



Nomor Polis:

Polis number input boxes: three boxes followed by a dash and seven boxes.

# Surat Pernyataan dan Kuasa Untuk Mendapatkan Hasil Rekam Medis

## INFORMASI PENTING

### Siapa yang bisa mengisi Surat Pernyataan ini?

Surat Pernyataan dan kuasa ini harus diisi oleh Pemilik Hasil Medis (\*Pemegang Polis (Peserta), Tertanggung (Peserta yang diasuransikan), lainnya sebutkan \_\_\_\_\_) (\*coret yang tidak perlu)

### Informasi apa saja yang diperlukan untuk melengkapi formulir ini?

Rincian data sesuai dengan jenis perubahan yang diinginkan oleh nasabah

### Cara mudah pengajuan Surat Pernyataan dan Kuasa untuk mendapatkan hasil rekam medis



Baca dengan seksama



Isi dengan lengkap dan lampirkan copy Identitas Diri (KTP/SIM/Paspor/ KITAS)



Kirim ke AXA atau melalui Agen Anda

## 1. Informasi Data Polis

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pemilik Hasil Rekam Medis : [Input box for name]

Nomor Identitas : [Input box for ID number]

## 2. Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini Saya/Kami, menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Saya/Kami tidak memberikan informasi kepada Agen PT AXA Financial Indonesia ("Agen") selain dari informasi yang tertulis dalam Surat Permintaan dan Agen tidak memberikan informasi, pernyataan atau mengatakan kepada Saya/Kami keadaan apapun yang bertentangan dengan ketentuan yang tercantum dalam Polis standar PT AXA Financial Indonesia ("AXA").
2. Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya/Kami, diperkenankan melakukan pemeriksaan medis yang diperlukan seperti autopsi dan pemeriksaan lainnya, terhadap saya/kami selaku Pemegang Polis (Peserta)/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) bila terdapat hal-hal yang kurang wajar dalam hal kematian Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)/Pemegang Polis (Peserta) di kemudian hari (apabila diperlukan).

Saya/Kami memberikan kuasa kepada AXA untuk meminta keterangan mengenai data saya/Kami kepada pihak terkait seperti dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai keterangan tentang kebiasaan, pekerjaan dan rekam medis diri saya/Kami. Sehubungan dengan hal ini, Saya/Kami memberikan persetujuan kepada pihak terkait tersebut untuk memberikan keterangan yang diperlukan AXA.

Dengan mengesampingkan pasal 1813, 1814 dan pasal 1816 KUH Pedata maka pemberian kuasa ini tidak dapat dicabut/dibatalkan dan tetap berlaku meskipun saya/Kami meninggal dunia. Fax atau copy dari pemberian kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah sebagaimana aslinya.

Ditanda tangani di : [Signature box] Tanggal : [Date box]

Yang Memberikan Pernyataan,

Materai Rp, 6.000,-

(.....)

Tanda Tangan dan Nama Lengkap Pemilik Hasil Medis

**Surat Pernyataan dan Kuasa Untuk Mendapatkan Hasil Rekam Medis**

---

Wajib diisi oleh Agen AXA Financial Indonesia yang membantu :

Kode Agen : \_\_\_\_\_

Nama Agen : \_\_\_\_\_

Nama Group : \_\_\_\_\_

No. Telepon Agen : \_\_\_\_\_