

BRINGIN LIFE

ASURANSI JIWA DAN KESEHATAN

PT. Asuransi Jiwa BRINGIN JIWA SEJAHTERA

Graha Irama Lantai 5, 7 & 15, Jin. H.R. Rasuna Said Blok X-1, Kav. 1-2 Jakarta 12950

Telp. Hunting (021) 5261260-61 Fax. (021) 52907235, 5275676

http : www.bringinlife.co.id

Teman sejawat yang terhormat,

Untuk melengkapi Persyaratan Pengajuan Klaim ASURANSI KESEHATAN mohon kiranya TS dapat mengisi formulir ini. Selanjutnya mohon disampaikan kepada kami melalui pasien yang bersangkutan.

Terima kasih atas kerjasamanya.

Dengan ini saya selaku pasien/peserta memberikan izin kepada dokter untuk mengisi formulir ini guna kepentingan BRINGIN LIFE

Wassalam,
Dokter Perusahaan BRINGIN LIFE

(dr.Rr. Susiana Dewi)

NR STR 34.21.100.107.084951

(
Pasien/Peserta)

gunting disini

Harap diisi dengan huruf cetak

Lembaran untuk BRINGIN LIFE

(Hanya berlaku untuk satu kali kunjungan)

Nomor Peserta :

Nama pasien/peserta : _____

Umur tahun Jenis Kelamin (P=Pria, W=Wanita)

Status Pasien : Karyawan Istri Anak

Perusahaan : _____

Cabang : _____

I. ANAMNESIS : _____

II. DIAGNOSA : _____

III. TERAPI : _____

IV. ANJURAN : _____

Harap diserahkan dengan,

- Kuitansi Dokter
- Kuitansi Apotik/Copy Resep
- Surat Rujukan (bila ke spesialis)
- Kuitansi Laboratorium (bila ada)

..... 200

Nama & Alamat Dokter

()