Formulir Klaim Melahirkan / *Maternity Claim Form*

Semua bagian dalam formulir ini WAJIB diisi dengan BENAR & LENGKAP sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat. Terima kasih atas kerjasamanya.
All sections of this form MUST be completed CORRECTLY AND IN FULL to ensure fast and accurate claim processing. Thank you for your cooperation.

A. ADMINISTRASI (Bagian A dilengkapi oleh Pemegang Polis/Peserta)/ *ADMINISTRATION (Section A to be completed by the Policy Holder/Participant)*

No. Polis/*Policy No.*:	Nama Pemegang Polis/*Policy Holder's Name*:
Nama Peserta/ *Participant's Name*:	

RINCIAN PASIEN/*PATIENT'S DETAILS*

Nama Pasien/*Patient's Name*:	Tanggal lahir/*Date of Birth (dd/mm/yyyy):*
Alamat/*Address*:	No. Telepon./*Contact Number*:

Gejala atau Keluhan saat ini / *Current symptoms or complaints:*

Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui (tgl/bln/thn) :
Date when the symptoms or complaints first occurred (dd/mm/yyyy):

Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap yang dilakukan di rumah sakit ini atau fasilitas kesehatan lainnya dalam 5 tahun terakhir?
Has the patient had any previous consultations, outpatient treatment, or hospitalization at this hospital or any other healthcare facility within the last 5 years?
Jika ADA, mohon untuk memberikan penjelasan di bawah ini/ *If YES, please provide details below*:

Tanggal *Date*	Penyakit/Kelainan (rincian pengobatan) *Disease/Disorder (details of treatment)*	Nama Dokter/Rumah Sakit *Doctor's Name/Hospital*	Alamat dan No telepon Dokter/Rumah Sakit *Address and Telephone Number of Doctor/Hospital*

MOHON JAWAB PERTANYAAN BERIKUT JIKA ANDA MENGAJUKAN KLAIM UNTUK PERAWATAN DI LUAR NEGERI / DI LUAR WILAYAH ASURANSI
PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS IF YOU ARE CLAIMING FOR TREATMENT OVERSEAS / OUTSIDE THE COVERED AREA

Negara di mana perawatan dilakukan / *Country where the treatment took place :*

Alasan pasien keluar negeri /*Patient's reason for being overseas:*

Tanggal keberangkatan dan kembali ke Indonesia /wilayah yang Diasuransikan/ *Date of departure and return to Indonesia /covered area*
Dari/*From (dd/mm/yyyy):* Sampai/*To (dd/mm/yyyy) :*

Mohon untuk melampirkan salinan Paspor, atau Visa (Jika ada disyaratkan oleh Negara tujuan)
Please enclose a copy of your passport or visa (if required by the destination country).

PERNYATAAN DAN KUASA PEMEGANG POLIS ATAS DATA PESERTA
POLICY HOLDER'S DECLARATION AND AUTHORIZATION REGARDING THE PARTICIPANT'S DATA

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 and understood the questions above and have answered and completed them truthfully, fully, and in accordance with the actual circumstances.*

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, perusahaan reasuransi, badan hukum, lembaga, atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Peserta, untuk memberitahukan kepada PT Sun Life Financial Syariah Indonesia (Sun Life Syariah) atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Peserta sebagaimana halnya Peserta telah memberi kuasa yang sama dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa / *I grant an authorization that shall not terminate for any of the reasons specified in Article 1813 of the Indonesian Civil Code to any doctor, clinic, hospital, community health center, laboratory, medical institution, insurance company, reinsurance company, legal entity, agency, or individual that holds records or information concerning, or has knowledge of, the Participant's condition or health, to disclose to PT Sun Life Financial Syariah Indonesia (Sun Life Syariah), or any party authorized by it, all records and information concerning the Participant and the Participant's condition or health, as if the Participant had granted the same authorization in the Life Insurance Application Form.*

3. Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim ini ditulis dengan benar dan berlaku sebagaimana mestinya/*All information provided in this Claim Form is true and may be used for its intended purpose.*

4. Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan berlaku sesuai dengan dokumen aslinya/*A copy or photocopy of this Declaration and Authorization has the same legal force and validity as the original document.*

5. Saya memberi kuasa kepada agen Peserta untuk membahas kondisi medis Peserta sebagaimana mestinya dengan Sun Life Syariah/*I authorize the Participant's agent/financial advisor to discuss the Participant's medical condition with Sun Life Syariah as necessary.*

