

**FORMULIR KLAIM
ASURANSI JIWA PEMBIAYAAN KUMPULAN**

I. Data Tertanggung (diisi oleh Bank)

Nama Tertanggung	:	(sesuai KTP)
Tanggal lahir (dd-mm-yyyy)	:	
Nomor Induk Kependudukan (No. KTP)	:	
Kewarganegaraan	:	
Nomor CIF	:	
Nomor Pinjaman	:	
Nama Pemegang Polis	:	
Uang Pertanggungan (Rp)	:	

II. Dilengkapi oleh Ahli Waris

Nama Ahli Waris (termasuk alias – jika ada)	:	(sesuai KTP)
Nomor Induk Kependudukan (No. KTP)	:	
Alamat tempat tinggal	:	
Tempat dan Tanggal Lahir	:	
Nomor telepon	:	
Hubungan dengan Tertanggung	:	

III. Keterangan Tambahan

Lokasi Meninggal Dunia	:	Rumah / Rumah Sakit / Luar negeri / lainnya *lingkari salah satu
Tanggal Meninggal Dunia	:	
Sebab Meninggal Dunia	:	Sakit / Kecelakaan / lainnya *lingkari salah satu
Keterangan Sebab Meninggal Dunia (hanya diisi ketika Ahli Waris menjawab "Lainnya")	:	

Jelaskan urutan kejadian hingga terjadinya sakit atau kecelakaan atau kondisi lainnya sebagai penyebab meninggal dunia :

Adakah keluhan sebelum sakit atau kecelakaan atau keadaan lainnya sebelum meninggal dunia? Jelaskan :

1. Apakah Tertanggung meninggal dunia secara mendadak (tidak menderita sakit sebelumnya)? Jika "tidak" jawablah pertanyaan a, b dan c

- a. Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau menunjukkan indikasi dari penyakit terakhir yang dideritanya?

- b. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksa ke dokter untuk penyakit terakhirnya?

- c. Nama dan alamat dokter yang pernah merawat Tertanggung selama ini

No	Nama RS / Klinik / Dokter	Alamat & No telp	Tanggal Pemeriksaan
			___/___/___ Tgl bln tahun
			___/___/___ Tgl bln tahun
			___/___/___ Tgl bln tahun
			___/___/___ Tgl bln tahun

2. Jelaskan secara rinci penyakit lain yang pernah diderita oleh Tertanggung

3. Sebutkan nama dan alamat dokter yang menyatakan meninggal dunia

4. Sebutkan nama dan alamat Klinik / RS / Dokter / Puskesmas yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung

No	Nama RS / Klinik / Dokter	Alamat & No telp	Tanggal Pemeriksaan
			___ / ___ / ___ Tgl bln tahun
			___ / ___ / ___ Tgl bln tahun
			___ / ___ / ___ Tgl bln tahun
			___ / ___ / ___ Tgl bln tahun

PERSETUJUAN PENGUNGKAPAN INFORMASI DAN AKIBATNYA

- Saya menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan permohonan asuransi dan keberlangsungan Polis dan/atau Sertifikat Asuransi, Pemegang polis, Tertanggung, dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("Allianz"), sebagaimana tercantum dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Pembiayaan Kumpulan ("SPAJP") serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada Allianz setelah berlakunya Polis dan/atau Sertifikat Asuransi ("Dokumen Permohonan"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya").
- Saya dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis dan/atau Sertifikat Asuransi (termasuk Endosemen, jika ada).
- Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Allianz sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("Informasi Konsumen"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan.
- Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen 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 Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani formulir klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Allianz berhak melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menyesuaikan santunan asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis dan/atau Sertifikat Asuransi. Allianz juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.

