



SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS

Yang bertanda tangan di bawah ini / *The Undersigned* :

Nama / <i>Name</i> :	<input type="text"/>	
Umur / <i>Age</i> :	<input type="text"/>	Tahun
Alamat / <i>Address</i> :	<input type="text"/>	
No KTP / <i>ID No.</i> :	<input type="text"/>	
Polis no / <i>Policy No</i> :	<input type="text"/>	

Hubungan dengan Peserta Asuransi / *Relation with the Life Assured* :

Saya memberi kuasa kepada PT. Sun Life Financial Indonesia untuk mendapatkan informasi atau data medis **dari semua dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau dari pihak-pihak lain** yang terkait sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa ini. **Saya setuju salinan surat ini berlaku sama kuatnya seperti yang asli.**

I / We hereby authorize PT. Sun Life Financial Indonesia to seek any medical information / other details from doctors / specialists or other sources and also give My / our consent to the related parties to submit any information needed. I agree that a photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

_____, _____

Hormat saya,

Materai Rp 6.000,-

(*Tanda Tangan dan nama jelas*)