6. Saya memberikan kuasa yang tidak dapat dicabut kembali kepada Sun Life Syariah, agen asuransi, dan afiliasinya untuk/*I grant irrevocable authorization to Sun Life Syariah, Sun Life's insurance agents, and its affiliates to:*

   a) Memberitahukan kepada pihak ketiga dan menggunakan informasi dan data yang diberikan dalam dokumen klaim ini dan segala perubahannya untuk keperluan manfaat dan pelayanan asuransi dan segala hal yang berkaitan dengannya/*Notify third parties of, and use, the information and data provided in this claim document and any amendments thereto for the purposes of insurance benefits, services, and related matters.*

   b) Mendapatkan semua catatan riwayat kesehatan saya dari tenaga medis/rumah sakit/klinik, Puskesmas dan/atau laboratorium, Sun Life Syariah asuransi atau Sun Life Syariah reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang memiliki catatan riwayat kesehatan Saya dan untuk memberikan catatan riwayat kesehatan Saya kepada pihak ketiga selama pihak ketiga tersebut dapat menunjukkan secara wajar bahwa mereka memiliki wewenang berdasarkan perjanjian atau peraturan yang berlaku atau kuasa dari Saya untuk mendapatkan catatan riwayat kesehatan Saya. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari dokumen klaim dan mengikat Saya, ahli waris, dan keluarga Saya. Untuk pelaksanaan kuasa ini Saya dengan ini mengenyampingkan ketentuan-ketentuan dalam Pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata. Salinan/fotokopi dari kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya/*Obtain all records of my medical history from healthcare professionals, hospitals, clinics, community health centers, laboratories, insurance or reinsurance companies, bodies, agencies, institutions, or other parties that hold such records, and disclose my medical records to a third party, provided that the third party can reasonably demonstrate its authority under an applicable agreement or regulation, or under an authorization granted by me, to obtain those records. This authorization forms an integral part of the claim documents and is binding on me, my heirs, and my family. For the purpose of exercising this authorization, I hereby waive the provisions of Articles 1813, 1814, and 1816 of the Indonesian Civil Code. A copy or photocopy of this authorization is as valid and enforceable as the original document.*

   c) Memberitahukan atau melaporkan kepada instansi pemerintah atau pengatur hukum bahwa informasi dan data yang diberikan dalam dokumen pengajuan klaim dan segala perubahannya untuk tujuan kepatuhan terhadap hukum yang berlaku di Sun Life Syariah dan afiliasinya (di Indonesia atau negara lainnya)/*Disclose or report to government authorities or regulatory bodies the information and data provided in the claim submission documents and any amendments thereto for the purpose of ensuring compliance with laws applicable to Sun Life Syariah and its affiliates, whether in Indonesia or other countries.*

7. Saya mengizinkan Sun Life Syariah untuk memperoleh, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, memperbaiki, memperbarui, menampilkan, mengumumkan, mentransfer, menyebarluaskan atau mengungkapkan, dan/atau menghapus atau memusnahkan seluruh data dan informasi pribadi yang sudah Saya berikan kepada Sun Life Syariah, afiliasi dan mitra bisnis dan/atau sudah dimiliki Sun Life Syariah, afiliasi dan mitra bisnis mengenai diri saya untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya/*I authorize Sun Life Syariah to obtain, collect, process, analyze, store, correct, update, display, publish, transfer, disseminate, disclose, delete, and/or destroy all personal data and information concerning me that I have provided to, or that is already held by, Sun Life Syariah, its affiliates, and business partners for investigation, marketing research and analysis, and other purposes.*

8. Saya dapat menarik kembali persetujuan pemrosesan Data Pribadi Saya yang telah diberikan kepada Sun Life Syariah, kecuali untuk kepentingan investigasi terkait pembayaran Manfaat Asuransi dan hal lain sehubungan dengan Polis serta ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan/*I may withdraw the consent I have given to Sun Life Syariah to process my Personal Data, except where such processing is required for investigations related to the payment of Insurance Benefits, other matters concerning the Policy, or as stipulated by applicable laws and regulations.*

9. Saya memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis; dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("Permohonon Nasabah"). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan Sun Life Syariah dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Nasabah dan/atau menetapkan Jumlah Kontribusi. ./ *I understand that I have an obligation to act in utmost good faith in (i) submitting an insurance application and/or any other application relating to the Policy; and (ii) submitting a claim for Insurance Benefits ("Customer Application"). Therefore, I understand that I am required to disclose, and have truthfully and fully disclosed, all material facts, namely any data, information, answers, details, circumstances, statements, and facts that may influence Sun Life Syariah's decision to accept or reject a Customer Application and/or determine the Contribution Amount.*

10. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("Informasi Nasabah") dalam SPAJ Syariah, formulir-formulir, dan dokumen-dokumen lain yang disyaratkan oleh Pemegang Polis sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya) ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Nasabah adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Nasabah yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. / *I hereby declare and warrant that all data, information, answers, statements, representations, and/or facts that I have provided ("Customer Information") in the Syariah Life Insurance Application Form (SPAJ Syariah), forms, and other documents required by the Policy Holder in connection with an insurance application, Policy Reinstatement application, Policy amendment application, and/or any other Policy-related application, as applicable ("Application Documents"), are complete, true, accurate, current, consistent with the actual facts, and consistent with one another, and that I have not concealed any Customer Information, whether intentionally or unintentionally.*

11. Apabila Informasi Nasabah tersebut ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat lnformasi Nasabah yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Sun Life Syariah melakukan hal-hal berikut ini: :/ *In the event that such Customer Information proves to be incomplete, untrue, inaccurate, not current, not in accordance with actual facts, and/or inconsistent with one another, or there is Customer Information that I have concealed, by signing this Form, I AGREE AND CONSENT to Sun Life Syariah taking the following actions:*

a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi; /*Reject any claim for Insurance Benefits submitted and decline to pay all or part of the Insurance Benefits;*

b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/polis/asuransi tambahan (jika ada)), dengan pengembalian Kontribusi (atau biaya asuransi dari asuransi/asuransi tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada)), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada); / *Cancel the Policy (either in its entirety or limited only to the insurance/policy/rider (if any)), with a refund of contribution (or insurance charges from the insurance/rider, as applicable) that have been paid after deducting internal medical examination costs (if any)), Insurance Benefits that have been paid (if any), and costs incurred at the time of Policy issuance (if any);*

c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/asuransi tambahan (jika ada)), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Kontribusi dan/atau biaya asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap lnformasi Nasabah yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu lnformasi Nasabah yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya Juga menyetujui bahwa Sun Life Syariah hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan lnvestasi), jika ada. . /*Terminate the Policy (either in its entirety or limited only to the insurance/rider (if any)), without any obligation to refund contribution and/or insurance charges, in the event that there are elements of fraud, falsification, or intentional misrepresentation in the provision of any Customer Information contained in the Application Documents, or in the event that there is concealment of actual Customer Information in the Application Documents. Regarding this termination, I also agree that Sun Life Syariah will only pay the Cash Value (specifically for Investment-Linked Insurance Products), if any.*

d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik polis dasar dan/atau setiap asuransi/asuransi tambahan/polis tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan santunan asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau biaya asuransi yang harus dibayar; dan/atau / *Conduct a risk re-underwriting assessment, and add additional terms and conditions to the Policy (either the base policy and/or any insurance/rider/Additional Policy), including adding excluded risks, adjusting the sum insured/insurance benefits, and/or adjusting the amount of contribution or insurance charges to be paid; and/or*

e. Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau biaya asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Kontribusi dan/atau biaya asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Sun Life Syariah juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan nilai investasi/nilai tunai (jika ada) yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Kontribusi dan/atau biaya asuransi. / *Collect any shortfall in the Contribution and/or insurance charges where the risk reassessment (re-underwriting) determines that the amount payable is greater than the amount stated in the Policy. Sun Life Syariah also has the right to set off such shortfall against the investment value or cash value, if any, under my Policy and/or any Insurance Benefits payable. In such a case, I am required to pay any remaining shortfall in the Contribution and/or insurance charges.*

12. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa: / *In connection with the Policy cancellation or termination clause as mentioned above, I hereby affirm that:*

a. Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Sun Life Syariah jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam poin 11 di atas; dan /*By signing this Claim Form, I consent to the cancellation or termination of the Policy by Sun Life Syariah if any of the circumstances referred to in point 11 above occur; and*

b. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan. / *I agree to waive the provisions of Article 1266 of the Indonesian Civil Code and/or the provisions of other applicable laws and regulations that require the termination or cancellation of the Policy to be made based on a court decision.*

Tanda tangan yang mengajukan klaim / *Signature of Claimant*: Tanggal/*Date* : _____

