

- Formulir ini dapat difotokopi dan digunakan untuk pengajuan klaim rawat inap, penyakit kritis, dan biaya pengobatan karena kecelakaan
- Untuk kelancaran proses klaim anda, pastikan dokumen-dokumen berikut ini sudah lengkap dan sesuai ketentuan polis sebelum anda mengirimkannya kepada kami.

Dokumen Yang Wajib Diserahkan untuk Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan

Mohon Isi Kotak Ya Dengan Tanda (V) Sesuai Dengan Dokumen Yang Anda Serahkan

		Ya/Yes
1.	Formulir klaim asli yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh pemegang polis;	<input type="checkbox"/>
2.	Formulir klaim asli (Formulir Keterangan Dokter) yang diisi dan ditandatangani Dokter yang merawat, Serta di stempel dokter/ Rumah Sakit;	<input type="checkbox"/>
3.	KTP <input type="checkbox"/> Fotokopi	<input type="checkbox"/>
4.	Kartu Keluarga <input type="checkbox"/> Fotokopi	<input type="checkbox"/>
5.	Kwitansi Rumah Sakit Total, asli atau Fotokopi Legalisir <input type="checkbox"/> Asli <input type="checkbox"/> Fotokopi Legalisir	<input type="checkbox"/>
6.	Kwitansi perincian biaya Rumah Sakit, asli atau Fotokopi Legalisir <input type="checkbox"/> Asli <input type="checkbox"/> Fotokopi Legalisir	<input type="checkbox"/>
7.	Asli atau Fotokopi Legalisir Surat Keterangan Kepolisian (apabila klaim akibat kecelakaan Lalu lintas/tindak kriminal); <input type="checkbox"/> Asli	<input type="checkbox"/>
8.	Surat kronologis Asli yang dibuat dan ditandatangani oleh pemegang polis dan/atau Tertanggung jika klaim yang diajukan karena kecelakaan;	<input type="checkbox"/>
9.	Jika mengajukan Klaim Penyakit Kritis mohon melampirkan document penunjang contoh:	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Hasil laboratorium	
	<input type="checkbox"/> Rontgen	<input type="checkbox"/> Ct-scan
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Patologi Anatomi <input type="checkbox"/> Lain-lain

DOKUMEN TAMBAHAN

Dokumen Pendukung Lainnya *)

Mohon sebutkan

.....

.....

.....

* Dokumen lain sebagaimana diperlukan PT Asuransi Umum Mega (Penanggung) apabila klaim yang diajukan memerlukan klarifikasi dan/atau informasi lebih lanjut.

Pengiriman dokumen berupa fax, fotokopi yang bukan legalisir ataupun dokumen yang tidak lengkap tidak akan diproses sampai penanggung menerima dokumen asli/fotokopi legalisir sesuai dengan ketentuan yang ada didalam polis.

Bagian I : Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung

Bagian A : Data Pemegang polis Pemegang polis :	Bagian B : Data Penanggung Nama Tertanggung:
No. Polis / Nama Program Asuransi :	No.Rekam Medis:
Santunan Yang diajukan:	Tanggal Lahir (Tgl/bln/thn) : ____/____/____ Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
No. Rekening atau Kartu Kredit dimana premi dibebankan:	Pekerjaan Tertanggung :
Alamat sesuai KTP :	MOHON DIISI UNTUK MEMPERMUDAH BERKOMUNIKASI No. Telp _____ Hand phone _____ _____ Rumah _____ _____ Kantor _____ _____ Fax _____ _____ E-mail _____
Alamat Korespondensi perihal klaim ini, apabila alamat berbeda:	
Bagian C : Riwayat Perawatan Rumah Sakit	
1. Lamanya Perawatan Rumah Sakit : Tanggal Masuk _____ Tanggal Keluar _____ hari _____	
2. Nama-nama dokter yang Merawat : _____	
3. Nama dan alamat Rumah Sakit : _____ _____ Telepon: _____ Fax : _____	
Bagian D : Penyakit yang Diderita	
1. Nama Penyakit (Diagnose) : _____	
2. Sejak kapankah penyakit tersebut Timbul ? : _____	
3. Keluhan utama yang menyebabkan terjadinya perawatan Rumah sakit : _____ _____	
4. Uraikan secara singkat kondisi penyakit sehingga menjalani perawatan Rumah Sakit dan Kondisi Kesehatan yang berhubungan dengan penyakit yang diderita : _____ _____ _____	
JIKA PERAWATAN DISEBABKAN OLEH KECELAKAAN	
5. Sebutkan tanggal, waktu dan tempat terjadinya kecelakaan tersebut : _____ _____	
6. Jelaskan luka/ cedera tubuh yang di derita : _____ _____	

Bagian I : Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung

Bagian E : Keterangan Penting Lainnya

1. Apakah tertanggung pernah melakukan konsultasi dengan dokter lain untuk penyakit yang sama atau serupa sebelumnya? : YA TIDAK

Jika "YA" Mohon memberikan penjelasan:

- a. Konsultasi dilakukan pada : Tanggal/Bulan /Tahun ____/____/____
- b. Nama dokter/Rumah Sakit dan alamat Dokter/Rumah Sakit tempat konsultasi tersebut : _____
- c. Gejala (Symptoms) : _____

2. Sebutkan nama dan alamat Dokter/RS/Klinik yang biasa dikunjungi tertanggung

Nama Dokter/Rumah Sakit/Klinik :	Alamat:	Penyakit:	Tanggal(tgl/bln/thn):
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. Apakah Tertanggung memiliki polis Asuransi Lain? Jika Ya, Mohon sebutkan nama perusahaan asuransi tersebut, nomor polis dan jenis pertanggungannya. : YA TIDAK

