



JAKARTA,

Kepada Yth.
PT BNI Life Insurance
Centennial Tower, Lantai 9-11
Jl. Gatot Subroto Kav. 24 & 25
Jakarta Pusat 12930

Perihal ; Coordination of Benefit (COB)

Dengan ini, Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan data :

Nama :
Nama Pegawai :
Hubungan :
Perusahaan :
Nomor Peserta :
Nomor Telepon/HP :

Mohon agar PT BNI Life dapat memberikan berkas legalisir dan keterangan pengcoveran klaim untuk dapat diajukan ke asuransi lainnya untuk klaim atas nama :

Nama Peserta/Pasien:
Jenis Klaim :
Nominal :
Rumah Sakit :
Tanggal Perawatan :
Perusahaan/Asuransi:
Dokumen : Dikirim / Diambil
Keterangan* :

*Pegawai BNI : Klaim diteruskan ke YKP/tidak.

Mohon kiranya pengajuan ini dapat segera diproses untuk kepengurusannya. Terimakasih.

JAKARTA,

(Pemohon)