

CATATAN ENDORSEMEN

Sepanjang ini tidak bertentangan dengan apa yang tercantum dalam ketentuan umum polis, tambahan berikut dianggap tergabung dalam polis:

1. Wilayah Perawatan dan Pengobatan yang berlaku dalam Polis ini adalah di seluruh dunia.
2. Medical Assistance menggunakan Ad-medika.
3. Evakuasi Medis menggunakan Blue Dot.
4. Medical Second Opinion menggunakan Nucleus Precise.
5. Penjelasan mengenai **ekses klaim**:
 - a. Peserta wajib untuk membayar di tempat selesai perawatan rumah sakit setiap terjadi eksekse yaitu sejumlah uang kelebihan atas Pengeluaran Biaya Rumah Sakit dari jumlah maksimum manfaat yang berlaku atas Peserta atau Biaya lainnya yang tidak termasuk yang dijamin oleh PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance.
 - b. Bila ada eksekse susulan atau tambahan dari rumah sakit, peserta wajib untuk membayar kembali dalam waktu 15 (lima belas) hari kerja terhitung sejak tanggal diterimanya Tagihan beserta Dokumen pendukungnya kepada PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance.
 - c. Apabila PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance tidak menerima pembayaran dalam waktu yang telah ditentukan, maka PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance akan menghentikan pemakaian fasilitas provider bagi Peserta dan semua pembayaran klaim akan dihentikan.
 - d. Pihak PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance akan melakukan pembayaran klaim setelah pembayaran “eksekse klaim” dilunasi.
 - e. Atas tindakan Pembatalan Polis Asuransi Kesehatan oleh Peserta, untuk itu Peserta tidak akan mempengaruhi kewajibannya untuk tetap wajib membayar “Eksese Klaim” yang telah terjadi sebelum Pembatalan tersebut.
 - f. Jika pada saat dan setelah perawatan ditemukan kondisi-kondisi yang termasuk dalam pengecualian polis maka penjaminan provider menjadi batal dan seluruh biaya perawatan menjadi tanggung jawab peserta.

6. Diskon Tanpa Klaim

Diskon Tanpa Klaim akan diberikan kepada Tertanggung yang tidak mendapatkan diskon grup dan polis tersebut bebas klaim pada saat renewal, Diskon Tanpa Klaim akan diterapkan sebagai berikut:

Tahun 0	Tidak ada diskon
Tahun 1	Diskon 10%
Tahun 2	Diskon 15%
Tahun 3	Diskon 20% (maksimal)

Jika klaim dibuat oleh Tertanggung dalam polis selama tahun polis, setiap Klaim Diskon yang dicapai akan hilang dan status diskon akan kembali pada Tahun 0 seperti ditunjukkan di atas. Jika klaim yang berkaitan dengan tahun sebelumnya disampaikan di kemudian hari dan disetujui, dan ada Klaim Diskon yang telah diberikan, maka Perusahaan berhak untuk mengurangi jumlah uang setara dengan Diskon Tanpa Klaim dari nilai klaim. Diskon Tanpa Klaim hanya berlaku untuk premi sehubungan dengan manfaat dasar. Klaim terhadap setiap Manfaat Tambahan tidak akan mempengaruhi Diskon Tanpa Klaim.

=====

ENDORSEMEN INI MERUPAKAN KONDISI STANDAR. UNTUK KONDISI TERTANGGUNG SUB-STANDAR, ENDORSEMEN INI DAPAT DITAMBAHKAN SESUAI DENGAN PERTIMBANGAN PENANGGUNG PADA SAAT PERMOHONAN ASURANSI DIAJUKAN.

KETENTUAN POLIS M-PROTECT

(Efektif per 1 Januari 2024)

BAGIAN I

Pasal 1 - DEFINISI

1. **Biaya yang Wajar dan Lazim**

Biaya yang dibebankan untuk perawatan medis atau pengobatan dalam atau Rumah Sakit / Dokter yang dianggap wajar dan umum dalam batas bahwa biaya tersebut tidak melebihi tingkat umum biaya yang dibebankan pihak lain (Rumah Sakit atau Dokter lain) yang serupa pada tempat dimana biaya tersebut terjadi, ketika menyediakan jasa medis atau perawatan yang serupa dan sebanding untuk Penyakit atau Cidera yang serupa dan sebanding bagi individu dari jenis kelamin yang sama dan umur yang sebanding untuk Penyakit atau Cidera yang serupa dan yang sesuai dengan standar kedokteran yang diterima, tidak dapat dihilangkan tanpa mempengaruhi kondisi medis Tertanggung. Biaya yang Wajar dan Biasa Dibebankan ditentukan oleh Penanggung dan merupakan cerminan dari kondisi pasar.

