

*Meterai Rp 10.000,-*

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan & Nama Lengkap  
Peserta / Penerima Manfaat

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan & Nama Petugas

**KETENTUAN PEMBAYARAN MANFAAT:**

1. Semua Peserta yang akan mengajukan dokumen Pembayaran Manfaat Dana Kompensasi Pascakerja, diwajibkan mengisi Formulir yang disediakan, dengan melampirkan persyaratan yang tercantum pada Peraturan Dana Pensiun DPLK SAM
2. DPLK SAM berhak meminta dokumen pendukung lain yang dibutuhkan terkait dengan pengajuan Pembayaran Manfaat Dana Kompensasi Pascakerja termasuk namun tidak terbatas pada penerimaan manfaat Dana Kompensasi Pascakerja yang dikirimkan bukan kepada rekening peserta langsung.
3. Pembayaran dilakukan paling lambat 5 (lima) hari kerja setelah permohonan pembayaran Manfaat Dana Kompensasi Pascakerja diterima dan dinyatakan lengkap oleh DPLK SAM
4. Dalam kondisi peserta meninggal dunia, maka Ahli Waris diwajibkan menandatangani Formulir Pembayaran Manfaat Dana Kompensasi Pascakerja ini.
5. Saya dan/atau Kami yang mengisi formulir Pembayaran Manfaat Dana Kompensasi Pascakerja ini bertanggung jawab dan membebaskan DPLK SAM dari segala macam tuntutan yang mungkin timbul saat ini maupun di kemudian hari sehubungan dengan pembayaran Manfaat Dana Kompensasi Pascakerja ini.