

**PRIVATE CONFIDENTIAL**  
**Kepada Yth. TS**

Jakarta, 08 Agustus 2022

**Rekam Medis**

**Rumah Sakit**

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa klien kami atas nama :

NO.	Nama	Tanggal Lahir	Alamat
1.	HARYANTO	16-10-1969	JL.TAWANG MANGU 143, KRAJAN BARAT, RT.02 RW.06 KEL.TEGAL GEDE, KEC.SUMBERSARI, KAB. JEMBER, 68126

kami ingin mengajukan permohonan konfirmasi mengenai informasi Pasien tersebut, apakah ada kunjungan, baik rawat jalan maupun rawat inap. Mohon informasi tanggal pertama kali pasien berobat.

Bila TS membutuhkan informasi lebih lanjut dapat menghubungi kami di Telp. No. 021 29268888 (Dwi Kurniasih), Fax. 021 29268710.

*Atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.*

*Hormat kami,*

*PT. Asuransi Allianz Life Indonesia*

Kantor Pusat:

World Trade Centre 3

Jalan Jenderal Sudirman Kav. 29-31

Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Corporate Number : +62 21 2926 8888

Fax. : +62 21 2926 8080

**SURAT KUASA  
PELEPASAN INFORMASI DAN DATA MEDIK**  
*(Power of Attorney to Release Information and Medical Data)*

Yang bertanda tangan di bawah ini (*I, the undersigned*):

Nama Lengkap (*Full Name*) : **HARYANTO**  
Tempat dan Tanggal Lahir (*Place and Date of Birth*) : **JEMBER, 16 - 10 - 1969**  
Alamat (*Address*) : **JL. TAWANG MANGU 143 LINGK. KAPAJAN, BERSI**  
Nomor KTP (*ID Number*) : **350921610600004**  
Hubungan dengan Pasien (*Relationship with the Patient*) : **Diri sendiri / Suami / Istri / Anak / Orang Tua / Saudara Kandung\***  
*Myself / Husband / Wife / Child / Parent / Siblings \**

(A)

Dengan ini saya memberi kuasa penuh kepada setiap dokter yang merawat, dokter mewakili rumah sakit/klinik/puskesmas, praktisi medis, perusahaan asuransi, instansi atau pihak lain yang telah memeriksa/merawat/mengobati atau yang mengetahui kondisi kesehatan pasien, untuk memberikan/melepas keterangan yang meliputi data medik atau informasi medis/keselamatan (termasuk memberi salinan/fotokopi dokumen terkait) atas nama:

*Hereby grant a full power of attorney to every attending physician/doctor, doctor who represents hospital/clinic/health center, medical practitioner, any insurance company, institution, or any other party who examine/attend/cure or who knows about health conditions the Insured, to provide/release information on medical data or medical/health information (including to provide duplicate/copies of the related documents) as follows:*

Nama Pasien (*Patient Name*) : **HARYANTO**  
Tempat dan Tanggal Lahir (*Place and Date of Birth*) : **JEMBER 16-10-1969**  
Alamat (*Address*) : **JL. TAWANG MANGU 143 LINGK. KAPAJAN BERSI**  
(Selanjutnya disebut sebagai "**Tertanggung**" (*hereinafter referred to as "Insured"*))

Kepada **PT Asuransi Allianz Life Indonesia** dalam rangka memproses klaim asuransi yang diajukan atas nama Tertanggung di atas. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, dengan ini Saya bertanggung jawab atas pelepasan informasi atau data medis tersebut dan membebaskan serta tidak akan menuntut dokter/rumah sakit/klinik/puskesmas, praktisi medis, perusahaan asuransi, instansi atau pihak lain yang telah memeriksa/merawat/mengobati atau yang mengetahui kondisi kesehatan Tertanggung dari segala konsekuensi hukum yang timbul atau mungkin timbul dari pihak manapun. Surat Kuasa ini tidak berakhir apabila tidak ada permintaan pembatalan dari Saya, maupun oleh sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia.

*To PT Asuransi Allianz Life Indonesia with regards to the processing of insurance claim on behalf of the above. In connection with the above, with this I responsible for the release of information or medical data and release and would not prosecute the attending physician/doctor, doctor who represents hospital/clinic/health center, medical practitioner, any insurance company, institution, or any other party who examine/attend/cure or who knows about health conditions the Insured all legal consequences that arise or may arise from any party. This Power of Attorney shall not expire if there is no cancellation request submitted by me, as well as the causes mentioned in Article 1813 of the Indonesian Civil Code.*

Demikian Surat Kuasa ini Saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.  
*This power of attorney is true and duly executed and performed without any compulsion from any parties.*

Yang memberi kuasa,

The principal,  
**JEMBER** 29 JUNI 20**22**



(Nama Jelas dan Tanda Tangan/*Full Name and Signature*)

Catatan (*Notes*):

- Apabila Pasien Tertanggung masih hidup, maka yang memberikan tanda tangan adalah Pasien/Tertanggung (*If the Patient/Insured is still alive, then the undersigned is the Patient/Insured*)
- Apabila Pasien Tertanggung sudah meninggal dunia, maka yang memberikan tanda tangan adalah Ahli Waris (*If the Patient/Insured has passed away, then the undersigned is the Beneficiary*)
- Tanda \* coret yang tidak perlu (*Sign \* choose the right one*)

PROVINSI JAWA TIMUR  
KABUPATEN JEMBER

NIK : 3509211610690004

Name : HARYANTO  
Tempat Tgl Lahir : JEMBER, 16-10-1969  
Jenis Kelamin : LAKI-LAKI Gol Darah :  
Alamat : JL. TAWANG MANGU 143 LINGK.  
KRAJAN BARAT  
RT/RW : 002 / 006  
KelDesa : TEGAL GEDE  
Kecamatan : SUMBERSARI  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: KAWIN  
Pekerjaan : WIRASWASTA  
Kewarganegaraan: WNI  
Beraku Hingga : 16-10-2017

JEMBER  
09-08-2012