Materai / *Stamp*

Rp10,000,-

Nama lengkap / *Full Name* :

_____

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

Sun Life Syariah

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

Nama Pasien/ *Name of the patient*:

No Rekam Medik/ *Medical Record No*:

Tanggal lahir/ *Date of Birth (dd/mm/yyyy):*

Tanggal konsultasi / *Consultation Date :*
(*dd/mm/yyyy)*

Anamnesa/*Medical History*; riwayat penyakit/*History of Illness*

Usia Kehamilan / *Duration of Pregnancy* (minggu/*weeks*) :

Tanggal hari pertama haid terakhir / *First day of the last menstrual period:*

Tanggal perawatan / *Date of hospitalization :*

Apakah pada persalinan ini pasien mengalami komplikasi/penyakit dalam persalinannya ?
Did the patient experience any complications or illness during this delivery?

☐ Ya *Yes* ☐ Tidak *No*

Jika Ya, Sebutkan Komplikasi/Penyakit yang dialami :
If yes, please specify the complication or illness:

Diagnosis / *Diagnosis:*

Jenis tindakan pembedahan (jika dilakukan):
Type of surgery (if performed) :

Indikasi medis dilakukan pembedahan
Medical indication for surgery :

Terapi medis/ *Medical therapy:*

Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu) dokter, sebutkan nama dokter dan spesialisasinya
If the patient was treated by more than one doctor, please state each doctor's name and specialization:

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.
As the doctor who treated the above-mentioned patient, I hereby declare that I have read and answered the questions in this form COMPLETELY AND CORRECTLY, in accordance with the patient's condition and applicable medical knowledge. I am responsible for all my answers and agree to be held accountable in the event of any dispute arising from them.

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 :
Kuesioner 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 Pemegang Polis)/*Claim Payment Request (Section C to be completed by Policy Holder)*

No. Polis/*Policy No.* : _____

Nama Pemegang Polis/*Policy Holder's Name* :_____

Nama Peserta/*Participant's Name* :_____

Nama Bank/*Name of Bank* : _____

Cabang/*Branch* :_____

No. Rekening/*Bank account number* : _____

Nama Pemilik Rekening/*Account Holder's Name* :_____

Catatan/*Note*:Harap melampirkan fotocopy buku tabungan/*Please attach a copy of the savings account 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 specified in your plan unless otherwise agreed by us in writing.

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

(i) Formulir pengajuan klaim yang telah dilengkapi oleh Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat apabila Pemegang Polis telah meninggal dunia;
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 laboratory and radiology test results (original or copy).
(iv) Kuitansi & Rincian baya Pengobatan yang dikeluarkan Rumah Sakit yang bersangkutan untuk Peserta (asli);
Hospital receipts and itemized bills for the Participant's treatment, with or without surgery (original).
(v) Salinan resep ;
Copy of the prescription.
(vi) Dokumen Identitas terkini dari Pemegang Polis dan Peserta atau Penerima Manfaat (fotokopi);
Current identity documents of the Policy Holder and Participant or Beneficiary (photocopy);
(vii) Dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu oleh Pengelola terkait dengan klaim Manfaat Asuransi Tambahan.
Other documents deemed necessary by the Insurer in connection with a claim for rider benefits.

Seluruh dokumen syarat klaim harus tertulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris / *All claim documents must be written in Indonesian or English.*

Jika Anda mempunyai pertanyaan tentang formulir ini, silahkan menghubungi Pusat Layanan Nasabah di nomor 021-50995121 dengan memberikan nomor Polis. Anda juga dapat mengakses www.sunlife.co.id untuk mengetahui info terkini seputar PT Sun Life Financial Syariah Indonesia
If you have any questions about this form, please contact the Customer Contact Center at 021-50995121 and provide your Policy number. You may also visit www.sunlife.co.id for the latest information about PT Sun Life Financial Syariah Indonesia.

Klaim harus diajukan beserta dokumen pendukung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal selesainya perawatan di Rumah Sakit. Kirimkan formulir klaim ini beserta dokumen pendukung kepada Departemen Klaim, PT Sun Life Financial Syariah 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 together with the supporting documents within 30 calendar days from the date the treatment is completed. Please send this claim form and the supporting documents to the Claims Department, PT Sun Life Financial Syariah Indonesia, Menara Sun Life, 11th Floor, Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3, Kawasan Mega Kuningan, South Jakarta 12950, Indonesia.