



SURAT PELIMPAHAN WEWENANG

Nama (yang dirawat) :

Tanggal lahir :

Nomor register peserta :

Nama (pemberi wewenang) :

Tanggal lahir :

Nomor register peserta :

Hubungan dengan penderita :

Nama Perusahaan :

Nomor Polis Perusahaan :

Alamat kantor :

Nomor telepon / fax :/.....

Nama Rumah Sakit :

Alamat Rumah Sakit :

Nomor telepon / fax :/.....

Tanggal dirawat :

PELIMPAHAN WEWENANG

Memberi wewenang kepada setiap Rumah Sakit / Dokter untuk memberikan kepada PT. Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG semua informasi mengenai penyakit / luka, riwayat penyakit, konsultasi atau pengobatan, hasil pemeriksaan dan foto copy dari semua catatan medik atas diri saya, semata - mata untuk keperluan Asuransi Kesehatan atas nama diri saya.

.....

Tanda tangan dan nama jelas
(Pemberi wewenang)