



**SURAT KUASA PERMINTAAN REKAM MEDIS**  
**(Diisi oleh Tertanggung, Pemegang Polis atau Ahli Waris)**

Nama Tertanggung/ Pasien :  
Tanggal Lahir Tertanggung/ Pasien :  
Nomor Polis/ Sertifikat :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap :  
NIK KTP :  
Tanggal Lahir :  
Alamat :  
No Telepon/Ponsel :

Hubungan dengan Tertanggung:

Sendiri  Suami/ Istri  Anak  \*Lainya, mohon sebutkan: \_\_\_\_\_

Dengan ini saya memberi kuasa penuh kepada

1. PT. Asuransi Jiwa Taspen untuk mendapatkan informasi medis dari Dokter yang merawat/ Dokter yang mewakili Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Praktisi Medis maupun Institusi Pelayanan Medis lainnya, Setiap Perusahaan Asuransi atau orang lain yang telah memeriksa, merawat atau mengobati Tertanggung/ Pasien tersebut diatas, mengenai segala hal yang diperlukan sehubungan dengan kesehatan dalam rangka memproses klaim asuransi yang Saya ajukan.
2. Dokter yang merawat / Dokter yang mewakili Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Praktisi Medis maupun institusi pelayanan medis lainnya untuk memberikan keterangan dan / atau catatan medis sehubungan dengan diagnosa dan/ atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau Keluarga Saya yang menjadi Tertanggung/ Pasien/ Ahli Waris

Saya setuju bahwa Copy Surat Kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan sah seperti aslinya. Demikian Surat Kuasa ini Saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_

Tanggal:

--	--

Tanggal

--	--

Bulan

--	--	--	--

Tahun

Yang memberi kuasa,

Materai Rp.10.000,-

Tanda tangan dan Nama Jelas

\*Lainnya (pihak keluarga) dapat diisi apabila pasangan tertanggung/ anak tertanggung tidak ada.