

## DAFTAR DOKUMEN KLAIM KECELAKAAN DIRI

DOKUMEN	Jaminan A	Jaminan B	Jaminan C
1. Formulir Klaim (Asli)	√	√	√
2. Schedule Polis (Copy)	√	√	√
3. KTP/ KK/ Kartu identitas lain (Copy)	√	√	√
4. Kwitansi RS/Klinik/Lab/Apotik (Asli)	X	√	√
5. Surat keterangan pemeriksaan (diagnosa) dari Dokter yang melakukan perawatan atau pengobatan (Asli)	X	√	0
6. Surat keterangan kecelakaan dari pihak berwenang/kepolisian (Copy)	0	0	0
7. Surat keterangan para saksi (Asli)	√	0	0
8. Surat keterangan meninggal dunia dari kelurahan/kecamatan (Asli)	√	X	X
9. Surat keterangan mengenai hasil pemeriksaan jenazah (Visum et Repertum) dari rumah sakit (asli)	√	X	X
7. Surat Kuasa Ahli Waris (Asli)	√	X	X

Note: - **√ = Dok. Wajib**      **0 = Sesuai kebutuhan**      **X = Tidak diperlukan**

- Selambat-lambatnya 30 hari sejak kejadian, dokumen lengkap harus sudah dikirim melalui kurir/ pos guna mempercepat proses klaim

- Dokumen tambahan klaim sewaktu-waktu dapat diminta oleh pihak Penanggung sesuai kejadian

## DAFTAR PENGIRIMAN DOKUMEN KLAIM

DOKUMEN	Ada	Tidak Ada	Remarks
1. Formulir Klaim (Asli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Schedule Polis (Copy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. KTP/ KK/ Kartu identitas lain (Copy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kwitansi RS/Klinik/Lab/Apotik (Asli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Surat keterangan pemeriksaan (diagnosa) dari Dokter yang melakukan perawatan atau pengobatan (Asli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Surat keterangan kecelakaan dari pihak berwenang/kepolisian (Copy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Surat keterangan para saksi (Asli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Surat keterangan meninggal dunia dari kelurahan/kecamatan (Asli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Surat keterangan mengenai hasil pemeriksaan jenazah (Visum et Repertum) dari rumah sakit (asli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Surat Kuasa Ahli Waris (Asli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ket: - Beri tanda √ sesuai keterangan

- Silahkan isi form klaim ini dengan benar dan segera mengirimkannya kepada Penanggung (Mega Insurance).
- Pilih  yang menurut Anda benar

## Informasi Tertanggung

Nama Lengkap : ..... **No. Polis** : .....

Tempat, tgl lahir : ..... Pekerjaan : .....

Hp/ Telepon : ..... E-mail : .....

## Kronologis Kejadian

1. Tanggal & jam kejadian : .....

2. Lokasi kejadian (lengkap) : .....

3. Kronologis kejadian : .....

4. Apakah terdapat saksi?\* :  Tidak Ada  Ada, sebutkan .....

5. Apakah terdapat korban dari pihak ketiga?\* :  Tidak Ada  Ada, sebutkan .....

6. Siapakah penyebab terjadinya kejadian?\* :  Diri sendiri  Keluarga Orang lain, sebutkan.....

7. Apa penyebab kejadian : .....

## Informasi Tambahan

8. Jenis kecelakaan :  Kerja  Lalu lintas  Lainnya, .....

9. Jenis klaim (santunan) :  Santunan kematian  Santunan cacat tetap/sebagian  
 Biaya pengobatan  Santunan rawat inap  Biaya ambulan

10. Apa & kapan tindakan medis pertama yang dilakukan terhadap Anda : .....

11. Apakah Anda memiliki polis kecelakaan diri/ kesehatan asuransi lain\*\* :  Tidak ada  Ada, Sebutkan .....

12. Deskripsikan anggota badan yang mengalami cedera/luka : .....

13. Berapa lama, kondisi Anda bisa pulih kembali? : .....

\* Sebutkan nama & identitas

\*\* Sebutkan nama asuransi & limit jaminan

## Cara Pembayaran Klaim – Informasi Nomor Rekening Pemegang Polis

Nama Bank : \_\_\_\_\_

Nomor Rekening : \_\_\_\_\_

Nama Pemegang Rekening : \_\_\_\_\_

Apabila pemegang rekening bukan pemegang polis, mohon melampirkan surat kuasa dari pemegang polis, dengan menyertakan copy kartu tanda penduduk (KTP) yang masih berlaku.

....., .....20.....

Tertanggung

  
  

.....

Nama Lengkap

Dengan ini, saya menyatakan bahwa:

- Informasi yang disampaikan diatas benar adanya, bila ternyata ada informasi yang tidak benar maka Saya bersedia menerima konsekuensi yang akan diberikan pihak penanggung.
- Saya bersedia, bila tidak melengkapi dokumen klaim yang dibutuhkan penanggung sebagaimana waktu yang telah ditentukan, untuk tidak diproses klaim ini.

\*Stempel perusahaan bagi tertanggung sebagai badan usaha/perusahaan

- Harap kesediaan dokter untuk mengisi pertanyaan dibawah sesuai kondisi pasien yang sebenarnya
- Pilih  yang menurut Anda benar

## Informasi Medis (diisi oleh dokter)

1. Tanggal Pemeriksaan : .....
2. Nama Klinik atau RS : .....
3. Apakah pengobatan/pemeriksaan merupakan pertama kali saat kecelakaan? :  Ya  Tidak
4. Diagnosa dari luka/cedera : .....  
(sertakan istilah medis) .....
5. Anggota badan yang mengalami luka? : .....
6. Tindakan medis yang dilakukan : .....
7. Apakah luka/cedera/meninggal dunia terjadi sesaat setelah terjadi kejadian? :  Ya  Tidak
8. Bila tidak, akibatnya baru terasa berapa hari sejak kecelakaan/kejadian? : .....
9. Apakah penyakit, kondisi penyakit, atau kelalaian pasien memiliki pengaruh terhadap kondisi pasien akibat kecelakaan? :  Ya  Tidak
10. Bila ya, pengaruhnya seberapa besar, (menjadi parah atau bagaimana)? : .....
11. Sifat luka/cedera pasien? :  Sementara  Tetap  
 Sebagian  Keseluruhan
12. Tindakan medis yang perlu dilakukan? : .....
13. Berapa lama waktu yang diperlukan : .....
14. Akibat yang ada saat ini dan akan datang? : .....
15. Apakah luka/cedera pasien menyebabkan pasien tidak dapat beraktifitas? : .....
16. Sejauh mana? : .....
17. Aktifitas apa yang masih bisa dilakukan pasien?: .....

....., .....20.....

Dokter Pemeriksa

.....  
Nama Lengkap

\*stempel RS/klinik/Laboratorium