



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/Policy No:	Nama Pemilik Polis/Policy Holder Name :
No. Identitas (KTP/Paspor): ID No. (KTP/Passport)	Nama Tertanggung / Insured Name :
Alamat Tertanggung / Insured Address :	Tempat & Tanggal lahir Tertanggung /Date of birth Insured (dd/mm/yyyy):
	Jenis kelamin/Gender: ☐ Laki-laki/Male ☐ Perempuan/Female

Tempat & Tanggal Meninggal Dunia / *Place & Date of Death* :

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

Tanggal/Date _____ (dd/mm/yyyy)

Penyebab Meninggal Dunia / *Cause of Death*:

☐ Sakit/ *Disease*, Nama Penyakit / *Disease* _____
Lama menderita sakit / *Duration of Illness* : _____
Tanggal pertama kali menderita penyakit ini / *First time suffered this disease* _____ (dd/mm/yyyy)
Dokter yang menangani / *Attending Physician*: _____
Keluhan & Gejala yang ada / *Signs & Symptoms* _____

☐ 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)*: _____
Kronologis Kecelakaan / *Accident Chronology*:
(Jika kolom tidak cukup harap dibuat di lembar terpisah)

☐ Lainnya/ *Other* :
(Mohon dijelaskan / *Please Describe*)
(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? *Was there any previous consultation/treatment/hospitalization in hospital or any other facilities?*

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 Name/Hospital	Alamat dan No telepon Dokter/Rumah Sakit Address and Telephone Number of Doctor/Hospital

Apakah Tertanggung mempunyai asuransi jiwa lainnya? / *Did the Insured have other Insurance?* ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

Nama Perusahaan Asuransi / *Insurance Name* : _____

Nomor Polis / *Policy Number* : _____

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 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.*

Ditandatangani di / *Signed in* : _____

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

Yang mengajukan klaim / *Claimant* : _____

Alamat / *Address* : _____

Hubungan dengan Tertanggung /

Relation with Insured : _____

No.Telp/Phone No : _____

Tandatangan pengaju klaim /

Claimant signature : _____

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

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

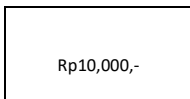
1. Saya/kami telah membaca, mengerti, menjawab, dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap, dan sesuai keadaan sebenarnya.
I/we have read, understood, answered and filled in all the questions above honestly, completely and in accordance with actual condition
2. 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 Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Sun Life Financial Indonesia ("Sun Life") 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/we 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 ("Sun Life"), 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 berlaku sebagaimana mestinya .
All information in this Claim Form was written truthfully and to be used promptly.
4. Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan berlaku sesuai dengan dokumen aslinya
Copy of this statement is valid and has same power in accordance with the original document.
5. Saya/kami memberi kuasa kepada agen Saya untuk membahas kondisi medis Tertanggung sebagaimana mestinya dengan Sun Life
I/we authorize the agent/financial advisor to discuss medical conditions of the Insured as necessary with Sun Life.
6. Saya/kami memberikan kuasa yang tidak dapat dicabut kembali kepada Sun Life, agen asuransi, dan afiliasinya untuk
I/We give irrevocable authority to Sun Life, Sun Life's insurance agents and 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 and use the information and data provided in this claim document and all changes thereto for the purposes of insurance benefits and services and all matters related there to.
 - 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 health history from medical personnel/hospitals/clinics, Community Health Centers and/or laboratories, insurance companies or reinsurance companies, agencies, agencies/institutions or other parties who have records of my/our health history and to provide my/our health history records to a third party as long as the third party can reasonably demonstrate that they have authority based on applicable agreements or regulations or power of attorney from me/us to obtain my/our health history records. This power of attorney is an inseparable part of the claim document and is binding on me/us, the heirs, and my/our family. To exercise this power, I/we hereby waive the provisions in Articles 1813, 1814 and 1816 of the Civil Code (KUHP Perdata). A copy/photocopy of this power of attorney is as valid and valid 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 dan afiliasinya (di Indonesia atau negara lainnya)
Notify or report to government agencies or legal regulators that the information and data provided in the claim submission document and any amendments thereto are for the purpose of compliance with applicable laws in Sun Life and its affiliates (in Indonesia or other countries).
7. Saya/kami mengizinkan Sun Life 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, afiliasi dan mitra bisnis dan/atau sudah dimiliki Sun Life, afiliasi dan mitra bisnis mengenai diri saya untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya
I / We authorize Sun Life to obtain, collect, process, analyze, save, repair, update, display, publish, transfer, disseminate or disclose, and/or delete or destroy all personal data and information that I have provided to Sun Life, affiliates and business partners and/or has been owned by Sun Life, affiliates and business partners about myself 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, kecuali untuk kepentingan investigasi terkait pembayaran Manfaat Asuransi dan hal lain sehubungan dengan Polis serta ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan
I / We can withdraw consent to process my Personal Data that has been given to Sun Life, except for the purposes of investigations related to Insurance Benefits payment and other matters relating to the Insurance Policy and provisions stipulated in law and regulations.
9. Dengan mengacu pada ketentuan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ) dan Polis: / *With reference to the provisions in the Life Insurance Application Form (SPAJ) and the Policy:*

1. Saya/kami menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan permohonan asuransi dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada Sun Life, sebagaimana tercantum SPAJ, formulir-formulir, dan dokumen-dokumen lain yang disyaratkan oleh Penanggung 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"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya"). / *I/we hereby declare and understand that as part of the insurance application process and the continuance of the Policy, the Policy Holder, Insured, Premium Payer and/or other related parties have provided data, information, answers, statements, circumstances, representations and/or facts to Sun Life, as set forth in the SPAJ, forms, and other documents required by the Insurer as part of the insurance application submission, Policy Reinstatement application, Policy amendment application and/or other applications related to the Policy (whichever is applicable) ("Application Documents"), whichever is applicable (hereinafter collectively referred to as "Pre-Existing Condition").*
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 do not have the right and will not dispute, contest, question and/or challenge the veracity of the Pre-Existing Condition. I/we further declare that I/we accept all provisions of the Policy (including Endorsements, if any).*
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 sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("Informasi Nasabah"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Nasabah yang saya/kami sembunyikan. / *I/we hereby declare and warrant that all data, information, answers, statements, circumstances, representations and/or facts that I/we have provided in this claim form, as well as every form and other document required by Sun Life as part of the submission of the Insurance Benefit claim application ("Customer Information"), are complete, true, accurate, current, in accordance with actual facts, and consistent with one another, and that there is no Customer Information that I/we have concealed.*
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 melakukan hal-hal berikut ini: / *In the event that part or all of (i) Pre-existing Information; and/or (ii) 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/We AGREE AND CONSENT to Sun Life 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. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau / *Conduct a risk re-underwriting assessment, and adjusting the sum insured, and/or adjusting the amount of premiums or insurance charges to be paid; and/or*
 - c. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Sun Life 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 payment of premium and/or insurance charge shortfall in the event that the results of the risk re-underwriting assessment indicate that the amount of premiums and/or insurance charges to be paid is greater than that stated in the Policy. Sun Life also have the right to set-off such payment shortfall against the investment value/cash value (if any) existing in Policy and/or the Insurance Benefits to be paid.*
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 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*



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)

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, ECG, 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/ If YES, please provide details below:				
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>				
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> Nama Dokter/Doctor's Name : _____ Alamat/Address : _____ Tempat dan tanggal/ Place and date : _____ Tanda tangan dokter dan stempel rumah sakit : _____ <i>Signature of doctor and stamp of hospital or doctor</i> 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 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, 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 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 kalender** 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 calendar 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.*