PERNYATAAN DAN KUASA AHLI WARIS

Bersama ini saya menyatakan bahwa:

- Saya menyatakan bahwa Saya sendiri yang menandatangani Formulir ini.
- Saya memahami dan menyetujui bahwa pengajuan pada Formulir ini hanya akan diproses oleh Allianz setelah seluruh dokumen yang dipersyaratkan disampaikan secara benar dan lengkap dan pengajuan akan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Allianz.
- Saya dengan ini memberikan kuasa dengan hak substitusi, tanpa syarat dan yang tidak dapat dicabut kembali kepada masing-masing, yang dapat bertindak sendiri-sendiri maupun secara bersama-sama, (i) Allianz; (ii) setiap orang dan/atau perusahaan yang bekerja sama dengan Allianz sehubungan dengan proses pengurusan, pemeriksaan dan/atau investigasi klaim asuransi; (iii) setiap dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, instansi lain, perusahaan asuransi lain, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan Tertanggung, riwayat pengobatan atau perawatan di Rumah Sakit maupun institusi pelayanan medis lainnya (termasuk diagnosis atau nasihat dokter atau tenaga medis lainnya); dan (iv) perusahaan atau perorangan atau organisasi lainnya yang menjadi Pemegang polis, untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:
 - Memberikan, mengungkapkan dan/atau menyerahkan kepada Allianz setiap keterangan, data, informasi dan/atau catatan/isi/ringkasan rekam medis (termasuk memberi salinan/fotokopi dokumen terkait) sehubungan dengan, namun tidak terbatas pada, diagnosis, riwayat pengobatan atau perawatan dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Tertanggung;
 - Mendapatkan segala keterangan/informasi/catatan/rekam medis dari Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan/atau maupun institusi pelayanan medis lainnya sehubungan dengan diagnosis dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya yang mana akan digunakan untuk memproses pengajuan klaim sesuai dengan ketentuan Polis dan/atau Sertifikat Asuransi dan hukum yang berlaku; dan
 - Melakukan segala sesuatu sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi dan/atau hal-hal lainnya yang berkaitan dengan klaim asuransi.

4. Saya dengan ini mengerti dan memahami bahwa:
 - a. Allianz akan melakukan Pemrosesan Data Pribadi Saya. Pengertian:
 - (i) **Data Pribadi** mencakup semua data dan/atau informasi (*termasuk tetapi tidak terbatas pada data dan informasi kesehatan serta finansial Saya*) yang tercantum dalam Formulir ini, data dan/atau informasi yang Saya berikan kepada Allianz melalui sarana atau pihak manapun dari waktu ke waktu dan data dan/atau informasi yang diperoleh oleh Allianz dari pihak ketiga manapun; dan
 - (ii) **Pemrosesan** atau **Memproses** mencakup kegiatan pemerolehan, pengumpulan, pengolahan, penganalisisan, penyimpanan, perbaikan, pembaruan, penampilan, pengumuman, transfer, penyebaran, pengungkapan, penghapusan dan/atau pemusnahan Data Pribadi.
 - b. Dasar Pemrosesan Data Pribadi Saya oleh Allianz adalah satu atau lebih dari dasar-dasar Pemrosesan berikut ini:
 - (i) Pemenuhan kewajiban perjanjian untuk memenuhi permintaan Saya (yaitu pengajuan klaim ini);
 - (ii) Pemenuhan kewajiban hukum Allianz sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - (iii) Pemenuhan perlindungan kepentingan vital Saya; **dan/atau**
 - (iv) Pemenuhan kepentingan yang sah lainnya dengan tetap memperhatikan tujuan, kebutuhan dan keseimbangan kepentingan Allianz dan Saya,

