MSIG | Syariah

Live it your way

FORMULIR KLAIM KESEHATAN BAGI NASABAH KORPORASI
HEALTH CLAIM FORM FOR CORPORATE CLIENT

PENTING: Pastikan bahwa Formulir klaim ini telah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan fakta yang sebenar-benarnya.
IMPORTANT: Please ensure that this claim form has been filled completely and correctly based on the real fact.

DATA PESERTA BAGI NASABAH KORPORASI / *PARTICIPANT NAME FOR CORPORATE CLIENT*

Nomor Peserta *Participant No.*	
Nama Karyawan *Employee Name*	
Nama Peserta *Participant Name*	
Nama Perusahaan *Company Name*	

INFORMASI PENGAJUAN KLAIM / *CLAIM SUBMISSION INFORMATION*

	Perawatan 1 *Treatment 1*	Perawatan 2 *Treatment 2*	Perawatan 3 *Treatment 3*	Perawatan Lainnya *Other Treatment*
Jenis perawatan *Type of treatment*	☐ Rawat Inap / *Inpatient* ☐ Rawat jalan / *Outpatient*	☐ Rawat Inap / *Inpatient* ☐ Rawat jalan / *Outpatient*	☐ Rawat Inap / *Inpatient* ☐ Rawat jalan / *Outpatient*	☐ Rawat Inap / *Inpatient* ☐ Rawat jalan / *Outpatient*
Tanggal masuk *Admission date*				
Tanggal keluar *Discharge date*				
Nama Rumah Sakit *Hospital Name*				
Nama Dokter *Doctor's Name*				
Jumlah nilai kwitansi *Total invoice amount*				
Keterangan tambahan *Additional remark*				

INFORMASI TAMBAHAN / *ADDITIONAL INFORMATION*

Informasi tambahan terkait pengajuan klaim / *Additional information related to the claim submission*

Dengan ini saya menyatakan telah menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar
I declare that I have answered all the questions above completely and correctly

Ditandatangani di:
Signed on: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Tanda Tangan Karyawan / Peserta sesuai dengan identitas yang berlaku
Employee / Participant sign off based on the valid identity

Nama Jelas Karyawan / Peserta
Employee / Participant name