Nama Perusahaan Asuransi: _____

No. Polis / Nama Program Asuransi: _____

4. Apakah tertanggung pernah mengajukan klaim sebelumnya atas polis Ini atau polis lainnya baik untuk penyakit yang sama maupun berbeda. : _____

5. Jika tertanggung menjalani perawatan rumah sakit di luar Indonesia, Mohon memberikan informasi tambahan berikut:
- a. Tujuan keluar negeri : _____
- b. Jadwal perjalanan dan tempat tujuan : _____
- c. Rencana lamanya tinggal di luar negeri : _____

Bagian F : Cara Pembayaran Klaim – Informasi Nomor Rekening Pemegang Polis

Section F : Method of claim payment- information of policy holder's account

Nama Pemegang Polis : _____

Nomor Polis : _____

Nama Bank : _____

Nomor Rekening : _____

Cabang Bank dan Kota : _____

Nama Pemegang Rekening : _____

Apabila pemegang rekening bukan pemegang polis, mohon lampirkan surat kuasa dari pemegang polis, dan mohon tulis secara jelas untuk menghindari tidak sampainya pembayaran klaim.

Bagian I : Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung

<p>Deklarasi dan Otorisasi:</p> <p>Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah memberikan keterangan di atas dengan sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapannya menurut sepengetahuan dan kepercayaan saya. Dengan ini pula saya memberi kuasa penuh kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi, mengetahui keadaan dan kesehatan saya/Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Umum Mega atau pihak lain yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya/Tertanggung. Fotokopi dari pernyataan ini sama kuatnya dan sahnya seperti aslinya.</p>	<p>Ditandatangani di</p> <p>_____</p> <p>Tanda tangan Pasien/Tertanggung</p>	<p>Tanggal</p> <p>____/____/____</p> <p>(tgl / bln / thn)</p> <p>Tanda tangan Pemegang Polis</p>
---	--	---

Surat Keterangan Dokter

Bagian II : Surat Keterangan Dokter (Diisi Oleh Dokter Yang Merawat)

(A). Data Pasien / Tertanggung

1. Nama Pasien /Tertanggung :
2. Nama dan Alamat Rumah sakit :
3. Lama hari perawatan yang ditagihkan kepasien : Tanggal Masuk _____ Tanggal Keluar _____ hari _____

(B).Riwayat Penyakit (Medical History)

1. Diagnosa Penyakit : _____
2. Menurut Anamnesis dan catatan medis yang ada, sudah berapa lama keluhan atau penyakit tersebut dirasakan? : _____
3. Menurut anamnesis apakah sebelumnya pasien/Tertanggung telah memiliki keluhan/gejala /kondisi yang sama seperti saat ini, atau merupakan komplikasi dari Penyakit/Kondisi Kesehatan yang sudah terjadi sebelum perawatan kali ini? mohon jelaskan! : _____
4. Apakah pasien/ tertanggung sebelumnya telah menunjukkan gejala/penyakit yang berhubungan dengan diagnosa saat ini, atau merupakan komplikasi dari penyakit/Kondisi kesehatan yang sudah terjadi sebelum perawatan ini? Bila ada, mohon sebutkan diagnosis/kondisi tersebut dan sejak kapan kondisinya terjadi? : _____
5. Indikasi perawatan rumah Sakit : _____
6. Pengobatan yang diberikan : _____
7. Bila ada tindakan pembedahan, mohon tuliskan nama operasi dan tanggal pembedahan : _____ Tanggal Operasi _____
/ /
(tgl / bln / thn /
8. Apakah keadaan ini merupakan kelainan atau berhubungan dengan hal-hal Seperti disebutkan berikut ini? : Kelainan Bawaan
 Kehamilan / Keguguran dan atau komplikasinya
 Pengguna Alkohol atau Penyalahgunaan Obat
 Kondisi Kesehatan / Penyakit yang telah dimiliki Pasien / Tertanggung sebelum perawatan _____
 Kejiwaan, cemas dan/atau psikosomatik
Jika Ya, mohon sebutkan Psikiater yang merawat _____
9. Adakah penyakit lain yang diderita pasien/ tertanggung? : _____
10. Mohon sebutkan nama dokter lain yang juga merawat pasien / tertanggung : _____

(C). Jika Perawatan Tumah Sakait Desebabkan oleh Kecelakaan

1. Sebutkan tanggal, waktu dan tempat terjadinya kecelakaan tersebut : _____
2. Jelaskan luka/cedera tubuh yang diderita : _____

Surat Keterangan Dokter

Bagian II : Surat Keterangan Dokter (Diisi Oleh Dokter Yang Merawat)

(D). Keterangan penting Lainnya (Other Important information)

1. Apabila kasus ini rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter Pengirim : _____

2. Mohon sebutkan nama dan alamat Dokter yang biasa dikunjungi pasien/tertanggung : _____

3. Menurut catatan medis, mohon sebutkan penyakit/perawatan yang dialami Pasien/Tertanggung sebelumnya

Keluhan:	Pengobatan	Penyakit	Tanggal	Hasil Pengobatan:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Deklarasi dan Otorisasi

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapny menurut sepengetahuan saya dan catatan medis Pasien/Tertanggung.

Tandan tangan Dokter yang merawat : _____ Tanggal : _____

Cap Dokter atau Rumah Sakit : _____ Ahli / Kualifikasi : _____

Nama Dokter (huruf cetak) : _____ Telepon : _____

Alamat : _____

Catatan :

Hanya berlaku bila diisi, ditandatangani, dicap oleh dokter yang bersangkutan