



Jl. Raya Jatinegara Timur No. 85-87  
 Jakarta 13310 – Indonesia  
 Tel. : 62-21 2800 888  
 Fax. : 62-21 2800 755  
 E-mail : [repremier.jatinegara@ramsayhealth.co.id](mailto:repremier.jatinegara@ramsayhealth.co.id)  
 Web : [www.ramsayhealth.co.id](http://www.ramsayhealth.co.id)

**SURAT KUASA  
 PENGURUSAN INFORMASI MEDIS  
 UNTUK KLAIM ASURANSI / KEMATIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

*Nama Lengkap* : \_\_\_\_\_  
*No. KTP* : \_\_\_\_\_  
*Alamat* : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dengan ini memberikan kuasa kepada :

*Nama Lengkap* : \_\_\_\_\_  
*No. KTP* : \_\_\_\_\_  
*Alamat* : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
*Hubungan* : \_\_\_\_\_

Untuk mengurus dokumen informasi medis untuk keperluan klaim asuransi/kematian.

Selain itu saya menjamin untuk bertanggung jawab atas setiap kerugian yang mungkin dialami oleh RS Premier Jatinegara dalam hal adanya gugatan dari pihak manapun sehubungan dengan permohonan informasi medis tersebut.

Demikian surat kuasa ini dibuat dalam keadaan sadar, sehat jasmani dan rohani, dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Jakarta, .....

Pemberi kuasa,

Materai  
 Rp. 6.000,-

Penerima kuasa,

\_\_\_\_\_  
 Nama Jelas

\_\_\_\_\_  
 Nama Jelas

**Catatan :**  
*Formulir ini dipergunakan hanya bila pengurusan (mulai dari penyerahan sampai dengan pengambilan) diwakilkan oleh orang lain selain pasien.*

Form. No. E/G-III/03  
 Rev. No. 01