



SURAT KUASA PELEPASAN DATA MEDIS
Power Attorney For Release of Medical Record

Saya yang bertandatangan di bawah ini:
I, the undersigned

Nama Lengkap (*Full Name*) : _____
No KTP (*ID Number*) : _____
Alamat (*Address*) : _____
No. Polis (*Policy Number*) : _____

Hubungan dengan Pasien
Kandung (*Relationship with Patient*)

Diri Sendiri
Myself Suami/Istri
Husband/Wife Anak
Child Orang Tua
Parent Saudara
Sibling

dengan ini memberi kuasa secara penuh dan tidak dapat dicabut kembali kepada setiap dokter, praktisi kesehatan, rumah sakit/klinik/puskesmas/laboratorium, perusahaan asuransi, instansi atau pihak lain yang telah memeriksa/merawat/mengobati atau yang mengetahui kondisi kesehatan Pasien, untuk memberikan atau melepas keterangan yang meliputi sebagian atau seluruh data kesehatan medis atau hasil pemeriksaan kesehatan termasuk memberi salinan/fotokopi dokumen untuk keperluan proses klaim kepada PT AIA Financial atau pihak lain yang ditunjuk atas nama:

hereby grant an irrevocable and full power of attorney to every attending physician/doctor, hospital/clinic/public health center/laboratory, any insurance company, institution or any other party who examines/attends/cures or who knows about health conditions the insured, to provide or release information on any or all medical record or examination result including to provide duplicate/copies of the related documents for the purposes of the claim process on behalf of:

Nama Pasien (*Patient Name*) : _____
Tempat dan Tanggal Lahir
(*Place and Date of Birth*) : _____
Alamat (*Address*) : _____

Lebih lanjut, dengan ini saya setuju bahwa data/informasi yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT AIA Financial atau pihak lain yang ditunjuk secara sah oleh PT AIA Financial, termasuk namun tidak terbatas pada data dan informasi sehubungan dengan kesehatan, riwayat medis, dan/atau hasil pemeriksaan kesehatan ("Data") untuk diakses, digunakan dan/atau diungkapkan oleh PT AIA Financial kepada termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, pihak pengelola administrasi, pihak penyedia pelayanan kesehatan (termasuk namun tidak terbatas pada dokter/rumah sakit/klinik/puskesmas/laboratorium), penyidik klaim, asosiasi industri, pengadilan dalam yurisdiksi manapun, badan pemerintah, instansi yang berwenang dan badan hukum manapun lainnya ("Pihak-Pihak yang terlibat"), sebagai satu kesatuan proses klaim asuransi.

Saya bertanggung jawab atas pelepasan dan pengungkapan Data dalam Surat Kuasa ini dan membebaskan serta tidak akan menuntut PT AIA Financial serta Pihak-Pihak yang terlibat atau pihak-pihak lain yang berkepentingan untuk mengakses, menggunakan, dan/atau mengungkapkan Data dari segala tuntutan, ganti rugi dan/atau atau konsekuensi hukum yang timbul atau mungkin timbul dari pihak manapun sehubungan dengan akses, penggunaan, dan/atau pengungkapan atas Data.

Untuk tujuan pelaksanaan dari Surat Kuasa ini, Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia dengan ini dikesampingkan, tetapi hanya sepanjang atau memerlukan persetujuan pengadilan untuk mengakhiri Surat Kuasa ini.

Surat Kuasa ini ditandatangani tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Saya setuju bahwa setiap salinan Surat Kuasa ini dianggap sebagai asli dan semua salinan yang diterbitkan merupakan satu kesatuan dan dianggap Surat Kuasa yang sama, mengikat, dan berkekuatan hukum.

Furthermore, I hereby agree that the data/information obtained and collected by PT AIA Financial or other parties appointed to use, disclose as an integral part of the Insurance claim process (including but not limited to reinsurance parties, claims investigators, industry associations, court in any jurisdictions, governmental agencies, regulatory institutions, and any other legal entities).

I am hereby responsible for the release and disclosure of medical record or examination result mentioned herein and release and discharge the doctors/hospitals/clinics/public health centers/laboratories/any insurance companies or other parties from any claims or legal consequences that arise or may arise from any party.

For the purpose of implementation of this Power of Attorney, Article 1266 of the Indonesian Civil code is hereby waived, but only to the extent or requirement to have court approval to terminate this Power of Attorney.

This Power of Attorney is signed without any compulsion from any parties. I agree that any copy of the Power of Attorney shall be deemed as the original and all of copies taken together shall constitute one and the same Power of Attorney.

Ditandatangani di/Signed in: _____

Tanggal/Date: _____

Pemberi Kuasa/The Grantor/Authorizer

Penerima Kuasa/Authorized

Materai 10000

(_____)

(_____)