

Surat Kuasa

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
NIK :
Alamat :
Hubungan Dengan Pasien : Diri sendiri / Orang Tua / Saudara / Penanggung Jawab /
Lainnya

Dengan ini memberikan kuasa kepada:

Nama :
Tanggal Lahir :
Alamat :
No Induk Pegawai :
Jabatan : Staff Claim Verifikasi PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Untuk mendapatkan keterangan dan atau catatan medis (termasuk namun tidak terbatas pada memberikan salinan/fotokopi dokumen medis) terkait catatan perawatan saya di KLINIK MATA NUSANTARA KEBON JERUK Jakarta.

Demikian Surat Pemberian Kuasa ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta,.....

Yang Memberikan Kuasa,

Yang Diberikan Kuasa

Materai 10.000

.....
Nama Jelas & Ttd diatas

.....

Surat Pernyataan dan Pemberian Kuasa

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Tempat tanggal lahir :

No. KTP :

Dengan ini menyatakan:

1. Memberikan persetujuan dan kuasa kepada penyedia layanan kesehatan (termasuk namun tidak terbatas pada Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan Tenaga Kesehatan) dan setiap perusahaan asuransi untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis (termasuk namun tidak terbatas pada memberikan salinan/fotokopi dokumen terkait) kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia sehubungan layanan kesehatan yang pernah diterima oleh/diberikan kepada saya.
2. Memberikan persetujuan dan kuasa kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia untuk meminta dan mendapatkan keterangan dan/atau catatan medis terkait dengan layanan kesehatan kepada setiap pihak sebagaimana disebutkan pada Angka 1 di atas.

Demikian Surat Pernyataan dan Pemberian Kuasa ini dibuat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Tempat:

Tanggal:

Yang Menyatakan dan Memberikan Kuasa,

Materai Rp.10.000,-

(
Nama jelas & Ttd
)

KANTOR PUSAT

Allianz Tower, Jl. HR Rasuna Said, Kawasan Kuningan Persada Super Blok 2, Jakarta Selatan 12980 - Indonesia
Corporate Number +6221 2926 8888 | Fax. No. +6221 2926 8080