Sunlife Syariah

Formulir Klaim Meninggal Dunia / *Death 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 prompt and accurate claim processing. Thank you for your cooperation.

A. ADMINISTRASI (Bagian A dilengkapi oleh Penerima Manfaat)/ *ADMINISTRATIVE SECTION (Section A to be completed by the Beneficiary)*

No. Polis/*Policy No.*:	Nama Pemegang Polis/*Policyholder's Name*:
No. Identitas (KTP/Paspor): *ID No. (KTP/Passport):*	Nama Peserta /*Participant's Name:*
Alamat Peserta / *Participant's Address:*	Tempat & Tanggal lahir Peserta /*Participant's Place and Date of Birth* (*dd/mm/yyyy*): Jenis kelamin/*Gender*: ☐ Laki-laki/*Male* ☐ Perempuan/*Female*

Tempat & Tanggal Meninggal Dunia / *Place and Date of Death:*
☐ Rumah/*Home* ☐ Rumah Sakit/*Hospital*_____ ☐ Lainnya/ *Other*_____

Tanggal/*Date* _____ *(dd/mm/yyyy)*

Penyebab Meninggal Dunia / *Cause of Death:*

Sakit/ *Illness,* Nama Penyakit / *Name of Illness* : _____
Lama menderita sakit / *Duration of Illness* : _____
Tanggal pertama kali menderita penyakit ini / *Date the illness first occurred* _____ ***(dd/mm/yyyy)***
Dokter yang menangani / *Attending Physician*: _____
Keluhan & Gejala yang ada / *Presenting Signs and Symptoms* _____
_____
_____

☐ Kecelakaan / *Accident:*
Tempat & Tanggal terjadinya kecelakaan / *Place and Date of Accident*_____*(dd/mm/yyyy)*
Jenis Kecelakaan (lalu lintas/kerja/lain-lain,sebutkan jenisnya) / *Type of Accident (traffic-related/work-related/other; please specify):*

_____

Kronologis Kecelakaan / *Chronology of the Accident:*
(Jika kolom tidak cukup harap dibuat di lembar terpisah) / If this space is insufficient, please use a separate sheet.

☐ Lainnya/ *Other :*
(Mohon dijelaskan / *Please provide details*)
(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? *Did the Participant previously undergo any consultation, outpatient treatment, or hospitalization at a hospital or other healthcare facility?*
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 *Physician's Name/Hospital*	Alamat dan No telepon Dokter/Rumah Sakit *Address and Telephone Number of Physician/Hospital*

Apakah Peserta mempunyai asuransi jiwa lainnya? / *Was the Participant covered by any other life insurance policy?* ☐ Ya / *Yes* ☐ Tidak / *No*
Nama Perusahaan Asuransi / *Name of Insurance Company:* _____
Nomor Polis / *Policy Number:* _____

Saya/kami yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya/kami telah menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar sesuai keadaan sebenarnya serta sesuai dengan pengetahuan dan keyakinan saya/kami / *I/We, the undersigned, declare that I/we have read, understood, and answered all the questions above completely and accurately, based on the actual circumstances and to the best of my/our knowledge and belief.*

Ditandatangani di / *Signed at*: _____ Tanggal / *Date*: _____ *(dd/mm/yyyy)*

Yang mengajukan klaim / *Claimant* : _____ Alamat / *Address* : _____
_____

Hubungan dengan Peserta /
Relationship to the Participant : _____ *No.Telp/Telephone No.*: _____
Tandatangan pengaju klaim /
Claimant signature : _____

Sunlife
Syariah

PERNYATAAN DAN KUASA PENERIMA MANFAAT ATAS DATA PESERTA
BENEFICIARY'S DECLARATION AND AUTHORIZATION REGARDING THE PARTICIPANT'S DATA

Dengan ini Saya/kami menyatakan dan menyetujui bahwa/*I/we hereby declare and agree as follows*:

