

### Surat Pernyataan dan Pemberian Kuasa

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Tempat tanggal lahir :

No. KTP :

Dengan ini menyatakan:

1. Memberikan persetujuan dan kuasa kepada penyedia layanan kesehatan (termasuk namun tidak terbatas pada Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan Tenaga Kesehatan) dan setiap perusahaan asuransi untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis (termasuk namun tidak terbatas pada memberikan salinan/fotokopi dokumen terkait) kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia sehubungan layanan kesehatan yang pernah diterima oleh/diberikan kepada saya.
2. Memberikan persetujuan dan kuasa kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia untuk meminta dan mendapatkan keterangan dan/atau catatan medis terkait dengan layanan kesehatan kepada setiap pihak sebagaimana disebutkan pada Angka 1 di atas.

Demikian Surat Pernyataan dan Pemberian Kuasa ini dibuat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Tempat:  
Tanggal:

Yang Menyatakan dan Memberikan Kuasa,

Materai Rp.6.000,-

(Nama jelas & Ttd)

#### KANTOR PUSAT

Allianz Tower, Jl. HR Rosuna Soed, Kawasan Kuningan Persada Super Blok 2, Jakarta Selatan 12980 - Indonesia  
Corporate Number +6221 2926 8888 | Fax. No. +6221 2926 8080

## SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIS

### PETUNJUK PENGISIAN

1. Formulir ini harus diisi sepenuhnya dan ditandatangani oleh pasien. Jika pasien dibawah dibawah usia 21 tahun, formulir ini harus ditandatangani oleh orangtua/ penanggungjawab pasien.
2. Jika pasien meninggal/keterbalakangan mental persetujuan ini wajib dibuat oleh wali pasien. Wali pasien wajib membawa surat keterangan meninggal pasien. Jika wali yang ditunjuk berbeda dengan kartu keluarga harus membuat surat pernyataan terpisah dengan pasien.
3. Fotokopi dokumen yang relevan (surat keterangan lahir, surat keterangan menikah, surat keterangan meninggal, dan surat administrasi lainnya) wajib dilampirkan sebagai bukti hubungan dengan pasien.
4. Pasien wajib melampirkan KTP, Pasport atau Akte Lahir jika permintaan dikirim lewat email/fax.
5. Mayapada Hospital berhak menolak permintaan pelepasan informasi medis pasien jika Mayapada Hospital menemukan bahwa wali tersebut tidak memiliki persetujuan dari pasien tersebut.
6. Surat pelepasan informasi ini adalah surat persetujuan resmi.

### KHUSUS PASIEN

Name : \_\_\_\_\_  
 No KTP : \_\_\_\_\_ No Kontak/Hp : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Dirawat : \_\_\_\_\_ Klinik/Departemen : \_\_\_\_\_

### PERNYATAAN

Saya \_\_\_\_\_ No KTP : \_\_\_\_\_ adalah Pasien/Orangtua/  
 Kerabat Dekat/ Wali\* atas nama pasien. Saya memberikan kuasa kepada Mayapada Hospital untuk memberikan dan melepaskan informasi/Laporan :

Kepada : Nama Perusahaan/Perorangan : \_\_\_\_\_  
 Alamat Perusahaan/Perorangan : \_\_\_\_\_

**Jenis Permohonan:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pengisian Formulir Asuransi ke-1   | <input type="checkbox"/> Pengisian Formulir Asuransi ke-2&3 @ IDR 150.000              |
| <input type="checkbox"/> Pengisian Formulir Asuransi ke-4 s/d 6 @ IDR 250.000   | <input type="checkbox"/> Pengisian Formulir Asuransi ke-7 s/d seterusnya @ IDR 500.000 |
| <input type="checkbox"/> Fotokopi Surat Keterangan Medis/Surat Keterangan Lahir/Surat Kerangan Kematian @ IDR. 45.000 |  |
| <input type="checkbox"/> Fotokopi Resume Medis/Hasil Ekspertise Penunjang Medis @ IDR. 45.000                         |  |

**Untuk tujuan:**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klaim Asuransi       | <input type="checkbox"/> Opini Ke-2 |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain (spesifik) |                                     |

### PROSEDUR PENGAMBILAN

- Diri Sendiri. Saya sadar bahwa saya akan menyediakan KTP/Kartu Identitas saya dan laporan medis tidak bisa diberikan jika saya tidak melakukannya.
- Kirim ke alamat diatas.
- Kirim ke alamat perusahaan/Perorangan sesuai alamat diatas.
- Laporan tersebut akan diambil oleh wali saya. Saya akan membuat surat kuasa kepada nama wali saya dan laporan medis tidak bisa diberikan jika saya tidak melakukannya.
- Dikirim lewat Email : \_\_\_\_\_

\*jika tidak diambil dalam waktu 3 bulan dari waktu dikeluarkan maka akan dihancurkan dan jika apa permintaan yang sama akan dikenakan biaya.

Saya menyatakan bahwa saya kompeten memberi persetujuan diatas dan bahwa informasi yang diberikan diatas adalah tepat dan benar berdasarkan pengetahuan saya, dan informasi yang diberikan untuk tujuan pernyataan diatas. Saya mengerti bahwa saya tidak akan menuntut Mayapada Hospital Jakarta Selatan, karyawan ataupun pihak lain yang terkait jika terjadi kesalahan pemberian informasi medis kepada pihak manapun yang menimbulkan kerugian atau kerusakan yang timbul secara langsung ataupun tidak langsung dari hasil tersebut. Dengan alasan tersebut diatas, saya melakukan respon penuh dan wajib memenuhi syarat informasi yang diberikan.

Jakarta, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Meterai

Meterai

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Pasien

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Orangtua/Wali

\_\_\_\_\_  
Petugas yang Menerima

Lembar 1 untuk MR.

Lembar 2 untuk pasien