

SURAT KUASA

Saya yang bertandatangan dibawah 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 ASURANSI JIWA ASTRA 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

Materai
Rp.10.000,-

(
Nama Jelas)

Aplikasi Layanan Nasabah Astra Life dalam Genggaman



my Portfolio
Gabungkan semua polis Astra Life kamu untuk kemudahan mengakses manfaat dan melihat portofolio perlindunganmu



my Claim
Anti ribet untuk pengajuan klaim kamu



my e-Card
Akses e-card jadi lebih mudah untuk klaim di Rumah Sakit



my Fund Value
Pantau portofolio dana unit link dalam satu aplikasi

Download sekarang di



Pusat Informasi dan Layanan Pengaduan

Syarat dan ketentuan yang berlaku terkait Produk Asuransi ini dapat diperoleh pada media berikut ini:

Contact Center Hello Astra Life



1 500 282

Senin - Minggu, 24 jam

E-mail & Whatsapp



hello@astralife.co.id

08952-1500282

Senin - Jumat, 08.00 - 16.00 WIB

Website & Social Media

www.astralife.co.id

@ astralifeID

Surat Menyurat & Walk-In Customer

PT ASURANSI JIWA ASTRA

Pondok Indah Office Tower 3, Lantai 1
Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V - TA
Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310