SURAT KUASA
(Letter of Proxy)

[Dalam hal pemohon klaim bukan Pemegang Polis atau Peserta, Kuasa yang telah diisi lengkap dan ditandatangani wajib dilampirkan saat mengajukan klaim. *If the claimant is not The Policy Holder or The Insured, this completed & signed proxy shall be attached when filing a claim]*

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

Nama / *Name* **:**

NIK / ID NUMBER **:**

Alamat / *Address* **:**

Hubungan dengan Peserta / *Relationship with The Insured* **:**

Nama Peserta / *The Insured* **:**

Dengan ini memberikan kuasa kepada dokter, klinik, rumah sakit, perusahaan asuransi, institusi, lembaga dan/atau organisasi dan/atau perorangan yang mengetahui mengenai riwayat kesehatan Peserta untuk memberikan keterangan kepada PT AJ Central Asia Raya Syariah atau yang mewakilinya, seluruh informasi yang berkaitan dengan penyakit atau cidera tubuh, riwayat penyakit, konsultasi, pengobatan dan perawatan yang diberikan, serta salinan dari seluruh rekam medis yang berhubungan dengan diri Peserta.

Hereby grant any physician, clinic, hospital, insurance company, institution, organization and/or individual who has attended, examined, or has health history of The Insured to furnish PT AJ Central Asia Raya Sharia or its authorize representative, any and all informations regarding to any sickness or injury, medical history, consultation prescription or treatment, and copies of all hospital or medical records of The Insured.

Salinan atau fotokopi Kuasa ini sesuai aslinya dinyatakan sama dan sah seperti aslinya.
Copy of the original proxy shall be considered valid.

....., ...

Materai

(Tanda Tangan & Nama Jelas /
Signature & Name)

Mohon untuk mencantumkan *copy* Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemberi kuasa pada dokumen ini.
Please attach a copy of proxy granter ID Card on the document.