2. **Cidera**

Luka tubuh, baik berupa luka luar maupun luka dalam karena suatu Kecelakaan dan dibuktikan dengan surat keterangan medis.

3. **Diagnosis**

Kesimpulan yang harus dibuat oleh seorang Dokter, atas dasar bukti spesifik, bukti radiologis, klinis, histologi, atau laboratorium yang dapat diterima oleh Penanggung dan dipertanggungjawabkan kepada Penanggung dan Dokter yang ditunjuk oleh Penanggung, yang menyimpulkan berdasarkan analisa adanya suatu Penyakit.

4. **Dokter**

Termasuk di dalamnya adalah Dokter Umum dan Dokter Spesialis.

5. **Dokter Gigi**

Seseorang yang sudah memiliki kualifikasi Sarjana dalam Ilmu kedokteran gigi, yang telah terdaftar dan memiliki izin untuk melaksanakan praktik Kedokteran Gigi di dalam wilayah geografis di mana pelayanan jasa Kedokteran tersebut diberikan.

6. Dokter Spesialis

Dokter yang telah memiliki kualifikasi tertentu dan keahlian khusus dalam Ilmu Kedokteran Barat dan yang telah terdaftar dan memiliki izin untuk mempraktekkan Ilmu Kedokteran tersebut di dalam wilayah geografis di mana pelayanan jasa kedokteran tersebut diberikan dan telah ditentukan oleh pihak yang berwenang dibidang kesehatan sebagai seorang dengan keahlian khusus dalam bidang tertentu dari Ilmu Kedokteran.

7. Dokter Umum

Seorang praktisi kedokteran yang sudah memiliki kualifikasi Sarjana dalam Ilmu Kedokteran Barat yang telah terdaftar dan memiliki izin untuk mempraktekkan Ilmu Kedokteran tersebut di dalam wilayah geografis di mana pelayanan jasa kedokteran tersebut diberikan.

8. Eksekusi klaim

Sejumlah uang kelebihan atas pengeluaran biaya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dari jumlah maksimum manfaat yang berlaku atas seorang Peserta/Tanggung atau suatu biaya pelayanan kesehatan yang tidak dijamin oleh Penanggung sesuai dengan ketentuan Polis.

9. Endorsemen

Lampiran tambahan yang diterbitkan/dikeluarkan oleh Penanggung dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis, termasuk namun tidak terbatas pada ketentuan-ketentuan tambahan, peserta tambahan dan lain-lain.

10. Formulir Aplikasi Kesehatan

Permohonan tertulis yang berisi data diri Pemegang Polis /Tertanggung untuk mengadakan suatu perjanjian pertanggungan dengan Penanggung beserta formulir-formulir dan dokumen-dokumen yang dipersyaratkan dan berkenaan dengan permohonan tersebut.

11. Ikhtisar Polis

Bagian dari Polis yang berisi keterangan mengenai ringkasan pertanggungan.

12. ICU/Unit Perawatan Intensif

Bagian dari Rumah Sakit yang secara permanen dicadangkan untuk perawatan Inap dari orang yang sakit kritis yang memerlukan observasi secara terus menerus, termasuk namun tidak terbatas pada ICCU, PICU, NICU.

13. Kamar Isolasi

Bagian dari Rumah Sakit yang secara permanen dicadangkan untuk perawatan Inap bagi pasien dengan penyakit menular yang berdasarkan pertimbangan dokter yang merawat perlu dirawat di ruang isolasi.

14. Kartu Peserta

Kartu kepesertaan yang dikeluarkan oleh Penanggung untuk mendapatkan jasa perawatan medis di Rumah Sakit.

15. Keadaan Gawat Darurat

Suatu keadaan dimana kesehatan seseorang memburuk secara tiba-tiba dan segera membutuhkan intervensi medis atau pembedahan guna mencegah bahaya terhadap jiwanya.

16. Kecelakaan

Peristiwa yang dialami oleh Peserta yang bersifat kekerasan, eksternal, traumatik dan tiba-tiba, baik yang dapat maupun tidak dapat diduga, tidak dikehendaki, yang sifatnya tidak disengaja dan tidak tergantung sebab-sebab lain, termasuk peristiwa tenggelamnya seseorang dimana akibat kecelakaan tersebut Dokter memberikan diagnosa medis bahwa Rawat Inap seketika dan mendesak dibutuhkan dengan memperhatikan kondisi pasien di Rumah Sakit.

17. Kelainan Bawaan

Suatu kondisi medis atau fisik yang mengacu pada cacat bawaan (herediter dan kongenital), yang mana Tertanggung secara wajar menyadarinya atau tidak menyadarinya.

