

**Wisma Eka Jiwa 9th Floor**

Jl. Mangga Dua Raya, Jakarta 10730

Telp. (021) 6257808 (hunting), 6257875 Fax. : (021) 6257240

Teman Sejawat yang terhormat,

Untuk melengkapi data klaim Asuransi Kesehatan **EKAMEDICARE**, mohon kiranya TS 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,  
Dokter Penasihat  
Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG

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



(dr. Hasan Mihardja)  
DU 0884/T-60-07/09.92.

.....  
Pasien/Tertanggung

**FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN**

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

Tempat & Tanggal : .....

Putih : Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG  
Merah : Nasabah/Perusahaan melalui A.J. Sinarmas MSIG  
Kuning : RS/Klinik Provider

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