

Formulir Klaim Meninggal Dunia / *Death Claim Form* – PT Sun Life Financial Indonesia

Semua bagian dalam formulir ini WAJIB diisi dengan BENAR & LENGKAP sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat. Terima kasih atas kerjasamanya.
All sections in this form MUST be filled CORRECTLY AND COMPLETELY in order to assure a fast and accurate claim processing. Thank you for your cooperation.

A. ADMINISTRASI (Bagian A dilengkapi oleh Penerima Manfaat) / ADMINISTRATIVE (Section A to be completed by Beneficiary)			
No. Polis/ <i>Policy No:</i>		Nama Pemilik Polis/ <i>Policy Holder Name :</i>	
No. Identitas (KTP/SIM/Paspor) : <i>ID No. (KTP/Driving License/Passport)</i>		Nama Tertanggung / <i>Insured Name :</i>	
Alamat Tertanggung / <i>Insured Address :</i>		Tempat & Tanggal lahir Tertanggung / <i>Date of birth Insured (dd/mm/yyyy):</i>	
		Jenis kelamin/ <i>Gender:</i> <input type="checkbox"/> Laki-laki/ <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Perempuan/ <i>Female</i>	
Tempat & Tanggal Meninggal Dunia / <i>Place & Date of Death :</i>			
<input type="checkbox"/> Rumah/ <i>Home</i> <input type="checkbox"/> Rumah Sakit/ <i>Hospital</i> <input type="checkbox"/> Lainnya/ <i>Other</i> _____			
Tanggal/ <i>Date</i> _____ (<i>dd/mm/yyyy</i>)			
Penyebab Meninggal Dunia / <i>Cause of Death:</i>			
<input type="checkbox"/> Sakit/ <i>Disease</i> , Nama Penyakit / <i>Disease</i> _____ Lama menderita sakit / <i>Duration of Illness :</i> _____ Tanggal pertama kali menderita penyakit ini / <i>First time suffered this disease</i> _____ (<i>dd/mm/yyyy</i>) Dokter yang menangani / <i>Attending Physician:</i> _____ Keluhan & Gejala yang ada / <i>Signs & Symptoms</i> _____			
<input type="checkbox"/> Kecelakaan / <i>Accident:</i> Tempat & Tanggal terjadinya kecelakaan / <i>Place & Date of Accident</i> _____ (<i>dd/mm/yyyy</i>) Jenis Kecelakaan (lalu lintas/kerja/lain-lain, sebutkan jenisnya) / <i>Type of Accident (traffic/work/other, please provide details):</i> _____ Kronologis Kecelakaan / <i>Accident Chronology:</i> (Jika kolom tidak cukup harap dibuat di lembar terpisah)			
<input type="checkbox"/> Lainnya/ <i>Other :</i> (Mohon dijelaskan / <i>Please Describe</i>) (Jika kolom tidak cukup harap dibuat di lembar terpisah)			
Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap yang pernah dilakukan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya? <i>Was there any previous consultation/treatment/hospitalization in hospital or any other facilities?</i>			
Jika ADA, mohon untuk memberikan penjelasan di bawah ini/ <i>If YES, please provide details below:</i>			
Tanggal <i>Date</i>	Penyakit/Kelainan (rincian pengobatan) <i>Disease/Disorder (details of treatment)</i>	Nama Dokter/Rumah Sakit <i>Doctor Name/Hospital</i>	Alamat dan No telepon Dokter/Rumah Sakit <i>Address and Telephone Number of Doctor/Hospital</i>
Apakah Tertanggung mempunyai asuransi jiwa lainnya? / <i>Did the Insured have other Insurance?</i> <input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i>			
Nama Perusahaan Asuransi / <i>Insurance Name :</i> _____			
Nomor Polis / <i>Policy Number :</i> _____			
Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar sesuai keadaan sebenarnya serta sesuai dengan pengetahuan dan keyakinan saya / <i>I declare that I have read, understood and answered all of the questions above completely and correctly according to actual circumstance and also my knowledge and belief.</i>			
Ditandatangani di / <i>Signed in</i> : _____		Tanggal / <i>Date</i> : _____ (<i>dd/mm/yyyy</i>)	
Yang mengajukan klaim / <i>Claimant :</i> _____		Alamat / <i>Address :</i> _____	
Hubungan dengan Tertanggung / <i>Relation with Insured</i> : _____		No.Telp/Phone No : _____	
Tandatangan pengaju klaim / <i>Claimant signature</i> : _____			

PERNYATAAN DAN KUASA PENERIMA MANFAAT ATAS DATA TERTANGGUNG
BENEFICIARY DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY OF THE INSURED'S DETAILS

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa/*I hereby declare and agree that:*