masing-masing dasar Pemrosesan tersebut adalah sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang mengatur perlindungan data pribadi di Indonesia.
 - c. Pemrosesan Data Pribadi Saya oleh Allianz adalah dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini ("**Tujuan Pemrosesan**"):
 - (i) penilaian risiko asuransi;
 - (ii) kegiatan operasional Allianz;
 - (iii) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
 - (iv) pembayaran manfaat asuransi/klaim;
 - (v) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
 - (vi) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
 - (vii) pembayaran komisi;
 - (viii) kerja sama terkait proses permohonan asuransi dan/atau klaim (baik permohonan asuransi dan/atau klaim yang Saya ajukan di Allianz atau perusahaan asuransi lainnya);
 - (ix) kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
 - (x) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya;
 - (xi) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi;
 - (xii) menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari *regulator* manapun atau pihak berwenang atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktivitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz untuk melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz, dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA dan CRS ("**Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara**");
 - (xiii) kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan/atau
 - (xiv) proses lainnya yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan asuransi.
 - d. Allianz dapat mengungkapkan Data Pribadi Saya kepada pihak-pihak berikut ini (selanjutnya disebut "**Pihak Terkait**") dalam rangka dan/atau untuk setiap Tujuan Pemrosesan:
 - (i) ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk mereka yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya);
 - (ii) setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Allianz;
 - (iii) perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau
 - (iv) otoritas, asosiasi asuransi, pengadilan, pihak yang berwenang dan/atau badan pemerintah (*regulator*) manapun.
 - e. Dalam rangka dan/atau untuk setiap Tujuan Pemrosesan, Allianz juga dapat:
 - (i) melakukan transfer Data Pribadi Saya kepada setiap Pihak Terkait yang berada di luar wilayah hukum Republik Indonesia; dan/atau
 - (ii) menunjuk setiap Pihak Terkait sebagai prosesor untuk melakukan Pemrosesan Data Pribadi Saya.
5. Saya mengerti dan setuju bahwa masing-masing dasar Pemrosesan sebagaimana dijelaskan dalam butir 4 (b) di atas adalah sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang mengatur perlindungan data pribadi di Indonesia dan merupakan dasar hukum yang sah atas Pemrosesan seluruh Data Pribadi Saya.
6. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak Saya dengan mengakses tautan berikut <https://www.allianz.co.id/pemberitahuan-privasi.html>.
7. Saya bertanggung jawab atas setiap pelepasan dan/atau pengungkapan informasi, keterangan dan/atau catatan/rekam medis sehubungan dengan kuasa yang Saya berikan sebagaimana dimaksud pada Angka 4 di atas, dan membebaskan setiap pihak yang menjadi penerima kuasa dari segala gugatan, tuntutan, ganti rugi dan/atau klaim yang timbul baik saat ini maupun di kemudian hari.
8. Saya dengan ini mengesampingkan keberlakuan ketentuan Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
9. Surat kuasa yang tercantum dalam Formulir ini merupakan tambahan dari setiap kuasa yang telah Saya berikan sebelumnya kepada Allianz dan/atau penerima kuasa lainnya, dan tidak mengakibatkan berakhirnya setiap kuasa yang telah Saya berikan sebelumnya.
10. Formulir ini telah memuat pemberian kuasa dari Saya kepada setiap penerima kuasa sebagaimana dimaksud pada Angka 4 di atas. Dengan demikian, Formulir ini memiliki akibat hukum yang sama dengan surat kuasa dan tidak diperlukan lagi suatu surat kuasa terpisah.

11. Formulir ini dapat dibuat salinannya dan setiap salinannya (fotokopinya) memiliki kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.
12. Dalam hal diminta dan/atau dipersyaratkan oleh dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan/atau institusi kesehatan lainnya, Saya bersedia untuk mengisi dan menandatangani formulir klaim kematian dan/atau surat kuasa yang disediakan oleh setiap dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, atau institusi kesehatan lainnya ("**Surat Kuasa Tambahan**"). Surat Kuasa Tambahan tersebut merupakan tambahan atas, dan tidak meniadakan, kuasa-kuasa yang diberikan berdasarkan Formulir ini.
13. Apabila pembayaran yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang & Pendanaan Terorisme serta Pencegahan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal, maka Allianz dapat melakukan hal-hal yang dibutuhkan sebagaimana tercantum di dalam peraturan perundang-undangan tersebut.
14. Dalam hal Formulir ini disediakan dalam versi Bahasa Indonesia dan bahasa asing lainnya, maka versi bahasa asingnya merupakan versi yang dimaksudkan sebagai referensi. Dalam kondisi apapun, versi Bahasa Indonesia merupakan versi yang berlaku.
15. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik (baik seluruhnya atau sebagian), yang harus dianggap sebagai tanda tangan asli untuk semua tujuan dan yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan tanda tangan asli (basah). Saya mengakui dan menyetujui bahwa, dalam setiap proses hukum dalam setiap hal yang sehubungan dengan Formulir ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau (ii) membatalkan Formulir ini, atas alasan penandatanganan Formulir ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.

