



Formulir Klaim Penyakit Kritis / *Critical Illness 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 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 Pemilik Polis/Tertanggung) / ADMINISTRATIVE (Section A to be completed by Policy Holder/Insured)	
No. Polis/Policy No:	Nama Pemilik Polis/Policy Holder Name:
Nama Tertanggung/ The Insured Name:	
RINCIAN PASIEN/PATIENT'S DETAILS	
Nama Pasien/Patient Name:	Tanggal lahir/Date of birth (dd/mm/yyyy):
No. Identitas (KTP/Paspor) / Identity No. (ID/Passport):	Jenis kelamin/Gender: ☐ Laki-laki/Male ☐ Perempuan/Female
Alamat/Address:	No. Telp./Contact number:
Penyebab Penyakit Kritis Cause of Critical Illness : ☐ Penyakit / Disease ☐ Kecelakaan / Accident	Dilengkapi jika Penyakit Kritis disebabkan karena Kecelakaan To be completed if Critical Illness caused by Accident Tempat Kecelakaan /Accident place : _____ Tanggal dan Waktu Kecelakaan : ____/____/____ Jam : _____ Occurance Date: (dd/mm/yyyy) Time: _____ Kronologis kejadian (dapat dibuat di lembar terpisah) Chronology (can be written on separated paper if needed)
Gejala atau Keluhan saat ini / Current symptom or complaint :	
Apakah Tertanggung mempunyai manfaat asuransi lainnya selain Sun Life ? / Does the Insured have any other insurance benefits besides Sun Life? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No Jika ADA, mohon untuk memberikan penjelasan di bawah ini/ If YES, please provide details below: Sebutkan Nama Asuransi / Insurance Name : _____ Sebutkan Nomor Polis / Policy Number : _____	
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui (tgl/bln/thn) : Date of first occurrence of symptom and complaint (dd/mm/yyyy) : Tanggal pertama kali berkonsultasi dengan dokter atas gejala & keluhan tersebut : Date of first consultation to doctor about current symptom or complaint (dd/mm/yyyy): Tanggal pertama kali diagnosa atas penyakit diberikan (tgl/bln/thn) : Date of first diagnosed (dd/mm/yyyy):	Nama Dokter yang memberikan diagnosa : Physician Name : Alamat Dokter dan/atau Rumah Sakit : Address of Doctor &/or Hospital :
Apabila dilakukan pembedahan / If surgical procedure is performed Jenis>Nama Pembedahan : _____ Name of Surgical Procedure Tanggal Pembedahan : ____/____/____ Date of Surgical (dd/mm/yyyy) Nama Dokter Bedah : _____ Surgeon's Name Nama Rumah Sakit : _____ Hospital's Name	

Apakah sebelumnya Anda pernah menderita atau mendapat perawatan untuk penyakit yang sama ?
Was previously you had suffered or hospitalized with the same illness ?

☐ YA
 Yes

☐ TIDAK
 No

Jika " Ya ", Kapan _____/_____/_____
If " Yes ", When (dd/mm/yyyy)

Nama Dokter yang memeriksa : _____
Treating Doctor's Name:

Alamat Dokter / Rumah Sakit : _____
Doctor's / Hospital Address:

Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap yang dilakukan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya dalam 5 tahun terakhir?
Was there any previous consultation/treatment/hospitalization in the last 5 years in hospital or any other facilities?
 Jika ADA, mohon untuk memberikan penjelasan di bawah ini/ *If YES, please provide details below:*

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

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

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

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

Tanggal keberangkatan dan kembali ke Indonesia/wilayah pertanggungungan / *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 the copy of your Passport, or Visa (if required by the destination country):

