

SURAT PENGESAHAN DATA BUKTI-DIRI (SPTB)
(Peraturan Dana Pensiun Kimia Farma Pasal 28 ayat (1), b)

Yang bertanda-tangan dibawah ini :

Nama :
No. DPT :
No.KTP : (Lampirkan fotokopi KTP)
Jalan : RT/RW :
Kel./Desa : Kecamatan :
Kota : Kode Pos : Telp. :

Pembayaran Manfaat Pensiun melalui :

1. Bank :, Atas nama :
No.Rek:
2. KSP :

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya dalam surat pernyataan ini, bahwa saya sebagai Pensiunan/Duda Pensiunan/Janda Pensiunan: (coret yang tidak perlu)

- A. saya telah menikah lagiYA / TIDAK (coret yang tidak perlu)
B. keluarga yang masih menjadi tanggungan saya adalah sebagai berikut :

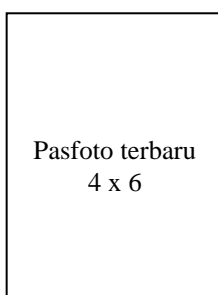
No	Nama Anggota Keluarga	Hubungan Kel.	Tempat/Tanggal Lahir	Keterangan
1				
2				
3				
4				

(Lampirkan Fotokopi Kartu Keluarga)

Mengetahui (Suami/Istri/Anak) :

Nama :

Tanda Tangan :
.....



Yang Menyatakan : Tanda Tangan /
Cap Tiga Jari Tengah Kiri

(.....)

DIISI OLEH KETUA RT SETEMPAT

Ketua RT :, Telp. :

Menyatakan bahwa :

1. Nama tersebut di atas adalah benar warga kami
2. Keterangan diri Yang Bersangkutan telah diperiksa sesuai bukti yang sah.
3. Susunan Keluarga sesuai dengan Kartu Keluarga No.

Ketua RT

(.....)

PERHATIAN ! :
SETELAH FORMULIR INI DIISI SEGERA KEMBALIKAN KE DANA PENSIUN KIMIA FARMA,
APABILA DALAM KURUN WAKTU 2 (DUA) BULAN SEJAK DITERIMANYA FORMULIR INI TIDAK
DIKEMBALIKAN MAKA PEMBAYARAN MANFAAT PENSIUNNYA AKAN DITANGGUHKAN SEMENTARA

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :
Nomor DPT :
Status Pensiunan : Pegawai/ Janda/ Duda/ Anak *
Status Keluarga :
Alamat domisili :
.....
.....
No. telepon yang bisa dihubungi :
Alamat email (pensiunan / kerabat) :

Dengan ini memberikan kuasa kepada :

N a m a : Bendahara DANA PENSIUN KIMIA FARMA
Alamat : Dana Pensiun Kimia Farma
Jl. Guntur No.20, Jakarta Selatan. 12980
Telepon: (021) 83701336/ (021) 83701760

Untuk mengirimkan uang Manfaat Pensiun yang menjadi hak saya dari Dana Pensiun Kimia Farma ke Rekening :

No. Rekening :
Bank :
Cabang :
.....
Atas Nama :

Surat Kuasa ini berlaku sampai dengan bulan Desember 2022 dan akan diperbaharui lagi untuk jangka waktu 1 (satu) tahun berikutnya.

.....,

Pemberi Kuasa

Penerima Kuasa

Meterai **
Rp. 10.000,-

(.....)

(.....)

*) Coret yang tidak perlu.

**) Bubuhkan meterai sebelum ditanda tangani oleh penerima Manfaat Pensiun.

***) Form Pengesahan Bukti diri ini dapat dikirimkan melalui whatsapp dengan nomor berikut: 0821-1234-9920

****) Silahkan kunjungi website kami untuk mendapatkan informasi terkini tentang Dana Pensiun Kimia Farma: <https://dapenkimiafarma.id/>

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :
Nomor DPT :
Status Pensiunan : Pegawai/Janda/Duda/Anak *
Status Keluarga :
Alamat :
.....
.....
.....
No. telepon yang bisa dihubungi :
Alamat Email :

Sehubungan dengan Surat Kuasa saya yang diberikan kepada Dana Pensiun Kimia Farma, dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Bersedia untuk memperbaharui Surat Kuasa tersebut 1 (satu) kali dalam setahun yaitu setiap akhir tahun.
2. Mengerti dan memahami apabila terjadi keterlambatan pengiriman Manfaat Pensiun akibat terlambatnya memperbaharui Surat Kuasa seperti pada point 1 (satu) di atas.
3. Berkewajiban memberikan informasi sesegera mungkin kepada Pengurus Dana Pensiun apabila terjadi perubahan keluarga dari Pensiunan/Janda/Duda/Anak meninggal dunia, kawin dan sebagainya dengan mengirimkan salinan surat kematian, surat kawin dan sebagainya yang dikeluarkan oleh Pamong Praja setempat.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....,

Yang membuat pernyataan,

(.....)

*) Coret yang tidak perlu.

**) Form Pengesahan Bukti diri ini dapat dikirimkan melalui whatsapp dengan nomor berikut: 0821-1234-9920

***) Silahkan kunjungi website kami untuk mendapatkan informasi terkini tentang Dana Pensiun Kimia Farma: <https://dapenkimiafarma.id/>