

## FORMULIR KONFIRMASI PESERTA

Provider / Rumah Sakit : .....  
Nama Petugas : .....  
Telp. / Fax. : .....

**Mohon mengisi formulir ini dengan lengkap dan Perhatikan Masa Berlaku kartu.**

Peserta Asuransi Kesehatan BRI Life yang akan/sedang menjalani Perawatan atas nama :

Nomor Peserta : .....  
Nama Peserta : .....  
Nama Perusahaan : .....  
Kelas Perawatan pada Kartu : RI ...../Rp.....  
Kelas Kamar yang ditempati : RI ...../Rp.....  
Dirawat Sejak Tanggal : .....  
Dirawat Sejak Tanggal : .....  
Diagnosa Masuk : .....  
Tindakan yang akan dilaksanakan : .....  
Perkiraan biaya : .....

.....  
Petugas Rumah Sakit

( ..... )

Kirimkan lembar konfirmasi ini melalui Fax ke (021) 52756676 / (021) 52907235, Tel. (021) 526160 Ext. 705/443  
Toll Free : 0.800.1178.257, Mobile :082124547775, 081514144538, 088212664603, 08888689528

**Kolom Persetujuan Petugas BRI Life :**