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, 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, Sun Life 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 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 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 Declaration is valid and has same power in accordance with the original document.*
5. Saya memberi kuasa kepada agen Saya untuk membahas kondisi medis Tertanggung sebagaimana mestinya dengan Sun Life/*I authorize the agent/financial advisor to discuss medical conditions of the Insured as necessary with Sun Life.*
6. Saya memberikan kuasa yang tidak dapat dicabut kembali kepada Sun Life, agen asuransi, dan afiliasinya untuk
I 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 the Sun Life and its affiliates (in Indonesia or other countries).*
7. Saya 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/*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 the 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 dapat menarik kembali persetujuan pemrosesan Data Pribadi Saya 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 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. 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 ("Permohonan 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 dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Nasabah dan/atau menetapkan Jumlah Premi./ *I understand that I have an obligation to act in utmost good faith in (i) the submission of insurance applications and/or other applications related to the Policy; and (ii) the submission of claims for Insurance Benefits ("Customer Application"). Therefore, I understand that I am obligated to, and have disclosed truthfully and completely, all material facts, namely data, information, answers, statements, circumstances, declarations, and facts that may influence Sun Life's consideration in accepting or rejecting a Customer Application and/or in determining the Premium Amount.*
10. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("Informasi Nasabah") dalam 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") 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 Life Insurance Application Form (SPAJ), forms, and other documents required by the Insurer as part of the submission of an insurance application, Policy Reinstatement application, Policy amendment application, and/or other applications related to the Policy (as applicable) ("Application Documents") as part of the Client Claim Submission are complete, true, accurate, current, in accordance with actual facts, and consistent with one another, and that there is no Customer Information that I have concealed, 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 Informasi Nasabah yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Sun Life 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 taking the following actions:*
- 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;*
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/polis/asuransi tambahan (jika ada)), dengan pengembalian premi(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 premiums (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);*
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/asuransi tambahan (jika ada)), tanpa kewajiban untuk mengembalikan premi dan/atau biaya asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Nasabah yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Nasabah yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya Juga menyetujui bahwa Sun Life hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada. /*Terminate the Policy (either in its entirety or limited only to the insurance/rider (if any)), without any obligation to refund premiums 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 will only pay the Cash Value (specifically for Investment-Linked Insurance Products), if any.*
 - 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 uang pertanggungan/santunan asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah premi 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 premiums or insurance charges to be paid; and/or*
 - 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 (jika ada) yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan premi dan/atau biaya asuransi. / *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 my Policy and/or the Insurance Benefits to be paid. In this regard, I am obligated to pay (if any) the premium and/or insurance charge shortfall.*
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:*
- Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Sun Life jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam poin 11 di atas; dan / *My signing of this Claim Form constitutes consent to the cancellation or termination of the Policy by Sun Life in the event of the matters 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: _____

Meterai / *Stamp*



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> ☐ Laki-laki/ <i>Male</i> ☐ Perempuan/ <i>Female</i>	Tanggal perawatan/ <i>Date of treatment: (dd/mm/yyyy) sampai dengan/to (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 complain (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>
Terapi Medis / <i>Medical Therapy :</i>	
Mohon diuraikan hal-hal yang menyebabkan penyakit pasien. <i>Please explain cause of disease</i>	
Apabila dilakukan pembedahan / <i>If surgical procedure is performed</i>	
Jenis>Nama Pembedahan : _____ <i>Name of Surgical Procedure</i> Tanggal Pembedahan : ____/____/____ (dd/mm/yyyy) <i>Date of Surgical</i> Nama Dokter Bedah : _____ <i>Surgeon's Name</i> Nama Rumah Sakit : _____ <i>Hospital's Name</i>	
Adakah penyakit peserta : ☐ YA ☐ TIDAK <i>Is there any comorbidities</i> Yes No Jika " YA ", mohon disebutkan : _____ <i>If "YES", please state</i> Sejak kapan terdiagnosa : _____ <i>Diagnosed since</i> (dd/mm/yyyy)	
Apakah sebelumnya pasien pernah menderita penyakit yang sama ? ☐ YA ☐ TIDAK <i>Was previously patient had suffered the same illness ?</i> Yes No Jika " Ya ", Kapan : ____/____/____ <i>If " Yes ", When</i> (dd/mm/yyyy)	
Nama Dokter yang memeriksa : _____ <i>Treating Doctor's Name:</i>	Alamat Dokter / Rumah Sakit : _____ <i>Doctor's / Hospital Address:</i>

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

- a. Pengaruh obat-obatan terlarang atau alkohol/ *The influence of drugs or alcohol intake?*
- b. HIV/PHS (*Sexual Transmitted Diseases*)/AIDS?
- c. Psikiatri dan gangguan kejiwaan/*Psychiatric and mental disorder?*
- d. Cacat, kelainan bawaan, dan hereditas/*Congenital deformities or anomalies and hereditary*
- e. Bunuh diri, ketidakwarasan, atau melukai diri sendiri/*Suicide, insanity or self-inflicted injury?*
- f. Gangguan kehamilan, melahirkan, dan komplikasi/ *Pregnancy syndrome, delivery and complication?*
- g. Kecelakaan/ *Accident?*

☐ Ya / Yes	☐ Tidak / No
☐ Ya / Yes	☐ Tidak / No
☐ Ya / Yes	☐ Tidak / No
☐ Ya / Yes	☐ Tidak / No
☐ Ya / Yes	☐ Tidak / No
☐ Ya / Yes	☐ Tidak / No
☐ Ya / Yes	☐ Tidak / No