18. Keluarga

Susunan orang-orang yang disatukan oleh ikatan pernikahan, darah atau adopsi yang sah. Dalam hal ini keluarga yang dimaksud adalah keluarga inti yang terdiri atas Bapak, Ibu dan (maksimum) 3 orang anak.

19. Ketentuan Polis

Terdiri dari Ketentuan Umum Polis dan Ketentuan Khusus Polis.

20. Ketidakmampuan

Suatu kondisi medis yang diakibatkan oleh satu atau lebih Penyakit atau Cidera yang terjadi dalam 1 (satu) Rawat Inap dan termasuk Rawat Inap berulang atas sebagian atau seluruh Penyakit atau Cidera tersebut serta semua kondisi yang berhubungan dengannya.

21. Masa Leluasa

Suatu masa tenggang selama 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal jatuh tempo pembayaran premi bagi Pemegang Polis untuk tetap melakukan pembayaran Premi.

22. Obat-obatan yang diresepkan

Obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter atau Dokter Spesialis yang merawat dan dibeli di Apotek yang memiliki izin resmi atau Rumah Sakit sehubungan dengan perawatan atas penyakit yang dijamin oleh Polis.

23. Pemegang Polis

Entitas/Individu yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung.

24. Penanggung

PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance yang merupakan perusahaan asuransi yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

25. Penerima Manfaat / Ahli Waris

Orang atau pihak yang ditunjuk secara tertulis oleh Pemegang Polis untuk menerima Santunan Kematian sebagaimana dicantumkan dalam Aplikasi Asuransi Kesehatan atau perubahannya (jika ada) dengan ketentuan orang atau pihak tersebut mempunyai insurable interest terhadap Tertanggung.

26. Penyakit

Keadaan fisik yang ditandai oleh penyimpangan patologis dari keadaan kesehatan yang normal.

27. Perawatan Menginap di Rumah Sakit

Perawatan sebagai pasien secara terus-menerus di Rumah Sakit paling tidak selama 6 (enam) jam untuk perawatan kesehatan yang secara medis diperlukan atas penyakit atau cedera yang dijamin dalam Polis atas rekomendasi serta di bawah pengawasan Dokter secara teratur. Dalam hal pembedahan yang tidak memerlukan rawat inap, jangka waktu 6 (enam) jam tersebut tidak berlaku.

28. Periode Polis

Jangka waktu pertanggungan atau periode pertanggungan 1 (satu) tahun atau 12 (dua belas) bulan, berlaku mulai dari tanggal permulaan asuransi pukul 00.00 WIB sampai dengan tanggal jatuh tempo pukul 24.00 WIB.

29. Polis

Dokumen yang memuat syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan pertanggungan antara Pemegang Polis dan Penanggung yang terdiri dari Ikhtisar Polis, Ketentuan Polis, Aplikasi, termasuk dokumen lain yang dilekatkan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan atau dinyatakan sebagai bagian dari Polis.

30. Premi

Sejumlah uang yang harus dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sesuai dengan yang diperjanjikan dalam Polis sejumlah tagihan yang dikirim oleh Penanggung. Yang termasuk dalam premi adalah Premi pada awal pertanggungan Polis, Premi selama periode pertanggungan, Premi Pembaharuan Polis dan Premi Endorsemen.

31. Premi Endorsemen

Premi yang terjadi akibat diterbitkannya suatu Endorsemen oleh Penanggung kepada Pemegang Polis.

32. Premi Pembaharuan Polis

Premi yang dibayarkan pada saat Penanggung dan Pemegang Polis setuju untuk melakukan Pembaharuan Polis.

33. Provider

Semua Tempat Pelayanan Kesehatan yang memiliki ikatan kerjasama atau koordinasi dengan Penanggung.

34. Reimbursement

Suatu cara pembayaran agar peserta bisa menjalani perawatan di rumah sakit / klinik dengan cara membayar terlebih dahulu tagihan pengobatan dan perawatan yang telah dijalani dan segera setelah itu mengajukan klaim atas biaya perawatan yang telah dikeluarkan kepada Penanggung, maksimal sampai dengan jangka waktu yang telah ditentukan.

35. Seleksi Resiko

Suatu proses yang dilakukan oleh Penanggung guna menentukan risiko sebagai dasar penentuan persetujuan pertanggungan dan/atau tarif Premi.

36. Surat Jaminan

Surat yang diterbitkan oleh Penanggung kepada Rumah Sakit untuk menjamin perawatan pengobatan Peserta secara cashless.

37. Tabel Manfaat

Tabel yang mencantumkan Manfaat Asuransi sebagaimana ditentukan dalam Daftar Polis.