1. Saya/kami telah membaca, mengerti, menjawab, dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap, dan sesuai keadaan sebenarnya/*I/we have read, understood, answered, and completed all the questions above truthfully, completely, and in accordance with the actual circumstances.*

2. Saya/kami 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 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 Syariah/*I/we grant power of attorney, which shall not terminate for the reasons set forth in Article 1813 of the Civil Code, to any doctor, clinic, hospital, community health center, laboratory, medical institution, insurance company, legal entity, institution, or individual that possesses records or information concerning, or otherwise knows about, the Participant's condition or health, to disclose to PT Sun Life Financial Syariah Indonesia ("Sun Life Syariah"), or its authorized representatives, all records and information concerning the Participant and the Participant's condition or health, as if the Participant had granted the same authority in the Syariah Life Insurance Application Form.*

3. Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim ini ditulis dengan benar dan berlaku sebagaimana mestinya /*All information stated in this Claim Form is true and accurate and may be relied upon accordingly.*

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 shall have the same legal force and effect as the original document.*

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

6. Saya/Kami memberikan kuasa yang tidak dapat dicabut kembali kepada Sun Life Syariah, agen asuransi, dan afiliasinya untuk/*I/we irrevocably authorize Sun Life Syariah, its 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/*Disclose to third parties and use the information and data provided in this claim document, including any amendments thereto, for the purposes of insurance benefits and services and all matters related thereto.*

   b) Mendapatkan semua catatan riwayat kesehatan saya/kami dari tenaga medis/rumah sakit/klinik, Puskesmas dan/atau laboratorium, Perusahaan asuransi atau Perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang memiliki catatan riwayat kesehatan saya/kami dan untuk memberikan catatan riwayat kesehatan saya/kami 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/kami untuk mendapatkan catatan riwayat kesehatan saya/kami. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari dokumen klaim dan mengikat saya/kami, ahli waris, dan keluarga saya/kami. Untuk pelaksanaan kuasa ini saya/kami 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/our medical history from medical professionals, hospitals, clinics, Community Health Centers and/or laboratories, insurance or reinsurance companies, agencies, institutions, or other parties that hold such records, and disclose those records to a third party, provided that the third party can reasonably demonstrate its authority under an applicable agreement or regulation, or under a power of attorney granted by me/us. This power of attorney forms an integral part of the claim document and is binding upon me/us, my/our heirs, and my/our family. For the exercise of this authority, I/we hereby waive the provisions of Articles 1813, 1814, and 1816 of the Indonesian Civil Code. A copy or photocopy of this power of attorney shall have the same validity and effect 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, including any amendments thereto, for the purpose of ensuring compliance by Sun Life Syariah and its affiliates with applicable laws and regulations in Indonesia or other jurisdictions.*

Sunlife
Syariah

7. Saya/kami 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/kami berikan kepada Sun Life Syariah, afiliasi dan mitra bisnis dan/atau sudah dimiliki Sun Life Syariah, afiliasi dan mitra bisnis mengenai diri saya/kami untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya/*I/we authorize Sun Life Syariah to obtain, collect, process, analyze, store, correct, update, display, publish, transfer, disseminate or disclose, and/or delete or destroy all personal data and information that I/we have provided to, or that is held by, Sun Life Syariah, its affiliates, and business partners concerning me/us, for the purposes of investigation, marketing research and analysis, and other purposes.*

8. Saya/Kami dapat menarik kembali persetujuan pemrosesan Data Pribadi saya/kami 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/we may withdraw the consent previously granted to Sun Life Syariah for the processing of my/our Personal Data, except where such processing is required for investigations relating to the payment of Insurance Benefits, other matters concerning the Policy, or compliance with applicable laws and regulations.*

9. Dengan mengacu pada ketentuan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah (SPAJ Syariah) dan Polis: / *With reference to the provisions of the Syariah Life Insurance Application Form (SPAJ Syariah) and the Policy:*