Jika Ya, mohon untuk memberikan kronologis kecelakaan tersebut:

If Yes, please give the chronology of the accident:

Apabila akibat Kecelakaan / *If caused by an Accident*

Tempat Kecelakaan / *Accident place :* _____

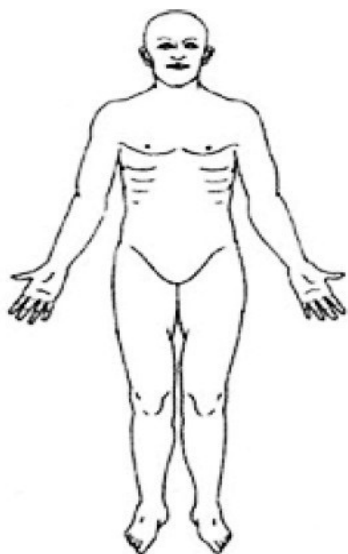
Tanggal dan Waktu Kecelakaan : ____/____/____ Jam : _____

Occurance Date: (dd/mm/yyyy) Time: _____

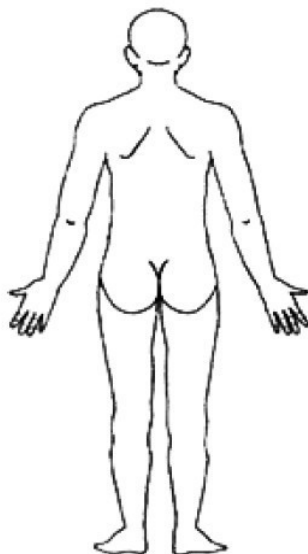
Penyebab Kecelakaan : _____

Cause of accident _____

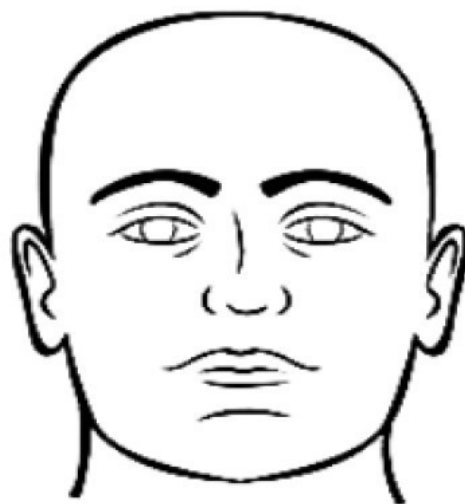
Status Lokalis / *Local Status :* _____



Tampak Depan
Front View



Tampak Belakang
Back View



Wajah
Face

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 Sun Life 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 Policy Holder)

No. Polis <i>Policy No.</i>	:	_____
Nama Pemilik Polis <i>Policy Holder's Name</i>	:	_____
Nama Tertanggung <i>Insured's Name</i>	:	_____
Nama Bank <i>Name of Bank</i>	:	_____
Cabang /Branch	:	_____
No. Rekening <i>Bank account number</i>	:	_____
Nama Pemilik Rekening <i>The name of the account holder</i>	:	_____

Catatan/Note: Harap melampirkan fotocopy buku tabungan/Please attach a copy of savings book

Pembayaran akan dilakukan dalam mata uang yang ditetapkan dalam plan polis anda kecuali jika kami menyetujui sebaliknya secara tertulis.
 Payment shall be made in the currency defined in your policy plan unless we agree otherwise in writing.

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

- (i) Formulir klaim yang telah diisi dengan lengkap ;
Completed claim form
- (ii) Seluruh hasil pemeriksaan penunjang laboratorium, patologi anatomi, radiologi, dan sebagainya (asli atau fotokopi);
All the results of supporting examination tests, laboratory, pathological anatomy, radiology, etc (original or copy)
- (iii) Dokumen Identitas terkini dari Pemilik Polis dan Tertanggung atau Penerima Manfaat (fotokopi);
Current identity documents of the Policy Owner and Insured or Beneficiary (photocopy);
- (iv) Surat Berita Acara dari Kepolisian dalam hal Penyakit disebabkan oleh Kecelakaan (asli);
Police report for accident (original)
- (v) 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)
- (vi) 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, 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, please contact Customer Contact Center at 1 500SUN (786), fax number (021) 2966 9806 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 **30 (tiga puluh) hari kalender** sejak Penyakit Kritis dinyatakan oleh Dokter Ahli. 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 30 calendar days from Critical Illness diagnosed by Specialist. 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.