38. Tanggal Mulai Berlaku Polis

Tanggal dimana Aplikasi diterima dan Premi dibayarkan. Polis ini berlaku sejak tanggal yang tercantum dalam Ikhtisar Polis pada pukul 00.00 waktu setempat, untuk satu Periode Polis.

39. Tertanggung / Peserta

Orang-orang yang atas dirinya diadakan perjanjian asuransi sebagaimana tercantum dalam Daftar Peserta dan yang ditambahkan dalam Peserta Endorsemen.

40. Tanggungan

Merupakan Anggota keluarga dari Peserta yang tertera pada daftar peserta, dapat berupa:

- a. **Pasangan:** 1 (satu) orang Istri atau suami yang sah secara hukum.
- b. **Anak-anak:** berarti Anak yang sah secara hukum (termasuk anak yang diadopsi secara resmi) yang berusia 6 bulan dan bagi seorang yang belum menikah, yang segi keuangannya tergantung pada Tertanggung dan berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun.

41. Tempat Pelayanan Kesehatan

Suatu institusi/lembaga/badan hukum yang memiliki izin resmi sesuai ketentuan dan peraturan yang diberlakukan oleh pemerintah setempat untuk melaksanakan pelayanan kesehatan. Tempat Pelayanan Kesehatan dimaksud dapat berupa:

- a. **Rumah Sakit:** Institusi pelayanan kesehatan yang memiliki izin resmi dan terdaftar sebagai Rumah Sakit dari yang berwenang yang menyediakan fasilitas perawatan Rawat Inap, Rawat Jalan dan Gawat Darurat untuk tujuan perawatan dan pengobatan bagi orang-orang yang sakit atau cedera, bukan berupa klinik, bukan Rumah Sakit untuk perawatan kecanduan obat, tempat peristirahatan, tempat untuk orang lanjut usia, Rumah Sakit Jiwa, atau badan usaha sejenis lainnya.
- b. **Klinik/Poliklinik:** Institusi pelayanan kesehatan yang memiliki izin resmi dan terdaftar sebagai Klinik/Poliklinik dari yang berwenang yang menyediakan fasilitas perawatan Rawat Jalan dan Gawat Darurat untuk tujuan perawatan dan pengobatan bagi orang-orang yang sakit atau cedera.
- c. **Praktik Dokter:** Institusi pelayanan kesehatan yang memiliki izin resmi dan terdaftar sebagai Klinik/Poliklinik dari yang berwenang yang menyediakan fasilitas perawatan Rawat Jalan untuk tujuan perawatan dan pengobatan bagi orang-orang yang sakit atau cedera.
- d. **Laboratorium:** Institusi atau unit pelayanan kesehatan yang memiliki izin resmi dan terdaftar sebagai laboratorium klinik yang melaksanakan pelayanan pemeriksaan specimen klinik untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan seseorang terutama untuk penunjang diagnostik penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
- e. **Apotek:** Suatu usaha yang memiliki izin resmi sebagai apotek dengan apoteker yang terdaftar untuk menyediakan/menjual obat-obatan dengan/tanpa resep dokter.

42. Usia

Umur Peserta yang dihitung pada ulang tahun terakhir (age last birthday).

43. Unit Gawat Darurat

Bagian dari Rumah Sakit yang khusus menangani orang-orang yang datang dalam keadaan kesehatan yang kritis / gawat dan memerlukan pertolongan pertama atau penanganan secepatnya akibat kecelakaan atau serangan penyakit yang diawasi oleh dokter resmi setiap waktu.

Pasal 2 - DASAR PERTANGGUNGAN

Semua keterangan, pernyataan serta penjelasan dalam Aplikasi Asuransi Kesehatan, pembayaran Premi pertama, data dan/atau keterangan lain yang diberikan secara tertulis oleh calon Tertanggung beserta formulir-formulir dan dokumen-dokumen lainnya yang dipersyaratkan dan berkenaan dengan permohonan tersebut, merupakan dasar diterbitkannya Polis ini.

2.1. Semua keterangan, pernyataan serta penjelasan dalam Aplikasi Asuransi Kesehatan, pembayaran Premi pertama, data dan/atau keterangan lain yang diberikan secara tertulis oleh calon Tertanggung beserta formulir-formulir dan dokumen-dokumen lainnya yang dipersyaratkan dan berkenaan dengan permohonan tersebut, merupakan dasar diterbitkannya Polis ini.

