



Kantor Manajemen dan Layanan Nasabah
 Sinarmas MSIG Tower Lt. 3A
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 21, Jakarta 12920
 Telp: (021) 5059-7777 (hunting) Ext: 8707/8391, Fax: (021) 5060-8899
 Customer Service: (021) 5060-9999

Teman Sejawat yang terhormat,
 Untuk melengkapi data klaim asuransi kesehatan **SMiLe Medicare**, mohon kiranya Teman Sejawat melengkapi formulir yang kami sertakan dibawah ini. Selanjutnya mohon disampaikan kepada kami melalui pasien yang bersangkutan atau dilampirkan pada saat penagihan provider. Atas bantuannya kami ucapkan terima kasih.

Dengan ini saya selaku pasien/tertanggung/wali memberikan ijin kepada dokter untuk mengisi formulir ini dan memberikan hak kepada PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG untuk mendapatkan data-data medis untuk kepentingan klaim.

Hormat kami,
 PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG

dr. Sisti Karsinah
 1.1.03.3174.6069/34003/08.16.1

...../...../.....

 Pasien/Tertanggung

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN

Nama Karyawan	:	Besar Klaim yang diajukan:
Nama Pasien	:	1. Dokter Umum :
No. Peserta/Registrasi	:	2. Dokter Spesialis :
Nama Perusahaan	:	3. Obat-obatan :
No. Polis	:	4. Laboratorium :
1. Anamnesa	:	
	:	
	:	
2. Diagnosis	:	
	:	
	:	
3. Pengobatan/ Tindakan	:	
	:	
	:	
4. Anjuran	:	
	:	
	:	

Tempat & Tanggal :

.....
 Nama, SIP, Tanda Tangan dan Stempel Dokter