

SURAT KUASA PERMINTAAN DATA MEDIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

No. KTP/SIM/Paspor :
(Fotokopi harus dilampirkan)

Alamat KTP :

No. HP :

Hubungan dengan Tertanggung:

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada PT. Asuransi BRI Life untuk mendapatkan informasi atau data 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 :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat KTP :

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

Penerima Kuasa

Ditandatangani di : _____ ,
Pemberi Kuasa

Materai 6000

Tanda Tangan dan Nama Lengkap Pemberi Kuasa