

**SURAT KUASA**  
**PELEPASAN INFORMASI DAN DATA MEDIK**  
*(Power of Attorney to Release 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*) :  
Nomor KTP (*ID Number*) :  
Hubungan dengan Pasien : Diri sendiri / Suami / Istri / Anak / Orang Tua / Saudara Kandung\*  
*Relationship with the Patient* *Myself/ Husband / Wife / Child / Parent / Siblings \**

Dengan ini saya memberi kuasa penuh kepada setiap dokter yang merawat, dokter mewakili rumah sakit/klinik/puskesmas, praktisi medis, perusahaan asuransi, instansi atau pihak lain yang telah memeriksa/merawat/mengobati atau yang mengetahui kondisi kesehatan pasien, untuk memberikan/melepas keterangan yang meliputi data medik atau informasi medis/kesehatan (termasuk memberi salinan/fotokopi dokumen terkait) atas nama:

*Hereby grant a full power of attorney to every attending physician/doctor, doctor who represents hospital/clinic/health center, medical practitioner, any insurance company, institution, or any other party who examine/attend/cure or who knows about health conditions the Insured, to provide/release information on medical data or medical/health information (including to provide duplicate/copies of the related documents) as follow:*

Nama Pasien (*Patient Name*) :  
Tempat dan Tanggal Lahir :  
(*Place and Date of Birth*)  
Alamat (*Address*) :  
(Selanjutnya disebut sebagai “**Tertanggung**”/hereinafter referred to as “**Insured**”)

Kepada **PT Asuransi Allianz Life Indonesia** dalam rangka memproses klaim asuransi yang diajukan atas nama Tertanggung di atas. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, dengan ini Saya bertanggung jawab atas pelepasan informasi atau data medis tersebut dan membebaskan serta tidak akan menuntut dokter/rumah sakit/klinik/puskesmas, praktisi medis, perusahaan asuransi, instansi atau pihak lain yang telah memeriksa/merawat/mengobati atau yang mengetahui kondisi kesehatan Tertanggung dari segala konsekuensi hukum yang timbul atau mungkin timbul dari pihak manapun. Surat Kuasa ini tidak berakhir apabila tidak ada permintaan pembatalan dari Saya, maupun oleh sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia.

*To PT Asuransi Allianz Life Indonesia with regards to the processing of insurance claim on behalf of the above. In connection with the above, with this I responsible for the release of information or medical data and release and would not prosecute the attending physician/doctor, doctor who represents hospital/clinic/health center, medical practitioner, any insurance company, institution, or any other party who examine/attend/cure or who knows about health conditions the Insured all legal consequences that arise or may arise from any party. This Power of Attorney shall not expire if there is no cancellation request submitted by me, as well as the causes mentioned in Article 1813 of the Indonesian Civil Code.*

Demikian Surat Kuasa ini Saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.  
*This power of attorney is true and duly executed and performed without any compulsion from any parties.*

Yang memberi kuasa,  
*The principal,*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

Meterai Rp 6.000,-

\_\_\_\_\_  
(Nama Jelas dan Tanda Tangan/*Full Name and Signature*)

*Catatan (Notes):*

- *Apabila Pasien/Tertanggung masih hidup, maka yang memberikan tanda tangan adalah Pasien/Tertanggung (If the Patient/Insured is still alive, then the undersigned is the Patient/Insured)*
- *Apabila Pasien/Tertanggung sudah meninggal dunia, maka yang memberikan tanda tangan adalah Ahli Waris (If the Patient/Insured has passed away, then the undersigned is the Beneficiary)*
- *Tanda \* coret yang tidak perlu (Sign \* choose the right one)*