



SURAT KUASA

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Pekerjaan :

Alamat :

No. KTP :

Dengan ini memberi kuasa kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Sanatorium, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan, Organisasi atau Lembaga lain yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan dari (Alm.)..... penyakit-penyakit yang pernah diderita, atau riwayat penyakit keluarga, untuk memberitahukan kepada PT. Astra Aviva Life atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Peserta.

Copy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di Tanggal

Yang Memberi Kuasa

meterai
Rp.6000,-

(
Nama Jelas)