    1. Saya/kami menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan permohonan asuransi dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Peserta, Pembayar Kontribusi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada Sun Life Syariah, sebagaimana tercantum dalam SPAJ Syariah dan dokumen lainnya, termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada Sun Life Syariah setelah berlakunya Polis (jika ada) ("Dokumen Permohonan"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya"). / *I/we hereby declare and acknowledge that, as part of the insurance application process and the continuation of the Policy, the Policyholder, Participant, Contribution Payer, and/or other relevant parties have provided Sun Life Syariah with data, information, answers, statements, circumstances, representations, and/or facts, as set out in the SPAJ Syariah and other documents, including any document or form submitted to Sun Life Syariah after the Policy became effective, if any (the "Application Documents"), as applicable (collectively, the "Pre-Existing Information").*

    2. Saya/kami dengan ini menyatakan bahwa saya/kami tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya/kami juga menyatakan bahwa saya/kami menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsemen, jika ada).). / *I/we hereby declare that I/we have no right to, and will not, dispute, contest, question, and/or challenge the accuracy of the Pre-Existing Information. I/we further declare that I/we accept all provisions of the Policy, including any endorsements.*

    3. Saya/kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang saya/kami berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Sun Life Syariah sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("Informasi Nasabah"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya don konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Nasabah yang saya/kami sembunyikan. */ I/we hereby represent and warrant that all data, information, answers, statements, circumstances, representations, and/or facts provided by me/us in this Claim Form, as well as in any other forms and documents required by Sun Life Syariah in connection with the submission of a claim for Insurance Benefits (the "Customer Information"), are complete, true, accurate, current, consistent with the actual circumstances, and mutually consistent, and that I/we have not withheld any Customer Information.*

    4. Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Nasabah ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Nasabah yang saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, saya/kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Sun Life Syariah melakukan hal-hal berikut ini: / *If any or all of (i) the Pre-Existing Information and/or (ii) the Customer Information is found to be incomplete, untrue, inaccurate, outdated, inconsistent with the actual facts, and/or inconsistent with other information, or if I/we have concealed any Customer Information, then, by signing this Claim Form, I/we AGREE AND CONSENT that Sun Life Syariah may take 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. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menyesuaikan santunan asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau / *Conduct a reassessment of the risk (re-underwriting) and adjust the sum insured and/or the amount of Contributions or Insurance Charges payable; and/or*

Sunlife
Syariah

c. 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 yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan./ *Collect any shortfall in Contributions and/or Insurance Charges if the results of the risk reassessment (re-underwriting) indicate that the amount payable is greater than the amount stated in the Policy. Sun Life Syariah shall also have the right to offset such shortfall against the Investment Value/Cash Value, if any, under the Policy and/or the Insurance Benefits payable.*

5. Saya/kami 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/we agree to waive the provisions of Article 1266 of the Indonesian Civil Code and/or any other applicable laws or regulations requiring the termination or cancellation of the Policy to be effected by a court order.*

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

Materai / *Duty 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)

Sunlife
Syariah

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

Nama Lengkap Almarhum(ah) / *Full Name of the Deceased*:

No. Rekam Medik / *Medical Record No.* :	Tempat & Tanggal lahir Almarhum (ah) / *Deceased's Place and Date of Birth (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 Diagnosis*: _____
Terdiagnosa sejak / *Date of Diagnosis*: _____ *(dd/mm/yyyy)*
Tanda & Keluhan */ Signs & Symptoms* :_____
Keluhan diderita sejak */ Date the Deceased first became aware of this illness*: _____ *(dd/mm/yyyy)*
Pemeriksaan Penunjang / *Supporting Examinations*: _____
(Mohon dilampirkan salinan hasil pemeriksaan /
Please attach copies of the results.)

