

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/A : _____
 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 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 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