

DAFTAR DOKUMEN KLAIM MEGA MEDICAL PLUS

DOKUMEN	Jaminan RI	Meninggal Dunia	Cacat Tetap	Pengembalian Premi
1. Formulir Klaim (Asli)	√	√	√	√
2. Schedule Polis (Asli / Copy)	√	√	√	√
3. KTP/ KK/ Kartu identitas lain (Copy)	√	√	√	√
4. Rincian biaya dan hasil pemeriksaan lab (Asli / Legalisir)	√	X	X	X
5. Surat keterangan pemeriksaan (diagnosa) dari Dokter yang melakukan perawatan atau pengobatan (Asli/ Copy Legalisir)	√	√	√	X
6. Surat keterangan kecelakaan dari pihak berwenang/kepolisian (Copy)	X	O	O	X
7. Surat keterangan para saksi (Asli)	X	√	√	X
8. Surat keterangan meninggal dunia dari kelurahan/kecamatan (Asli)	X	√	X	X
9. Surat keterangan mengenai hasil pemeriksaan jenazah (Visum et Repertum) dari rumah sakit (asli)	X	√	X	X
10. Surat Kuasa Ahli Waris (Asli)	X	√	X	X

Note: - **√ = Dok. Wajib** **O = 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. Rincian biaya dan legalisir hasil pemeriksaan lab	<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"/>	
10. Surat Kuasa Ahli Waris (Asli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ket: - Beri tanda √ sesuai keterangan

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. Diagnosa dari luka/cedera (sertakan istilah medis) : _____

7. Apakah pengobatan/pemeriksaan merupakan pertama kali saat kecelakaan : **Ya / Tidak**

8. Anggota badan yang mengalami luka : _____

9. Tindakan medis yang dilakukan : _____

10. Apakah luka/cedera/meninggal dunia terjadi sesaat setelah terjadi kejadian : **Ya/tidak**

11. Bila tidak, akibatnya baru terasa berapa hari sejak kecelakaan/kejadian : _____

12. Apakah penyakit, kondisi penyakit, atau kelalaian pasien memiliki pengaruh terhadap kondisi pasien akibat kecelakaan : _____

13. Bila ya, pengaruhnya seberapa besar (menjadi parah atau bagaimana) : _____

14. Sifat luka/cedera pasien : **Sementara/Tetap/Sebagian/Keseluruhan**

15. Tindakan medis yang perlu dilakukan : _____

16. Berapa lama waktu yang diperlukan? _____

17. Akibat yang ada saat ini dan akan datang _____

18. Apakah luka/cedera pasien menyebabkan pasien tidak dapat beraktifitas : **Ya / Tidak**

19. Jika ya, sejauh mana pasien dapat beraktifitas : _____

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 : a. _____
- b. Jadwal perjalanan dan tempat tujuan : b. _____
- c. Rencana lamanya tinggal di luar negeri : c. _____

Bagian III : Klaim Kecelakaan Diri

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 (Kecuali pengembalian premi)

8. Jenis kecelakaan : Kerja Lalu lintas Lainnya,
9. Apa & kapan tindakan medis pertama yang dilakukan terhadap Anda :
10. Apakah Anda memiliki polis kecelakaan diri/ kesehatan asuransi lain** : Tidak ada Ada, Sebutkan
11. Deskripsikan anggota badan yang mengalami cedera/luka :
12. Berapa lama, kondisi Anda bisa pulih kembali? :

* Sebutkan nama & identitas

** Sebutkan nama asuransi & limit jaminan

Bagian IV : Deklarasi & Otoritas

Deklarasi dan Otorisasi:

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah memberikan keterangan di atas dengan sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapny 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.

Ditandatangani di

Tanggal

____/____/____
(tgl / bln / thn)

Tanda tangan
Pasien/Tertanggung/
Ahli Waris

Tanda tangan
Pemegang Polis

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 ke pasien : 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 Rumah Sakit Disebabkan 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-lengkapnya 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