1. Saya telah membaca, mengerti, menjawab, dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap, dan sesuai keadaan sebenarnya.
I have read, understood, answered and filled in all the questions above honestly, completely and in accordance with actual condition
2. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap dokter, klinik, rumah sakit, puskesmas, laboratorium, institusi medis manapun, perusahaan asuransi, badan hukum, lembaga, atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Sun Life Financial Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung sebagaimana halnya Tertanggung telah memberi kuasa yang sama dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa.
I give power of attorney that will not terminate for reasons listed in article 1813 Civil Code to any doctor, clinics, hospitals, health centers, laboratories, medical institutions, insurance companies, legal entities, institutions, or individuals that possesses record/information or knows the condition/health of Insured, to inform PT Sun Life Financial Indonesia, or its attorney-in-fact, all records/information about the condition/health of the insured.
3. Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim ini ditulis dengan benar dan Saya menyetujui Pernyataan Pemberian Kuasa ini untuk digunakan sebagaimana mestinya.
All information in this Claim Form was written truthfully and I hereby agree that this Statement of Power of Attorney to be used accordingly.
4. Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.
Copy of this statement and power of attorney are as legal and valid as the original document.
5. Saya memberi kuasa kepada agen Tertanggung untuk membahas kondisi medis Tertanggung sebagaimana mestinya dengan PT Sun Life Financial Indonesia .
I authorize the Insured's agent to discuss medical conditions of the Insured as necessary with PT Sun Life Financial Indonesia .

Tanda tangan yang mengajukan klaim / *Signature of Claimant* :

Tanggal/*Date* :

Materai / *Stamp*

Rp10,000,-

Sesuai dengan Undang Undang Republik Indonesia (UU) no. 10 tahun 2020 tentang Bea Meterai dengan tarif tetap sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah)

Nama lengkap / *Full Name* :

B. BAGIAN MEDIS (Bagian B dilengkapi oleh dokter)/MEDICAL SECTION (Section B to be completed by Physician)

Nama Lengkap Almarhum(ah) / Complete Name of Deceased : _____

No. Rekam Medik / Medical Record No. : _____

 Tempat & Tanggal lahir Almarhum (ah) /
Place & Date of Birth of Deceased (dd/mm/yyyy) : _____

 Jenis Kelamin/Gender : Laki-laki/Male Perempuan/Female

 Tanggal meninggal dunia / Date of Death :
(dd/mm/yyyy) _____

Tempat Meninggal Dunia / Place of Death :

 Rumah/Home Rumah Sakit / Hospital : _____ Lainnya / Other : _____

Penyebab Utama Meninggal Dunia / Main Cause of Death :

 Penyakit / Disease,
 Diagnosis Lengkap / Complete Diagnose : _____
 Terdiagnosa sejak / Diagnosed since : _____ (dd/mm/yyyy)
 Tanda & Keluhan / Signs & Symptoms : _____
 Keluhan diderita sejak /
 Deceased aware for this illness since : _____ (dd/mm/yyyy)
 Pemeriksaan Penunjang / Supporting Examination : _____
 (Mohon dilampirkan salinan hasil pemeriksaan /
 Please attach copy of the result)

 Kecelakaan / Accident :
 Tempat & Tanggal terjadinya kecelakaan / Place & Date of Accident : _____ (dd/mm/yyyy)
 Jenis Kecelakaan (lalu lintas/kerja/lain-lain, sebutkan jenisnya) /
 Type of Accident (traffic/work/other, please provide details) : _____
 Status Lokal / Local Status : _____

 Lainnya/ Other :
 (Mohon dijelaskan / Please Describe)

Menurut pengamatan Dokter, apakah kematian ini juga disebabkan atau dipercepat atau merupakan komplikasi dari penyakit lain ? Jika Ya, mohon dijelaskan jenis penyakit apa saja dan sudah sejak kapan diderita Almarhum (ah) / Based on your observation, is the death was also caused by or accelerated by or a complication of another disease? If yes, what another disease was it and how long was it suffered by the deceased

 Apakah ada hal lain yang mempengaruhi sebab kematian Almarhum(ah) yang berasal dari kebiasaan (narkotik, alkohol, dll), sejarah keluarga atau pekerjaan ?
 Is there any other things which affect the death of the deceased such as the deceased's habits (alcohol, narcotics, etc), family history or occupation?

 Jika Almarhum(ah) sudah dalam keadaan meninggal pada saat Dokter memeriksa, mohon diberikan keterangan sebab meninggalnya dari pengamatan yang dokter lakukan. Mohon dijelaskan juga lokasi dan jenis lukanya, jika ada (misalnya karena benda tajam, tumpul, dll). Bila kolom ini tidak mencukupi dapat menggunakan lembar lain.
 If it is a Death on Arrival case, please explain the cause of death based on doctor's observation. Please also describe the location & the type of injuries, if any (ie. caused by a sharp/blunt object, etc). If this column is not sufficient, please use an extra sheet.

 Apakah dilakukan Autopsi pada Almarhum (ah) ? /
 Has the autopsy been conducted to the deceased ?