Dibuat, disetujui dan ditandatangani di _____, Tanggal _____
(tanggal/ bulan/ tahun)

Tanda Tangan Ahli Waris

Nama lengkap :

IV. Dokumen Pendukung Klaim

- a. Formulir Klaim Meninggal Dunia
- b. Salinan Kartu Tanda Penduduk Tertanggung
- c. Salinan Kartu Tanda Penduduk Ahli Waris
- d. Salinan Kartu Keluarga Tertanggung
- e. Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Instansi pemerintahan yang berwenang , atau
 - I. Jika meninggal dunia di rumah sakit, melampirkan Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Rumah Sakit dan keterangan sebab meninggal dunia dari dokter yang merawat.
 - II. Jika meninggal dunia tidak wajar atau karena kecelakaan lalu lintas, melampirkan Surat Keterangan dari Kepolisian (BAP).
 - III. Jika meninggal dunia di luar negeri, melampirkan surat Keterangan penyebab meninggal dari Kantor Perwakilan Republik Indonesia setempat.
- f. Dokumen lainnya : Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan Data Medik.

Formulir ini telah diperiksa oleh Petugas Bank dan telah sesuai dengan kondisi yang sebenarnya.

Formulir ini dibuat dan ditandatangani oleh Petugas Bank di _____ tanggal _____
(tanggal/ bulan/ tahun)

Tanda Tangan Petugas Bank

Nama Petugas Bank : _____
Kode Cabang : _____
Nama Cabang : _____

**SURAT KUASA
PELEPASAN INFORMASI MEDIS DAN DATA MEDIK**

**POWER OF ATTORNEY
TO RELEASE MEDICAL INFORMATION AND MEDICAL
DATA**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

I, the undersigned:

Nama Lengkap :
Full name
Tempat dan Tanggal Lahir :
Place and Date of Birth
Alamat :
Address
Hubungan dengan Tertanggung : Diri Sendiri / Suami / Istri / Anak / Orang Tua / Saudara Kandung*
Relationship with the Insured *Myself / Husband / Wife / Child / Parent / Sibling**
Nomor Induk Kependudukan :
ID Number

dengan ini memberi kuasa penuh dan izin kepada setiap rumah sakit/klinik/puskesmas ("**Fasilitas Pelayanan Kesehatan**"), dokter yang mewakili Fasilitas Pelayanan Kesehatan, setiap dokter Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang merawat, praktisi medis, perusahaan asuransi, instansi dan/atau pihak lain yang memeriksa/merawat/mengobati atau mengetahui kondisi kesehatan Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan untuk memberikan/melepas isi rekam medis, data medis atau informasi medis/kesehatan lainnya, termasuk tetapi tidak terbatas pada informasi/riwayat setiap penyakit, pemeriksaan, tindakan medis, diagnosa dan/atau pengobatan (termasuk memberi salinan/fotokopi dokumen terkait) yang berkaitan dengan Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan sebagai berikut:

hereby grant a full power of attorney and consent to every hospital/clinic/health centres (the "**Medical Service Providers**"), doctors who represent the Medical Service Providers, any attending physician/doctor of the Medical Service Provider who treated the Insured, medical practitioner, any insurance company, institution, or any other party who examines/attends/cures or who knows about the health conditions of the Insured to provide/release contents of the medical records, medical data other or medical/health information, including but not limited to information/disease history, medical examination, medical action, diagnosis, and/or therapy (including to provide duplicates/copies of the related document) related to the Insured as follows:

