

SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS**Yang bertanda tangan di bawah ini :**

Nama : _____
Umur : _____
Alamat : _____
No KTP : _____
Hubungan dengan Peserta : _____
(Pihak Yang Diasuransikan)

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 Peserta, untuk memberitahukan kepada PT Capital Life Syariah atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Peserta. Fotokopi dari surat kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditanda tangani di : _____ tanggal ____ / ____ / ____

Pihak Penerima Manfaat/Peserta

Materai 6000

Tanda Tangan dan Nama Jelas