

SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS
(POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS)**Yang bertanda tangan di bawah ini :**
(The Undersigned)

Nama (Name) : _____

Umur (Age) : tahun (Year)

Alamat (Full Address) : _____

No KTP (ID Number) : _____

Hubungan dengan Tertanggung / Peserta : _____
(Relation with the Insured)

Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, 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.
(I hereby, this power of attorney is granted by waiving one of the ruling of the termination of power of attorney as contained in article 1813 KUHPer (civil code) to every doctor, doctor which represent hospital, clinic, health center, laboratory, any medical institution, insurance company, legal entity, institution or individual who has records / information or know the condition / health of the Insured, to notify PT. Hanwha Life Insurance Indonesia or those who are authorized by it, all records / information regarding the Insured's condition / health. The copy of this power of attorney is equally legally enforceable and valid as the original)

Ditandatangani di (Signed in) : _____ Tanggal (Date) ____/____/____

Materai 10.000

Tanda Tangan dan Nama Jelas Pihak Ahli Waris / Tertanggung
(Signature & Beneficiary Name / life assured)