

## PERNYATAAN PERSETUJUAN Written Consent

Yang bertanda tangan di bawah ini (*Herewith*) :

Nama (*Name*) : .....

Alamat (*Address*) : .....  
 : .....

No. KTP (*ID Number*) : .....

No. Polis (*Policy Number*) : .....

Sebagai (*as of*) \*  Tertanggung (*Insured*)  Pemegang Polis (*Policyholder*)  Ahli Waris dari (*Beneficiary of*):

\*Jika Pemegang Polis sama dengan Tertanggung maka data dibawah ini tidak perlu diisi (*If the Policy Holder also acts as the Insured, the following information can be left blank*)

Nama (*Name*) : .....

Alamat (*Address*) : .....  
 : .....

No. KTP (*ID Number*) : .....

Dengan ini Saya memberikan dan menyatakan (*I hereby grant and declare*) :

1. Persetujuan kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/ keterangan atau mengetahui keadaan/ kesehatan Tertanggung/ Pemegang Polis dan memberikan catatan atau keterangan tersebut kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life sehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan (*Consent to the Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution, Individual or other Organizations, having record/ information or know the existence/ health of the Insured/ Policyholders and provide the record or information to PT Asuransi Jiwa Sequis Life relevant to the claim process*).
2. Kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life untuk mendapatkan segala suatu tentang keterangan atau catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya (*Authorize PT Asuransi Jiwa Sequis Life to gather all information or medical record from Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution, Individual or other Organizations*).
3. Dokumen pembayaran dan/ atau Kuitansi yang dilampirkan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life adalah dokumen asli dan hanya diperuntukkan untuk PT Asuransi Jiwa Sequis Life (*Payment documents and/ or receipt attached for PT Asuransi Jiwa Sequis Life are the original documents and addressed for PT Asuransi Jiwa Sequis Life only*).
4. Saya bersedia untuk bertanggung jawab dan menanggung segala bentuk ganti kerugian termasuk mengembalikan manfaat asuransi yang telah saya terima kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life apabila terbukti terdapat pelanggaran dan/ atau penipuan (yang tidak perlu dibuktikan oleh hukum) terhadap dokumen yang Saya lampirkan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life (*I will be responsible and bear any kind of loss that may occur including refund insurance benefit that I have received to PT Asuransi Jiwa Sequis Life should any violation and/ or fraud (not required to be proven by law) be conducted and proven upon documents submitted to the PT Asuransi Jiwa Sequis Life*).
5. Saya membebaskan PT Asuransi Jiwa Sequis Life, Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang telah memberikan keterangan atau catatan tersebut dari segala tuntutan hukum (*I release PT Asuransi Jiwa Sequis Life, Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution or other Organization who have provided the information or notes from all legal litigation*).

Demikian pernyataan ini Saya buat dan salinan dari pernyataan ini sama sah dan berlaku seperti aslinya, bersifat dan mempunyai kekuatan hukum yang sama (*I certify that this statement is true and the copy of this statement has the same legal force as the original*).

Ditandatangani di (*Place*):

Tanggal/bulan/tahun pengisian (*Date*):

Meterai Rp10.000

\_\_\_\_\_  
 (Nama Lengkap dan Tanda Tangan Pembuat Pernyataan)  
 (Certifier)