2.2. Pernyataan / Dokumen yang tidak benar

Apabila dikemudian hari ternyata terdapat pernyataan / keterangan / dokumen sebagaimana disebutkan dalam ayat 2.1 pada Pasal ini diketahui tidak benar atau dianggap tidak lengkap atau tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya, sedangkan Polis asuransi telah berlaku, dan jika pernyataan tersebut mempengaruhi tingkat risiko jaminan asuransi atau memerlukan sesuatu syarat dan kondisi tertentu pada Polis ini, maka Penanggung berhak untuk:

- Melakukan penyesuaian Premi; atau
- Membatalkan pertanggungan asuransi atas Peserta tersebut dan akan diadakan pengembalian Premi yang telah dibayarkan atas Peserta tersebut; atau
- Membatalkan pertanggungan asuransi atas Peserta tersebut tanpa ada kewajiban dari Penanggung untuk mengembalikan Premi, apabila ada unsur penipuan/kecurangan dari Peserta yang diasuransikan; atau
- Membatalkan pertanggungan Polis apabila ada unsur penipuan/kecurangan dari Pemegang Polis dan atas pembatalan tersebut Penanggung akan mengembalikan Premi kepada Pemegang Polis.

2.3. Apabila setelah Polis diterima oleh Pemegang Polis dan ditemukan kekeliruan didalamnya, maka Pemegang Polis berkewajiban untuk memberitahukan secara tertulis dengan segera kepada masing-masing pihak untuk dilakukan perubahan-perubahan sesuai dengan keadaan sebenarnya.

- 2.4. Apabila dalam waktu 14 (empat belas) hari setelah Polis diterima tidak ada tanggapan atas isi Polis, maka Penanggung menganggap isi Polis sudah dimengerti sepenuhnya oleh Pemegang Polis.



Pasal 3 - BERLAKU POLIS

- 3.1. Polis mulai berlaku pada saat aplikasi asuransi kesehatan sudah disetujui dan Premi sudah “diterima” oleh Penanggung.
- 3.2. Masa Berlaku Polis adalah 12 (dua belas) bulan berturut-turut terhitung sejak Tanggal Mulai Berlaku Polis, yang dicantumkan di dalam ikhtisar Polis atau tanggal ulang Tahun Polis berikutnya.
- 3.3. Polis ini memberikan pertanggungan selama 24 (dua puluh empat) jam per hari.
- 3.4. Premi dinyatakan telah “diterima” jika:
 - a. Apabila Premi dibayarkan secara transfer maka saat pembayaran Premi adalah saat dana diterima oleh Penanggung.
 - b. Apabila Premi dibayarkan secara cheque/giro bilyet maka saat pembayaran Premi adalah saat cheque/giro bilyet dapat diuangkan oleh Penanggung.
 - c. Apabila Premi dibayarkan secara pendebitan kartu kredit maka saat pembayaran Premi adalah saat pendebitan berhasil dilakukan oleh Penanggung.



Pasal 4 - SYARAT KEPESERTAAN

4.1. Syarat Kepesertaan

- a. Berusia antara 18 (delapan belas) sampai dengan 64 (enam puluh empat) tahun pada saat diajukan sebagai Tertanggung/Tanggungan;
- b. Minimum usia anak adalah 6 bulan dan maksimum adalah 18 tahun, atau maksimum sampai dengan 23 tahun. Seluruh Tanggungan Anak harus berstatus belum menikah, pelajar penuh waktu dan belum bekerja;
- c. Metode untuk menghitung usia dalam Polis ini berdasarkan hari ulang tahun terakhir;
- d. Telah disetujui sebagai Tertanggung oleh Penanggung dan disebutkan dalam Daftar Peserta;
- e. Perubahan isi Daftar Peserta hanya dapat diakui setelah adanya permohonan tertulis dari Pemegang Polis dan disetujui oleh Penanggung;
- f. Minimum usia Tertanggung adalah 18 tahun. Jika tidak ada satupun Pemohon yang berusia 18 tahun atau di atasnya, maka aplikasi akan tergantung dari penerimaan underwriting. Aplikasi untuk Tertanggung dibawah umur, harus atas nama Orang Tua atau Wali Hukum.
- g. Pemegang Polis, Tertanggung dan Tanggungan harus berada di wilayah penjaminan yang sama.

4.2. Syarat Tanggungan

- a. 1 (satu) Suami atau Istri yang sah dari Tertanggung dan berusia kurang dari 65 (enam puluh lima) tahun.
- b. Anak yang sah (termasuk anak hasil adopsi yang sah) dari Tertanggung dan berusia 6 bulan dan kurang dari 18 (delapan belas) tahun, kecuali dapat dibuktikan masih berstatus pelajar/mahasiswa, belum bekerja dan/atau belum menikah, maka batasan usia anak dapat ditambah menjadi 23 (dua puluh tiga) tahun dengan disertakan foto kopi kartu pelajar dan kartu identitas Anak Dewasa tersebut.
- c. Tanggungan dalam manfaat keluarga, maksimum 1 (satu) suami dan/atau 1 (satu) istri serta maksimum 3 orang anak.
- d. Penanggung berhak untuk meminta Data Pendukung sebelum menerima, mengenakan tambahan premi, atau menolak setiap permohonan Tanggungan yang dapat diikutsertakan menjadi Peserta

