

Please complete and sign the following authority for the release of **Your** medical information. **We** ask **You** also to refer to section 3.6 of **Your** members' handbook which outlines the additional information **You** may be asked to provide in the event of a claim. Please note that if **You** do not allow **Us** reasonable access to this information, **We** may not be able to process **Your** claim.

Silahkan lengkapi dan tandatangani pemberian izin di bawah ini untuk melepaskan informasi kesehatan **Anda**. **Kami** juga meminta **Anda** untuk membaca bagian 3.6 dari buku panduan peserta **Anda** yang berisi informasi tambahan yang harus **Anda** berikan saat mengajukan klaim. Perlu diketahui bahwa jika **Anda** tidak mengizinkan **Kami** untuk mengakses informasi ini, **Kami** tidak dapat memproses klaim **Anda**.

Member Details | Rincian Peserta

Member name:
Nama peserta:

Membership number:
Nomor kepesertaan:

Date of birth (dd/mm/yyyy):
Tanggal lahir (tgl/bln/thn):

Medical facility details | Rincian fasilitas kesehatan

Medical facility/treating **Medical Practitioner**:
Fasilitas kesehatan/**Praktisi Medis** yang merawat:

Email:

Telephone number:
Nomor telepon:

Fax:
Faks:

Medical details

I/the member named above authorise the above medical facility/treating **Medical Practitioner** to release the following medical records and confidential information to PT Sompo Insurance Indonesia or to its authorised representative:

Saya/peserta yang namanya tersebut di atas memberikan izin kepada fasilitas kesehatan/**Praktisi Medis** yang merawat di atas untuk mengungkapkan rekam medik dan informasi rahasia berikut kepada PT Sompo Insurance Indonesia atau wakil mereka yang ditunjuk:

Complete record
Rekam medik yang sudah dilengkapi

Records of care from (dd/mm/yyyy) / / to (dd/mm/yyyy) / / only
Rekam medik dari (tgl/bln/thn) hingga (tgl/bln/thn) saja

Records of care concerning the following **Medical Condition(s)**:
Rekam perawatan terkait dengan **Kondisi Kesehatan** berikut:

Other. Please specify:
Lainnya, silahkan sebutkan:

Authorisation to confer with above named treating **Medical Practitioner** orally about information in my medical record
Izin untuk memberikan informasi dalam rekam medik saya secara lisan kepada **Praktisi Medis** yang merawat

Authorisation | Pemberian Izin

I understand that I may have access to the medical information requested and may equally decline its release (preventing the assessment of my claim) and hereby consent to PT Sompo Insurance Indonesia or to its authorised representative obtaining medical information from the above medical facility/treating **Medical Practitioner**.

A photocopy or facsimile of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Saya memahami bahwa saya memiliki akses ke informasi kesehatan yang diminta dan boleh menolak pengungkapan informasi kesehatan tersebut (yang berarti menghambat penilaian klaim saya) dan dengan ini saya menyetujui PT Sompo Insurance Indonesia atau wakil yang ditunjuk untuk mendapatkan informasi kesehatan dari fasilitas kesehatan/**Praktisi Medis** yang merawat di atas.

Fotokopi atau faksimili surat pemberian izin ini dianggap berlaku efektif dan sah seperti aslinya.

Signature of member/authorised representative: (parent/legal guardian/next of kin)
Tanda tangan peserta/wakil sah: (orang tua/wali/keluarga terdekat)

Date (dd/mm/yyyy)
Tanggal (tgl/bln/thn):

Note: PT Sompo Insurance Indonesia **will not pay for the release of any medical reports/records.**

Return this form by email to IndonesiaService@now-health.com.

Catatan: PT Sompo Insurance Indonesia **tidak akan membayar untuk pengungkapan laporan medis/rekam medis.**

Kembalikan formulir ini melalui email ke IndonesiaService@now-health.com.

Policies are underwritten and issued by PT Sompo Insurance Indonesia in association with Now Health International. Now Health International's subsidiary company in Indonesia is PT Now Health International Indonesia which provides Management Consultancy advice in International Private Medical Insurance to PT Sompo Insurance Indonesia. Visit www.sompo.co.id to find out more about PT Sompo Insurance Indonesia.

Polis ini diseleksi risiko dan diterbitkan oleh PT Sompo Insurance Indonesia dalam asosiasi dengan Now Health International. Anak perusahaan Now Health International adalah PT Now Health International Indonesia yang memberikan saran konsultasi manajemen untuk Asuransi Kesehatan Internasional kepada PT Sompo Insurance Indonesia. Kunjungi www.sompo.co.id untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sompo Insurance Indonesia.