

SURAT KUASA
PEMAPARAN ISI REKAM MEDIK
(Power of Attorney to Disclose Medical Records)

Yang bertanda tangan dibawah ini:
I, the undersigned

Nama Lengkap Ahli Waris :
Beneficiary Full Name
Tanggal Lahir :
Date of Birth
Alamat :
Address

sebagai : (Hubungan antara ahli waris dengan tertanggung)
as : (relationship with the Insured)

Nama Pasien/Tertanggung :
Insured/Patient Name
Tanggal Lahir :
Date of Birth
Alamat :
Address

Dengan ini saya memberi KUASA penuh kepada setiap dokter yang merawat / Dokter yang mewakili ,Rumah Sakit,Klinik, Puskesmas,Praktisi medis, setiap perusahaan asuransi atau Orang Lain yang telah memeriksa , merawat atau mengobati pasien tersebut di atas, untuk memberikan keterangan yang meliputi data medik yang diminta oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia mengenai segala hal yang diperlukan sehubungan dengan kesehatan (termasuk memberi salinan / foto copy dokumen terkait) dalam rangka memproses klaim asuransi yang saya ajukan.

Hereby grant a full power of attorney to every insurance company attending physician/doctor which represent hospital, clinic, "Puskesmas", medical practitioner or any other person who examine, nurse or cure the above patient, to provide information regarding any issues needed in connection with the health (including to provide copies of related documents) in regards to process my insurance claim.

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.6000,--

(Nama Jelas dan TTD)
(Full Name and Signature)