4.3. Tanggal Mulai Berlakunya Asuransi

- a. Apabila ketika didaftarkan oleh Pemegang Polis, Tertanggung dan atau Tanggungan dalam keadaan di Rawat Inap, maka Tanggal Mulai Berlakunya Asuransi adalah setelah Peserta dinyatakan sembuh oleh Dokter yang merawat;
- b. Apabila ketika didaftarkan oleh Pemegang Polis, Tertanggung dan atau Tanggungan dinilai perlu melengkapi persyaratan bukti layak asuransi, maka tanggal mulai berlakunya asuransi adalah setelah disetujui oleh Penanggung.

4.4. Berakhirnya Kepesertaan

Kepesertaan akan berakhir secara otomatis apabila terjadi pada:

- a. Tanggal dibataalkannya Polis ini oleh Pemegang Polis atau Penanggung
- b. Tanggal berakhirnya Periode Polis dan Polis tidak diperpanjang oleh Pemegang Polis
- c. Tanggal dibataalkannya Kepesertaan Tertanggung/Tanggungan oleh Pemegang Polis atau Penanggung
- d. Tertanggung atau Tanggungan meninggal dunia
- e. Tanggal jatuh tempo Premi sampai diberikannya Masa Leluasa dan Premi tidak dibayarkan oleh Pemegang Polis
- f. Tertanggung dan atau Tanggungan mencapai usia 65 (enam puluh lima) tahun atau usia 23 (dua puluh tiga tahun untuk anak-anak). Namun demikian tidak terdapat batasan usia maksimum untuk menjadi Pemegang Polis sehingga Polis tetap berlaku sepanjang Pemegang Polis masih hidup dan terdapat Tertanggung dan atau Tanggungan yang memenuhi syarat untuk dipertanggungkan dalam program Asuransi sebagaimana diatur dalam Polis.

4.5. Penambahan Tanggungan

- a. Penambahan Tanggungan hanya dapat dilakukan pada tanggal pembaharuan polis;

4.6. Perubahan Manfaat Asuransi

- a. Plan Manfaat Asuransi untuk Tanggungan tidak dapat lebih tinggi dari Plan Manfaat Asuransi Tertanggung itu sendiri
- b. Setiap perubahan Plan Manfaat Asuransi yang timbul karena adanya perubahan Klasifikasi Peserta baru dapat dilakukan pada saat pembaharuan polis

Pasal 5 - PREMI

5.1. Penetapan tarif Premi

- a. Tarif Premi untuk Polis ini ditetapkan oleh Penanggung sesuai dengan Daftar Manfaat asuransi yang diminta oleh Pemegang Polis yang tercantum dalam lampiran Polis dan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam Polis ini.
- b. Penanggung berhak untuk mengubah Tarif Premi untuk setiap Periode Polis berdasarkan pengalaman klaim dan/atau perubahan-perubahan dalam setiap faktor yang berhubungan dengan risiko dan atas perubahan tersebut, Penanggung akan memberitahukan kepada Pemegang Polis terlebih dahulu.

5.2. Penanggung mempunyai hak untuk mengubah tarif Premi pada saat:

- a. Pembaharuan Polis
- b. Perubahan Polis yang mempengaruhi tingkat resiko pertanggungan
- c. Terdapat kesalahan atau ketidakbenaran data yang diberikan oleh Pemegang Polis

5.3. Pembayaran Premi:

- a. Pada dasarnya Premi adalah Premi Tahunan dan harus dibayar diawal, tetapi atas persetujuan Penanggung, Premi dapat diangsur.
- b. Penanggung memberi tenggang waktu (grace period) pembayaran premi selama 30 (tiga puluh) hari sejak Tanggal Mulai Berlaku Polis untuk Premi yang dibayar tahunan.
- c. Untuk premi yang dibayar secara angsuran, tagihan untuk pembayaran premi berikutnya tidak ada tenggang waktu (grace period).
- d. Apabila terjadi pengurangan Peserta dikarenakan Peserta meninggal, maka Penanggung tidak akan mengembalikan Premi atas diri Peserta tersebut

Pasal 6 - MATA UANG DALAM PEMBAYARAN

Seluruh pembayaran dibawah Polis ini akan dilakukan dalam mata uang Republik Indonesia. Dalam hal terjadinya perawatan di Luar Negeri, tagihan asli dalam mata uang asing dialihkan ke mata uang Republik Indonesia dengan menggunakan kurs resmi Penanggung untuk mata uang asing itu yang berlaku pada tanggal kwitansi.



