PT Asuransi BRI Life
Gedung Graha Irama, Lt Mezzanine, Jl. H.R Rasuna Said Blok X -1 Kav. 1 & 2 Jakarta 12950,
Call Center : 1500-087, Website : *www. brilife.co.id.*

FORMULIR PENGAJUAN DANA TUNAI HARIAN
ASURANSI KESEHATAN (Form Santunan Harian BPJS)

Lembar untuk Pihak Rumah Sakit

Kepada Yth,

RS_____
Alamat_____
No.Telp_____

Sehubungan kelengkapan persyaratan pengajuan Klaim Dana Tunai Harian Asuransi Kesehatan **PT Asuransi BRI Life** atas segala perawatan yang telah dijaminkan oleh_____, mohon sekiranya Pihak Rumah Sakit dapat mengisi formulir ini dan selanjutnya dapat disampaikan kepada kami melalui pasien yang bersangkutan.

Demikian kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Dengan ini saya selaku pasien/peserta memberikan izin kepada Pihak Rumah Sakit untuk mengisi formulir ini guna kepentingan proses Klaim Dana Tunai Harian **PT. Asuransi BRI Life**.

(_____)
Nama Pasien/Peserta

(Gunting/Potong Disini)xxxx