

**FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN / DENTAL / KACAMATA / MATERNITY**

**I. DILENGKAPI OLEH PESERTA**

1. Nama Pasien/Karyawan : .....
2. Nomor Peserta : .....
3. Hubungan dengan Karyawan : .....
4. Perusahaan : .....

Saya, Tertanggung/Pemegang Polis, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar. Saya, Tertanggung/Pemegang Polis, dengan ini memberi kuasa kepada Dokter Spesialis, Dokter Umum, Rumah Sakit atau klinik, dengan siapa Tertanggung diperiksa atau dirawat untuk memberikan keterangan lengkap mengenai keadaan/penyakit Tertanggung termasuk Data Medis terdahulu kepada PT. Asuransi Jiwa Mega Life.

**Transfer ke**

No. Rekening : .....

Bank : .....

Cabang : .....

Atas Nama : .....

(Tanda Tangan Tertanggung/Pasien)

**II. DILENGKAPI OLEH DOKTER**

Nama Pasien : .....

Tanggal Konsultasi : .....

**RAWAT JALAN**

Keluhan : .....

Diagnosa : .....

Merupakan Kelainan bawaan :  YA  TIDAK

Merupakan pre/post rawat inap :  YA, di RS : .....  TIDAK

Tgl. Rawat .....

**DENTAL**

Diagnosa : .....

Tindakan : .....

Nomor gigi : .....

**KACAMATA**

Diagnosa : .....

Biaya Dokter : .....

Biaya Lensa : .....

Biaya Frame : .....

**MATERNITY**

Gravid : G ..... P ..... A ..... Minggu ke : .....

Dengan komplikasi/kelainan :  YA, sebutkan .....  TIDAK ..... tindakan .....

Saya, dokter yang memeriksa, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar.

TTD & Cap/stempel Dokter/RS

**Check List Syarat Pengajuan Klaim**

Diagnosa Dr.	<input type="checkbox"/>	Copy Hasil Rontgen	<input type="checkbox"/>
Kwitansi Asli	<input type="checkbox"/>	Copy Hasil Laboratorium	<input type="checkbox"/>
Copy Resep	<input type="checkbox"/>	Perincian Biaya	<input type="checkbox"/>

Lembar Putih untuk Mega Life, Lembar Kuning Untuk Rumah Sakit