Pasal 7 - BERLAKU POLIS

7.1. Tanggal dan waktu Berlakunya Polis

Polis ini berlaku sejak tanggal yang tercantum dalam Ikhtisar Polis pada pukul 00.00 waktu setempat, untuk satu Periode Polis dan akan berakhir sampai dengan tanggal yang tercantum dalam Ikhtisar Polis pada pukul 24.00 waktu setempat

7.2. Tanggal berakhir pertanggungan polis bagi peserta di rawat inap

Apabila pada saat berakhirnya Periode Polis terdapat Peserta dalam kondisi perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit, Penanggung masih dapat memberikan jaminan Manfaat Asuransi sampai Peserta keluar Rumah Sakit atau selama-lamanya 30 (tiga puluh) hari kalender dari tanggal berakhirnya Polis ini, mana yang lebih dahulu terjadi.



Pasal 8 - BATAL DAN BERAKHIRNYA PERTANGGUNGAN

8.1. Pembatalan oleh Pemegang Polis

- a. Pemegang Polis dapat membatalkan Polis ini sewaktu-waktu dengan memberitahukan Penanggung mengenai maksud tersebut dalam bentuk surat tercatat yang ditujukan ke pusat pelayanan Penanggung atau kantor pusat Penanggung, dengan ketentuan bahwa tidak ada klaim yang telah dibayarkan atau harus dibayarkan berdasarkan Polis ini. Pemegang Polis berhak atas pengembalian premi, dikurangi jumlah yang harus dibayarkan kepada Penanggung yang diperhitungkan berdasarkan Tarif Jangka Pendek.
- b. Perhitungan Tarif Jangka Pendek adalah sebagai berikut:

Periode Perhitungan	Tarif Jangka Pendek
(a) Kurang dari 1 (satu) bulan	20% Premi Tahunan
(b) Kurang dari 1 (satu) bulan	10% Premi Tahunan
(c) Kurang dari 1 (satu) bulan	100% Premi Tahunan

8.2. Pembatalan oleh Penanggung

- a. Polis ini hanya dapat dibatalkan oleh Penanggung melalui pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis di alamat terakhir yang diketahui dalam hal terjadi salah satu peristiwa di bawah ini:
- pernyataan yang salah mengenai usia Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan;
 - pernyataan atau pemberitahuan yang salah, baik karena tidak disengaja ataupun disengaja, atas kondisi fisik atau mental Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan;
 - tidak memberitahukan atau lalai untuk memberitahukan informasi dan fakta penting mengenai kondisi fisik atau mental Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan;
 - lalai untuk memberitahukan atau mengungkapkan pekerjaan atau perubahan pekerjaan Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan;
 - lalai untuk memberitahukan perubahan alamat ke luar negeri Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan.
- b. Dalam hal pembatalan oleh Penanggung, Pemegang Polis berhak atas pengembalian Premi, dikurangi jumlah yang harus dibayarkan kepada Penanggung yang diperhitungkan berdasarkan Tarif Jangka Pendek.

- c. Penanggung memiliki hak untuk memberikan biaya tambahan jika Penanggung merugi akibat pembatalan Polis.



Pasal 9 - RESIKO YANG DIJAMIN

Seluruh jaminan yang diuraikan di dalam Polis ini berlaku 24 (dua puluh empat) jam sehari. Jaminan yang berlaku hanya untuk bagian yang sesuai seperti yang tercantum di dalam Polis dan Daftar Manfaat. Jumlah yang dapat dibayarkan tidak akan melebihi biaya sebenarnya dari perawatan yang Diperlukan Secara Medis. Tanggung jawab maksimum dari Penanggung tidak akan melebihi batas Biaya Yang Wajar dan Perlu. Untuk penyakit yang termasuk di dalam daftar Qualifying Medical Condition (“QMC”) Penanggung, penjaminan dapat dilakukan diluar wilayah Indonesia dan Malaysia, selama memenuhi syarat-syarat berikut:

1. Telah dilakukan Opini Medis Kedua atau Medical Second Opinion (“MSO”)
2. Terdapat kesesuaian hasil diagnosa pasti MSO dengan daftar QMC Penanggung
3. Penggantian biaya pengobatan dilakukan dengan proses Reimbursement

Khusus untuk penjaminan yang dilakukan di Malaysia, persyaratan sebagaimana di atur pada angka 1 dan angka 2 dari Pasal 9 ini tidak diperlukan.



