

**Yang bertanda tangan dibawah ini /The Sign below :**

Nama Lengkap/Full Name : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Lahir/Date of Birth :   -   -     tgl/bln/thn/dd/mm/yyyy  
 Jenis Kelamin/Sex :  Laki-laki/Male  Perempuan/Female  
 Alamat/Address : \_\_\_\_\_  
 Kode Pos/ Zip Code : \_\_\_\_\_ Email/Email : \_\_\_\_\_  
 Telepon/Telephone : Kantor/Office : \_\_\_\_\_ Rumah/Home : \_\_\_\_\_ Ponsel/Handphone : \_\_\_\_\_  
 Hubungan Dengan Tertanggung (Pemegang Polis)/Relation with the Insured  Suami/Husband  Istri/Wife  Anak/Child  
 Lain-lain/Others : \_\_\_\_\_

**MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA / EXPLAIN CORRECTLY, THAT**

Nomor Polis/Policy Number : \_\_\_\_\_  
 Nama Tertanggung(Pemegang Polis)/Name of Insured (Name of Holder) : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir/Date of Birth :   -   -     tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy  
 Jenis Kelamin/Sex :  Laki-laki/Male  Perempuan/Female  
 Telah Meninggal karena/Cause of Death :  Sakit/Illness  Kecelakaan/Accident  Lain-lain/ Others: \_\_\_\_\_  
 Tanggal Meninggal Dunia/Date of Death :   -   -     tgl/bln/thn/dd/mm/yyyy  
 Tempat Meninggal Dunia/Place of Death :  Rumah Sakit / Hospital  Rumah/Home  Lain-Lain/Others : \_\_\_\_\_

Mohon dapat diberikan gambaran singkat & jelas mengenai gejala penyakit/kejadian. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan dilembar tersendiri / please describe shortly & clearly of symptoms/event. If the space not enough, please use another sheet.

Nama dan alamat dokter yang pernah dikunjungi dalam 2 tahun terakhir/Name of doctors has been visited for the last 2 years :

No	Nama Dokter/Name of Doctor	Alamat/Address	Tanggal kunjungan/Visited Date
1			
2			
3			

Apakah Tertanggung/Pemegang Polis diasuransikan di perusahaan asuransi lain ?/ :  Ya  Tidak

Is the Deceased Insured/Holder by other insurance company?

Nama Perusahaan Asuransi/Name of Insurance Company : \_\_\_\_\_  
 Nomor Polis/Policy Number : \_\_\_\_\_

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke/If the claim payment is approved, the payment will be transferred to :

Nama/Name : \_\_\_\_\_  
 Bank/Bank : \_\_\_\_\_  
 Cabang/Branch : \_\_\_\_\_  
 No Rekening/Account Number : \_\_\_\_\_

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Selanjutnya dengan ini saya memberi kuasa pada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/ keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk. atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis baik selama Tertanggung/Pemegang Polis hidup atau telah meninggal. Salinan dari surat kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

I declare that I have read, understood, and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organization that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk. or its authorized institution. A photographic copy of this statement, should be as valid and legal as the original.

Meterai Rp. 6.000,-  
Stamp Duty

Ditanda tangani di : \_\_\_\_\_  
Sign at

Tanggal : \_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan & Nama/Signature & Name