

Surat Kuasa Pemberian Data Medis

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat :

No. KTP :

Hubungan dengan Tertanggung: Diri sendiri Suami Istri Anak

Bersama ini Saya memberi kuasa kepada PT FWD Insurance Indonesia untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari semua dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, atau dari pihak-pihak lain yang terkait sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa ini atas nama Tertanggung, yaitu:

Nama Tertanggung :

Nomor Polis :

Saya menyadari bahwa salinan surat kuasa ini dapat berlaku sebagaimana aslinya. Seluruh keterangan yang tercantum dalam surat kuasa ini telah ditulis dengan benar.

Dinyatakan di :

Tanggal :

Materai
10,000

(_____)

Nama jelas dan tandatangan