☐ Kecelakaan */ Accident :*
Tempat & Tanggal terjadinya kecelakaan */ Place and Date of Accident*: _____ *(dd/mm/yyyy)*
Jenis Kecelakaan (lalu lintas/kerja/lain-lain,sebutkan jenisnya) /
Type of Accident (traffic-related/work-related/other; please specify):_____
Status Lokalis */ Local Examination Findings*: _____

☐ Lainnya*/ Other :*
(Mohon dijelaskan */ Please provide details*)

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 observations, was the death also caused or accelerated by, or a complication of, another disease? If yes, please specify the disease and how long the deceased had suffered from it.*

Apakah ada hal lain yang mempengaruhi sebab kematian Almarhum(ah) yang berasal dari kebiasaan (narkotik,alkohol,dll), sejarah keluarga atau pekerjaan ?
Were there any other factors that may have contributed to the deceased's death, such as 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 the deceased was dead on arrival, please explain the cause of death based on the doctor's observations. Please also describe the location and type of any injuries, if applicable (e.g., injuries caused by a sharp or blunt object). If this space is insufficient, please use a separate sheet.

Sunlife
Syariah

Apakah dilakukan Autopsi pada Almarhum (ah) ? / *Was an autopsy performed on the deceased?* ☐ Ya / *Yes* ☐ Tidak / *No*	**Jika Ya, mohon jelaskan / *If Yes, please explain*** Tanggal Autopsi / *Date of Autopsy* : _____(*dd/mm/yyyy)* Keterangan / *Details*:

Mohon dilampirkan dan dijelaskan hasil pemeriksaan kesehatan tambahan lain (seperti X-ray,EKG,dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter *Please attach and describe the results of any additional examinations performed (such as X-rays, ECGs, etc.), together with the doctor's conclusions.*	Jenis Pemeriksaan / *Type of Examination*	Kesimpulan / *Conclusions*

Adakah riwayat penyakit/konsultasi/pengobatan/rawat inap yang pernah dilakukan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya yang dokter ketahui ?
To your knowledge, did the deceased have any previous illness, consultation, treatment, or hospitalization at a hospital or other healthcare facility?
Jika ADA, mohon untuk memberikan penjelasan di bawah ini/ *If YES, please provide details below:*

Tanggal Berobat *Date of Treatment (dd/mm/yyyy)*	Diagnosis *Diagnosis*	Terdiagnosa sejak *Date First Diagnosed*	Nama Dokter/Rumah Sakit *Physician's Name/Hospital*	Alamat & Nomor Telp Dokter/Rumah Sakit *Physician's/Hospital Address and Telephone Number*

Informasi lain yang menurut Dokter perlu disampaikan mengenai keadaan kesehatan Almarhum(ah)
Please provide any other information that, in your professional opinion, is relevant to the deceased's health condition.

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 physician who treated or attended to the above-named patient, I hereby certify that I have read and answered all questions in this form completely and truthfully, based on the patient's condition and accepted medical knowledge. I accept responsibility for all answers provided and for any dispute arising therefrom.

Nama Dokter/*Doctor's Name* : _____

Alamat/*Address* : _____

Tempat dan tanggal/ *Place and Date* : _____

Tanda tangan dokter dan stempel rumah sakit : _____
Physician's Signature and Hospital/Physician's Stamp

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

Sunlife
Syariah

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

No. Polis/*Policy No.* : _____

Nama Pemegang Polis/*Policyholder's Name* : _____

Nama Peserta/*Participant's Name* : _____

Nama Bank/*Bank Name* : _____

Cabang/*Branch* : _____

No. Rekening/*Bank Account Number* : _____

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

Catatan/*Note*: Harap melampirkan fotokopi buku tabungan/*Please attach a copy of the bankbook.*

Pembayaran akan dilakukan dalam mata uang yang ditetapkan dalam plan anda kecuali jika kami menyetujui sebaliknya secara tertulis.
Payment will be made in the currency specified under your Plan, unless otherwise agreed by us in writing.

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 maksimal **90 (Sembilan puluh) hari kalender** sejak tanggal meninggal dunia. 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.
*The claim and all supporting documents must be submitted within **90 (ninety) calendar days** from the date of death. 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.*