



**PERNYATAAN DAN KUASA PEMILIK POLIS ATAS DATA TERTANGGUNG  
POLICY HOLDER 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 Pemilik Polis/*Signature of Policy Holder* :

Tanggal/*Date*:

Materai / *Stamp*

Rp10,000.00

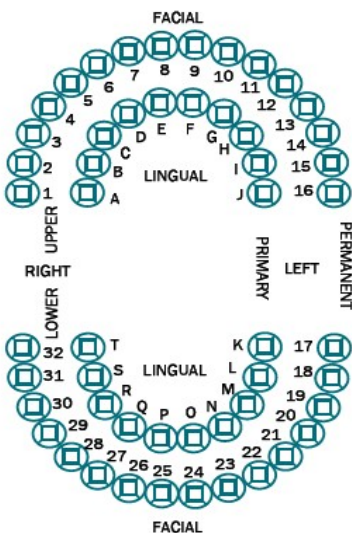
Sesuai dengan Undang Undang Republik Indonesia (UU) no. 10 tahun 2020 tentang Bea Meterai dengan tarif tetap sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah)

Nama lengkap / *Full Name* :

---

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

Nama Pasien / <i>Name of the patient:</i>	
No Rekam Medik / <i>Medical Record No:</i>	Tanggal lahir / <i>Date of Birth (dd/mm/yyyy):</i>
Jenis Kelamin / <i>Gender:</i> <input type="checkbox"/> Laki-laki / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Perempuan / <i>Female</i>	Tanggal konsultasi / <i>Consultation Date (dd/mm/yyyy)</i>
Anamnesa / <i>Anamneses; riwayat penyakit / history of disease</i>	
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui pasien (tgl/bln/thn): <i>Date of first occurrence of the symptom and complaint (dd/mm/yyyy) :</i>	Tanggal pertama kali konsultasi untuk sakit tersebut (tgl/bln/thn): <i>Date of first consultation for this disease (dd/mm/yyyy):</i>
Nama dan alamat dokter yang merujuk: <i>Name and address of referral doctor</i>	
Jenis dan hasil pemeriksaan fisik (lab, rontgen, CT scan, hasil PA, dan lain-lain): <i>Physical examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical pathology result, etc)</i>	
Diagnosis atau dugaan diagnosis: <i>Final diagnose or working diagnose :</i>	Tanggal pertama kali diagnosis ditetapkan (tgl/bln/thn): <i>Specified date of first diagnose (dd/mm/yyyy):</i>
Jenis tindakan pembedahan (jika dilakukan): <i>Type of surgery (if performed)</i>	
Terapi medis / <i>Medical therapy:</i>	

**DILENGKAPI OLEH DOKTER GIGI / TO BE COMPLETED BY DENTIST**

 Berikan tanda centang pada (  ) apabila sesuai / *Please tick (  ) where appropriate :*

- Perawatan gigi rutin / *Routine dentistry*
- Pemasangan kawat gigi (estetika) / *Orthodontist (esthetic)*
- Pemeriksaan / *Check Up*
- Kecelakaan / *Accident*
- Kelainan Bawaan (perkembangan) / *Congenital (developmental)*

Apakah kondisi tersebut disebabkan atau ada kaitannya dengan kondisi yang disebutkan berikut ini/ *Was the condition caused by or in anyway associated with condition mentioned below :*

- |  |                                 |                                   |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| a. Pengaruh obat-obatan terlarang atau alkohol/ <i>The influence of drugs or alcohol intake?</i>               | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| b. HIV/PHS ( <i>Sexual Transmitted Diseases</i> )/AIDS?  | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| c. Ketidaksuburan atau sterilisasi/ <i>Infertility or sterilization?</i>                                       | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| d. Kosmetik atau bedah plastik/ <i>Cosmetic or plastic surgery?</i>  | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| e. Psikiatri atau gangguan kejiwaan/ <i>Psychiatric or mental disorder?</i>                                    | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| f. Cacat, kelainan bawaan, atau hereditas/ <i>Congenital deformities or anomalies or hereditary</i>            | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| g. Bunuh diri, ketidakwarasan, atau melukai diri sendiri/ <i>Suicide, insanity or self-inflicted injury?</i>   | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| h. Dental/Dental?  | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| i. Faktor usia/ <i>Geriatric?</i>  | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| j. Gangguan Menstruasi atau Hormonal/ <i>Menstruation syndrome or Hormonal?</i>                                | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| k. Gangguan kehamilan, melahirkan, atau komplikasinya / <i>Pregnancy syndrome, delivery orit complication?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| l. Kecelakaan/ <i>Accident?</i>  | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |

Jika Ya, mohon untuk memberikan kronologis kecelakaan tersebut:  
*If Yes, please give the chronology of the accident:*

---



---



---

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 hereby state as the doctor who treated of the above mentioned patient, that I have read and answered the questions in this form COMPLETELY AND CORRECTLY according with the condition and medical knowledge that applicable. I am responsible for all of my answers and will responsible in case of any dispute due to my answers.*

Nama Dokter/Doctor's Name : \_\_\_\_\_

Alamat/Address : \_\_\_\_\_

Tempat dan tanggal/ Place and date : \_\_\_\_\_

Tanda tangan dokter dan stempel rumah sakit : \_\_\_\_\_  
*Signature of doctor and stamp of hospital or doctor*

**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

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

No. Polis/*Policy No.* : \_\_\_\_\_

Nama Pemilik Polis/*Policy Holder Name* : \_\_\_\_\_

Nama Tertanggung/*The Insured 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 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 agreed 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 died*
- (ii) Formulir Surat keterangan Dokter (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 & Rincian baya Pengobatan yang dikeluarkan Rumah Sakit yang bersangkutan untuk Tertanggung (asli);  
*Hospital receipt & Bills regarding the treatments of the Insured with or without any surgery (original)*
- (v) Salinan resep ;  
*Copy of prescription*
- (vi) Bukti diri dari Pemilik Polis dan Tertanggung atau Penerima Manfaat (fotokopi);  
*ID of Policy Holder and Insured or Beneficiary (copy)*
- (vii) Surat Berita Acara dari Kepolisian dalam hal Pengobatan disebabkan oleh Kecelakaan (asli);  
*Police report for accident (original)*
- (viii) 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 occurred in foreign country (original)*
- (ix) 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](http://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](http://www.sunlife.co.id) to know the latest info regarding 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, Jl. 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, Street. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3, Kawasan Mega Kuningan, South Jakarta 12950, Indonesia.*