

PERNYATAAN DAN KUASA PEMILIK POLIS ATAS DATA TERTANGGUNG
POLICY OWNER DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY OF 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, understand, answer and fill in all the questions above with the honest truth, complete 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 that will not expire for reasons listed in article 1813 Civil Code to any doctor, clinics, hospitals, health centers, laboratories, medical institutions, insurance companies, legal entities, agencies, or individuals who are record/information or know the condition/health of Insured, to inform PT Sun Life Financial Indonesia ("company"), or those authorized by him, all records/information about themselves and the condition/health of the insured.
3. Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim ini ditulis dengan benar dan Saya menyadari bahwa salinan Pernyataan Pemberian Kuasa dari Pemilik Polis ini dapat berlaku sebagaimana mestinya.
All information in this Claim Form was written truthfully and I hereby agree that this Declaration and Power of Attorney to be used promptly.
4. Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.
Copy of the this Declaration is as valid and has same power in accordance with the original document.
5. Saya memberikuasa kepada agen saya untuk membahas kondisi medis Tertanggung sebagaimana mestinya dengan PT Sun Life Financial Indonesia .
I authorize my financial advisor/agent to discuss medical conditions of the Insured as necessary with my insurer or its authorized agent on my behalf.

Tanda tangan Pemilik Polis/*Signature of Policy Owner :*

Tanggal/*Date:*

Meterai / *Stamp*

Rp. 10,000,-

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 :*

**C. Surat Permintaan Pembayaran Klaim (Bagian C dilengkapi oleh Pemilik Polis)
Claim Payment Request (Section C to be completed by Policy Holder)**

No. Polis/Policy No. : _____

Nama Pemilik Polis/Policy Holder's Name : _____

Nama Tertanggung/The Insured's Name : _____

Jenis Klaim/Type of Claim : Rawat Jalan/Outpatient Rawat Inap/Inpatient

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 fotocopy 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.

D. DOKUMEN PENDUKUNG YANG WAJIB DILAMPIRKAN / SUPPORTING DOCUMENTS WHICH MUST BE SUBMITTED:

- (i) Formulir pengajuan klaim yang telah dilengkapi oleh Pemilik Polis dan/atau Penerima Manfaat apabila Pemilik Polis telah meninggal dunia;
Health claim form completed by the Policy Holder and/or Beneficiary if the Policy Holder has passed away
- (ii) Formulir Surat keterangan Rawat Inap dari Dokter yang merawat (asli);
Attending Physician's Statement Form (original)
- (iii) Seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (asli atau fotokopi);
All the results of laboratory tests and radiology (original or copy)
- (iv) Kuitansi biaya Perawatan yang dikeluarkan Rumah Sakit yang bersangkutan untuk Tertanggung yang menjalani Rawat Inap dengan/atau tanpa Pembedahan yang dikeluarkan Rumah Sakit bersangkutan (asli);
In-patient receipt issued by hospital regarding the treatments of the Insured with or without any surgery (original)
- (v) Rincian biaya Perawatan Rumah Sakit dan/atau Dokter yang merawat (asli atau fotokopi yang dilegalisasi oleh Rumah Sakit);
Hospitalization details fee and/or treating physician fee (original or copy certified by the hospital)
- (vi) Salinan resep ;
Copy of prescription
- (vii) Bukti diri dari Pemilik Polis dan Tertanggung atau Penerima Manfaat (fotokopi);
ID of Policy Holder and Insured or Beneficiary (copy)
- (viii) Surat Berita Acara dari Kepolisian dalam hal Perawatan disebabkan oleh Kecelakaan (asli);
Police report for accident (original)
- (ix) Surat keterangan dari Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) atau Konsulat Jenderal setempat dalam hal Kecelakaan di luar negeri (asli);
Certificate from the Republic Indonesia embassy (KBRI) or consulate general for accident that occurs in foreign country (original)
- (x) Surat Rujukan dari Dokter untuk Perawatan lanjutan setelah Rawat Inap dan Kecelakaan (asli atau fotokopi); dan
Reference letter from the physician for the follow up treatment after hospitalization and accident (original or copy) ; and
- (xi) Dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung terkait dengan klaim Manfaat Asuransi Tambahan.
Other necessary documents determined by Insurer related to the claim benefit riders.

Seluruh dokumen syarat klaim harus tertulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris/ All the claim documents should be written in Bahasa or English.

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 on 1 500SUN (786), fax number (021) 2966 9806 quoting your Policy numbers. You can also access www.sunlife.co.id to know the update info about the PT Sun Life Financial Indonesia.

Klaim harus diajukan beserta dokumen pendukung dalam waktu **30 (tiga puluh) hari** sejak tanggal selesainya perawatan di Rumah Sakit. 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 within **30 days** from date of service. Send this claim form together with supporting documents to Claim Department, PT Sun Life Financial Indonesia, Menara Sun Life Lantai 11, Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3, Kawasan Mega Kuningan, South Jakarta 12950, Indonesia.