

SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur : Tahun

Alamat :

No.KTP/ID :

Hubungan dengan Pihak Yang Diasuransikan (Almarhum/ah) :

Saya memberi kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Syariah Amanahjiwa Giri Artha untuk mendapatkan informasi atau data medis (antara lain yang saya sebutkan pada kolom di bawah ini) **dari semua dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau pihak-pihak lain** yang terkait sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa ini. **Saya setuju salinan surat ini berlaku sama kuatnya seperti asli.**

Tanggal

Tandatangan