

SURAT KUASA

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
No. Peserta :
No. KTP :
Tempat/Tanggal Lahir :
Alamat :
Pekerjaan :

Untuk selanjutnya disebut sebagai **Pemberi Kuasa**.

Dengan ini memberikan Kuasa kepada **PT Equity Life Indonesia** sebagai Penanggung dalam perlindungan asuransi jiwa dan kesehatan Pemberi Kuasa, dan untuk selanjutnya disebut sebagai **Penerima Kuasa**.

———— KHUSUS ————

Dalam hal ini Penerima Kuasa berhak untuk melakukan hal-hal sebagai berikut :

1. Menerima salinan mengenai catatan keterangan medis Pemberi Kuasa yang terdapat pada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Instansi Pemerintah dan Swasta, Perorangan serta pihak lain yang memiliki catatan keterangan medis atas nama Pemberi Kuasa.
2. Menerima segala bentuk informasi yang berkaitan dengan data Kesehatan Pemberi Kuasa yang dibutuhkan oleh Penerima Kuasa.
3. Melakukan verifikasi dan analisis terhadap setiap catatan keterangan medis yang diterima atas nama Pemberi Kuasa.
4. Menyimpan salinan catatan keterangan medis Pemberi Kuasa dalam bentuk apapun yang didapatkan dari setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Instansi Pemerintah, Instansi Swasta, Perorangan serta pihak lain yang memiliki catatan keterangan medis atas nama Pemberi Kuasa.

Demikian surat kuasa ini dibuat dan ditandatangani, untuk dapat dipergunakan sebagaimana semestinya.

.....

Pemberi Kuasa

(_____)

Tertanggung

(_____)

Orang Tua/Wali

(apabila tertanggung dibawah 18 tahun)