

Apakah Tertanggung diasuransi diperusahaan asuransi lain ? : Ya Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	No Polis	Jenis Asuransi

Apabila klaim ini disetujui, pembayaran akan ditransfer ke Pemegang Polis dengan nomor rekening

Bank : _____

Cabang : _____

Mata Uang : Rupiah US\$

No Rekening : _____

Nama : _____

Pembayaran harus ditujukan kepada Pemegang Polis. Biaya transfer dalam US\$ dan biaya administrasi, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima akan ditanggung oleh Penerima manfaat

**SURAT KUASA PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIS
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS**

Yang bertandatangan dibawah ini / *The undersigned.*

Nama pemegang polis/ *Policy holder name* : _____

Alamat pemegang polis/
Policy holder Address : _____

Hubungan dengan Pasien : Anak Suami Istri Orang tua Diri sendiri
Relationship with the patient *Child* *Husband* *Wife* *Parents* *Own self*

Nama pasien / *Patient name* : _____

No. Passport Pasien / *Patient Passport No* : _____

No. KTP Pasien / *Patient ID No* : _____

Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Great Eastern Life Indonesia atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal dunia. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to PT Great Eastern Life Indonesia or its authorized institution. A copy of this statement should be as valid and legal as the original.

Tempat / Place & Tanggal / *Date* : _____

Tandatangan / *Signature* : _____

Nama Lengkap / *Full Name* : _____