Nama Lengkap Pasien :
Patient Full Name
Tempat dan Tanggal Lahir :
Place and Date of Birth
Alamat :
Address
Nomor Induk Kependudukan :
ID Number
(selanjutnya disebut sebagai "**Tertanggung**")

(hereinafter referred to as the "**Insured**")

kepada **PT Asuransi Allianz Life Indonesia** dalam rangka dan/atau untuk tujuan proses pengajuan dan penanganan klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim), pelayanan nasabah (termasuk penanganan keluhan), kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan/atau kejahatan keuangan, dan proses lainnya yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan asuransi.

to **PT Asuransi Allianz Life Indonesia** for the purpose of and/or in connection with the filing and handling any claims (including but not limited to the examination and investigation of claims), customer service (including complaint handling), cooperation in the detection or prevention of fraud and financial crimes, and other processes related to the implementation of insurance activities.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, dengan ini Saya bertanggung jawab atas pelepasan isi rekam medis, data medik atau informasi medis/kesehatan

In connection with the above, hereby I am fully responsible for the release of the contents of the medical records, medical data other or medical/health

lainnya tersebut dan membebaskan serta tidak akan menuntut dokter yang mewakili Fasilitas Pelayanan Kesehatan, setiap dokter Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang merawat Tertanggung, praktisi medis, perusahaan asuransi, instansi dan/atau pihak lain yang memeriksa/merawat/mengobati atau mengetahui kondisi kesehatan Tertanggung dari segala konsekuensi hukum yang timbul atau mungkin timbul dari pihak manapun. Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan yang termaktub dalam pasal 1813, 1814 dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, serta pemberian kuasa ini akan mengikat para pengganti/ahli waris/Penerima Manfaat dan akan tetap berlaku setelah Saya dan/atau Tertanggung meninggal atau dalam keadaan cacat atau berada di bawah pengampuan. Salinan (fotokopi) surat kuasa ini adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.

information and shall hold harmless, and will not prosecute, the Medical Service Provider, doctors who represent the Medical Service Providers, any attending physician/doctor of the Medical Service Provider who treated the Insured, medical practitioner, any insurance company, institution, or any other party who examines/attends/cures or who knows about the health conditions of the Insured, against any legal consequences that may arise from any parties. I hereby waive the provisions contained in articles 1813, 1814 and 1816 of the Civil Code, and this power of attorney will be binding on the successors/heirs/beneficiaries and will remain in effect after I and/or the Insured die or are disabled or are under guardianship. The copy (photocopy) of this power of attorney is valid and has the same legal force as the original.

Surat Kuasa Pelepasan Informasi Medis dan Data Medik ini ditulis dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia. Dalam hal terjadi ketidaksesuaian atau inkonsistensi antara teks dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia, maka teks dalam Bahasa Indonesia yang berlaku.

This Power of Attorney to Release Medical Information and Medical Data is written in the English and Indonesian languages. In the event of any disagreement or inconsistency between the English and the Indonesian texts, the Indonesian text shall prevail.

Demikian Surat Kuasa ini Saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Thus, I execute this Power of Attorney truthfully and without coercion from any party.

Tempat : Place	Tanggal : Date
Pemberi Kuasa Principal	
Materai Rp 10.000 Tanda tangan	
Nama Lengkap : Full Name	

Catatan (Notes):

- Apabila Tertanggung meninggal dunia, maka yang memberikan tanda tangan adalah Ahli Waris. (*If the Insured has passed away, then the undersigned is Beneficiary*)
- Tanda * coret yang tidak perlu (*Sign * choose the right one*)