



SURAT KUASA PERMINTAAN DATA MEDIS

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

No.KTP/SIM/Paspor : Masa Berlaku : / /
(Fotokopi harus dilampirkan) Tanggal Bulan Tahun

Alamat Korespondensi :

Kelurahan : Kota : Rt/Rw :
Kode Pos :

Telepon Kantor : () - Telepon Rumah : () -
kode area kode area

Hand Phone : E-mail :
wajib diisi

Hubungan dengan Pemegang Polis : Suami/Istri Anak Orang tua Sendiri Saudara Kandung Wali Lainnya, sebutkan

Hubungan dengan Tertanggung : Suami/Istri Anak Orang tua Sendiri Saudara Kandung Wali Lainnya, sebutkan

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada PT. AIA Financial untuk mendapatkan informasi atau data medis, resume medis, hasil test diagnostik atau keterangan dokter dari rumah sakit/klinik/balai pengobatan/laboratorium atau pihak/organisasi lain untuk keperluan proses klaim atas nama:

Nama Tertanggung/Peserta/Pasien :

Tanggal Lahir :

Alamat :

Dengan ini bertanggung jawab atas pelepasan informasi dan data medis ini. Saya tidak akan menuntut pihak dokter/rumah sakit/klinik/balai pengobatan/laboratorium atau pihak- pihak lainnya dikemudian hari, atas akibat yang timbul sehubungan dengan dikeluarkannya informasi dan data medis yang dimaksud.

Demikian surat kuasa ini saya buat dengan sebenar - benarnya tanpa paksaan dan tekanan dari pihak manapun. Saya setuju salinan/copy surat kuasa ini berlaku sama kuatnya sebagaimana surat kuasa asli.

Dokumen yang harus disertakan :

Fotokopi KTP Pemberi Kuasa

Ditandatangani di : , / /
Tanggal Bulan Tahun

Pemberi Kuasa

Materai 6000

Tanda Tangan dan Nama Lengkap Pemberi Kuasa