 Ya / Yes
 Tidak / No

Jika Ya, mohon jelaskan / If Yes, please explain
 Tanggal Autopsi / Date of Autopsy : _____ (dd/mm/yyyy)
 Keterangan / Remark : _____

Mohon dilampirkan dan dijelaskan hasil pemeriksaan kesehatan tambahan lain (seperti X-ray,EKG,dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter <i>Please attach & describe the results of any additional test (X-ray,EKG,etc) together with your conclusions</i>		Jenis Pemeriksaan / <i>Type of tests</i>	Kesimpulan / <i>Conclusions</i>	
Adakah riwayat penyakit/konsultasi/pengobatan/rawat inap yang pernah dilakukan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya yang dokter ketahui ? <i>Was there any previous diseases / consultation/treatment/hospitalization in hospital or any other facilities that you know?</i> Jika ADA, mohon untuk memberikan penjelasan di bawah ini/ <i>If YES, please provide details below:</i>				
Tanggal Berobat <i>Date (mm/dd/yyyy)</i>	Diagnosis <i>Diagnose</i>	Terdiagnosa sejak <i>Diagnosed since</i>	Nama Dokter/Rumah Sakit <i>Doctor's Name/Hospital</i>	Alamat & Nomor Telp Dokter/Rumah Sakit <i>Address & Phone Number of Doctor / Hospital</i>
Informasi lain yang menurut Dokter perlu disampaikan mengenai keadaan kesehatan Almarhum(ah) <i>Any information, which in your opinion, needs to be explained about Deceased health condition</i>				
<p>Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan LENGKAP dan BENAR sesuai dengan keadaan dan keilmuan yang berlaku. Saya bertanggung-jawab atas seluruh jawaban yang ada dan bersedia bertanggung-jawab apabila terjadi sengketa dikarenakan jawaban saya tersebut. <i>I hereby state as the doctor who treated/handled the above mentioned patient, that I have read and answered the questions in this form completely and truly in accordance with the condition and the applicable medical knowledge. I am responsible for all of my answers and will responsible in case of any dispute due to my answers.</i></p> <p>Nama Dokter/<i>Doctor's Name</i> : _____</p> <p>Alamat/<i>Address</i> : _____</p> <p>Tempat dan tanggal/ <i>Place and date</i> : _____</p> <p>Tanda tangan dokter dan stempel rumah sakit : _____ <i>Signature of doctor and stamp of hospital or doctor</i></p> <p>Catatan : Seluruh jawaban dan pernyataan dalam formulir ini dapat diajukan oleh Perusahaan kepada IDI (Ikatan Dokter Indonesia), MKDKI (Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia) & MKEK (Majelis Kehormatan Etik Kedokteran) dalam rangka Audit Medik sesuai UU Praktik Kedokteran Pasal 44, Pasal 49 dan Pasal 74</p>				

C. Surat Permintaan Pembayaran Klaim (Bagian C dilengkapi oleh Penerima Manfaat)
Claim Payment Request (Section C to be completed by Beneficiary)

No. Polis/*Policy No.* : _____

Nama Pemilik Polis/*PolicyHolder's Name* : _____

Nama Tertanggung/*The Insured's Name* : _____

Nama Bank/*Name of Bank* : _____

Cabang/*Branch* : _____

No. Rekening/*Bank account number* : _____

Nama Pemilik Rekening/*The name of the account holder* : _____

Catatan/*Note*: Harap melampirkan fotokopi buku tabungan/*Please attach a copy of savings book*

Pembayaran akan dilakukan dalam mata uang yang ditetapkan dalam plan anda kecuali jika kami menyetujui sebaliknya secara tertulis.
Payment shall be made in the currency defined in your plan unless we agree otherwise in writing.

Jika Anda mempunyai pertanyaan tentang formulir ini atau pertanyaan lain tentang program ini, silahkan menghubungi Pusat Layanan Nasabah di nomor 1 500SUN (786), nomor faksimile (021) 2966 9806 dengan memberikan nomor Polis. Anda juga dapat mengakses www.sunlife.co.id untuk mengetahui info terkini seputar PT Sun Life Financial Indonesia

If you have any questions regarding this form or any other questions of the coverage, please contact Customer Contact Center at 1-500786, fax number (021) 29669806 by quoting your Policy numbers. You can also access www.sunlife.co.id to know the latest info regarding PT Sun Life Financial Indonesia.

Klaim harus diajukan beserta dokumen pendukung dalam waktu **maksimal 90 (sembilan puluh) hari** sejak tanggal meninggal dunia. Kirimkan formulir klaim ini beserta dokumen pendukung kepada Departemen Klaim, PT Sun Life Financial Indonesia, Menara Sun Life Lantai 11, Jln. Dr.Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3, Kawasan Mega Kuningan, Jakarta Selatan 12950, Indonesia.

*Claims must be submitted along with supporting documents **at the latest 90 days since the date of death**. Send this claim form together with supporting documents to Claim Department, PT Sun Life Financial Indonesia, Menara Sun Life 11th Floor, Jln. Dr.Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3 Kawasan Mega Kuningan, South Jakarta 12950, Indonesia .*