

## Formulir Pilihan Asuransi Jiwa Pelaksana Pembayaran Manfaat Pensiun

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nomor Peserta :  Nomor HP :   
Nama Peserta :  Alamat :   
Nomor Induk Pegawai :

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 Syariah (silahkan pilih satu diantara dua pilihan) adalah sebagai berikut :

Memilih Perusahaan Asuransi Jiwa Syariah dengan membeli Anuitas minimal paling singkat 10 tahun yaran Manfaat Pensiun bulanan :

▪ Nama :

▪ Alamat :

Memberi Kuasa kepada pengurus Dana Pensiun HIK Parahyangan untuk dan atas nama saya, memilihkan 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 Syariah, serta membebaskan Dana Pensiun HIK Parahyangan dari tuntutan hukum apabila kemudia hari terdapat permasalahan yang dapat merugikan saya dan ahli waris saya.

3.Dengan telah dialihkannya Hak Manfaat Pensiun saya kepada perusahaan Asuransi Jiwa Syariah tersebut, maka hak dan kewajiban saya sebagai peserta Dana Pensiun HIK Parahyangan telah terpenuhi sesuai ketentuan berlaku.

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 :

tempat :	tanggal:
<i>Materai</i> 10.000	
●—————● <i>tanda tangan &amp; nama jelas</i>	