

## 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