

SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	:	_____
Umur	:	<input type="text"/> <input type="text"/> tahun
Alamat	:	_____
No KTP	:	_____
Hubungan dengan Tertanggung / Peserta	:	_____

Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT. Hanwha Life Insurance Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung. Fotocopy dari surat kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di : _____ Tanggal ____/____/____

Materai 6000

Tanda Tangan dan Nama Jelas Pihak Ahli Waris / Tertanggung