

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

Yang bertanda tangan di bawah ini:

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*
Pihak Yang Diasuransikan : *Myself / Husband / Wife / Child / Parent / Sibling**
Relationship with the Insured
Nomor Induk Kependudukan :
ID Number

dengan ini memberi kuasa penuh, persetujuan 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:

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/Pihak Yang Diasuransikan**")

kepada **PT Asuransi Allianz Life Indonesia dan/atau PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia (sesuai dengan Polis yang mana pasien terdaftar sebagai Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan)** 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.

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

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

I, the undersigned:

hereby grant a full power of attorney, approval 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:

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

to **PT Asuransi Allianz Life Indonesia and/atau PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia (in accordance with the Policy which patient registered as Insured)** 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.

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 information and shall hold harmless,

membebaskan serta tidak akan menuntut dokter yang mewakili Fasilitas Pelayanan Kesehatan, setiap dokter Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang merawat Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan, praktisi medis, perusahaan asuransi, instansi dan/atau pihak lain yang memeriksa/merawat/mengobati atau mengetahui kondisi kesehatan Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan 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/Pihak Yang Diasuransikan meninggal atau dalam keadaan cacat atau berada di bawah pengampunan. Salinan (fotokopi) surat kuasa ini adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.

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.

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

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.

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.

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

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

Catatan:

Notes

- Apabila Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan masih hidup dan cakap hukum, maka yang memberikan tanda tangan adalah Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan.
If the Insured is alive and legally competent, the signature must be provided by the Insured.
- Apabila Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan tidak cakap hukum/sakit, maka yang memberikan tanda tangan adalah keluarga terdekat yang terdaftar sebagai Pemegang Polis/Peserta. Namun demikian, jika Pemegang Polis/Tertanggung bukan merupakan keluarga terdekat, maka yang memberikan tanda tangan adalah ahli waris yang terdaftar sebagai Penerima Manfaat.
If the Insured is not legally competent or is incapacitated due to illness, the signature must be provided by the nearest family member registered as the Policyholder/Participant. However, if the Policyholder/Insured is not the nearest family member, the signature must be provided by the heir registered as the Beneficiary.
- Apabila Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia, maka yang memberikan tanda tangan adalah ahli waris yang terdaftar sebagai Penerima Manfaat.
If the Insured/Person Covered has passed away, the signature must be provided by the heir registered as the Beneficiary.
- Catatan: Keluarga Terdekat meliputi suami/istri, anak yang sudah dewasa, orang tua kandung, dan/atau saudara kandung dari Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan.
Note: Nearest family members include the spouse, adult children, biological parents, and/or siblings of the Insured.
- Tanda * coret yang tidak perlu.
*Sign * choose the right one.*