



## Surat Kuasa/Power of Attorney

Yang bertanda tangan dibawah ini

*The undersigned*

Nama Pemberi Kuasa : \_\_\_\_\_

*Principal's name*

Alamat : \_\_\_\_\_

*Address*

Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_

*Date of Birth*

Nomor KTP/SIM/Passport : \_\_\_\_\_

*ID/driving license/passport number*

*(Harap untuk melampirkan copy ID)*

Hubungan dengan tertanggung/peserta : \_\_\_\_\_

*Relation with insured/participant*

Nomor Telepon & Alamat E-Mail : \_\_\_\_\_

Saya/Kami memberikan kuasa kepada dokter rumah sakit/klinik/laboratorium/puskesmas/petugas administrasi rumah sakit paramedis (bidan/perawat) perusahaan asuransi atau pihak-pihak lainnya untuk memberikan/melepas informasi riwayat kesehatan, penyakit, rawat jalan/rawat inap Saya/Kami atau data medis milik Saya/Suami/Istri/Anak/Orang Tua/Keluarga atas nama:

*I/We hereby authorize the doctor/hospital/clinic/laboratory/ health center/hospital administration officer/paramedic (midwife/nurse)/insurance company or other parties to provide / release information of medical history, illnesses, outpatient/inpatient or medical data of Myself/Husband/Wife/Child/Parent/ Family as follow:*

Nomor Polis : \_\_\_\_\_

*Policy Number*

Nama Tertanggung/ Peserta : \_\_\_\_\_

*Insured's/participant Name*

Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_

*Date of Birth*

Nomor KTP/SIM/Passport : \_\_\_\_\_

*ID/driving license/passport number*

Kepada PT Central Asia Financial (JAGADIRI) atau pihak lain yang ditunjuk oleh JAGADIRI sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa dana atau asuransi kesehatan atas nama tersebut di atas. Surat Kuasa ini ditandatangani tanpa adanya tekanan/paksaan dari pihak manapun. Saya/Kami setuju salinan Surat Kuasa ini berlaku sama kuatnya seperti yang asli. Surat Kuasa ini tidak berakhir apabila tidak ada permintaan pembatalan dari Saya/Kami, maupun oleh sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia.

*To PT Central Asia Financial (JAGADIRI) or any other party designated by JAGADIRI in connection with the filing of insurance claims life and health on behalf of the above. This Letter of Attorney is signed without any pressure/coercion from any other party. I/We agree that a copy of this Letter of Attorney shall be as valid as the original. This Letter of Attorney shall not expire if there is no cancellation request submitted by me/us, as well as the causes mentioned in Article 1813, Article 1814 and Article 1816 of the Indonesian Civil Code.*

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_

Tanggal (dd/mm/yy) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Pemberi Kuasa**

Materai Rp. 10.000,-

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan dan nama jelas