Pasal 10 - PENGECUALIAN

Penanggung tidak wajib membayar Manfaat Asuransi untuk Penyakit atau Cedera, perawatan dan/atau pengobatan, atau biaya-biaya lain yang termasuk dalam Pengecualian ini, kecuali dinyatakan lain oleh Penanggung melalui Ketentuan Khusus yang diterbitkan oleh Penanggung untuk Pemegang Polis. Daftar Pengecualian Polis ini adalah:

- 10.1. Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya yang tidak diberitahukan kepada Perusahaan.
- 10.2. Pemeriksaan kesehatan berkala, pemeriksaan kesehatan atau tes-tes diagnostik yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosis dari satu ketidakmampuan yang ditanggung dalam Polis ini atau setiap pengobatan yang tidak ada indikasi gangguan secara medis serta setiap pengobatan atau perawatan preventif dan yang bertujuan untuk penurunan atau penambahan berat badan.
- 10.3. Semua perawatan atau pembedahan terhadap kelainan bawaan/cacat kongenital (penyakit atau penyakit yang dibawa sejak lahir), herediter (penyakit keturunan) serta komplikasi yang ditimbulkan antara lain: Atresia Ani, VSD, ASD, bibir sumbing, septum deviasi, cacat tulang dan lain-lain.
- 10.4. Perawatan Medis dan pengobatan untuk gangguan tumbuh kembang termasuk namun tidak terbatas pada Failure To Thrive (FTT), gangguan makan, gangguan bicara, hiperaktifitas, gangguan pemusatan perhatian (Autisme), disleksia, retardasi mental, keterlambatan berjalan, kecuali yang disebabkan oleh Penyakit yang dibuktikan dengan surat keterangan Dokter Spesialis.
- 10.5. Penyakit yang berkaitan dengan pandemi, penyakit hubungan seksual, penyakit kelamin lainnya dan segala akibatnya, disfungsi sexual, ejakulasi dini, impotensi dan frigiditas.
- 10.6. Semua perawatan dan pengobatan gigi, kecuali pengobatan darurat terhadap gigi asli yang rusak karena kecelakaan sebagaimana diatur Daftar Manfaat.
- 10.7. Semua konsultasi, pengobatan, perawatan medis, tindakan atau operasi akibat dari kehamilan, keguguran, melahirkan, menyusui, usaha untuk mendapatkan kesuburan (termasuk inseminasi buatan dan bayi tabung), gangguan fungsi atau hubungan seksual (termasuk impotensi), semua terapi hormonal yang berkaitan dengan sindrom premenopause/andropause, sterilisasi atau pemakaian kontrasepsi termasuk alat kontrasepsi.
- 10.8. Semua perawatan medis dan pengobatan sehubungan dengan stres depresi, neurosis, manifestasi psikosomatis, kondisi geriatrik, psiko-geriatrik, atau kelainan dan gangguan jiwa lainnya.
- 10.9. Biaya sunat (sirkumsisi) yang dilakukan tidak atas indikasi medis.
- 10.10. Vaksinasi atau imunisasi.

- 10.11. Semua Perawatan Medis dan pengobatan yang berhubungan dengan kosmetik atau bedah plastik dan kelainan refraksi mata.
- 10.12. Cedera atau Penyakit yang timbul langsung atau tidak langsung akibat segala tindakan percobaan bunuh diri dalam keadaan sadar maupun tidak sadar atau Cedera akibat tindakan yang dilakukan oleh diri sendiri dan/atau oleh orang lain atas perintah pihak yang berkepentingan dalam pertanggungjanaan.
- 10.13. Cedera atau Penyakit yang timbul langsung atau tidak langsung akibat peperangan, keadaan bahaya perang atau darurat perang, baik dinyatakan atau tidak, sedang bertugas sebagai anggota angkatan bersenjata atau kepolisian, sedang melaksanakan tugas operasi militer, pemulihan keamanan dan ketertiban umum.
- 10.14. Cedera atau Penyakit yang timbul langsung atau tidak langsung akibat melakukan dan/atau berpartisipasi dalam demonstrasi, pemogokan, kerusuhan, huru-hara, pemberontakan, pengambil-alihan kekuasaan, dan perbuatan melanggar hukum.
- 10.15. Pengobatan atau perawatan medis akibat kecelakaan yang terjadi pada saat Peserta menjadi penumpang ataupun awak pesawat udara kecuali pada penerbangan komersial terjadwal.
- 10.16. Cedera atau Penyakit yang timbul langsung atau tidak langsung akibat dari segala tindakan yang berhubungan dengan pemakaian alkohol, narkoba, obat bius, zat terlarang, racun, gas, radiasi nuklir dan sejenisnya yang dilakukan secara sengaja, kecuali yang diakibatkan oleh pekerjaan Peserta itu sendiri.
- 10.17. Pengobatan atau Perawatan Medis akibat melakukan aktifitas berbahaya seperti terjun payung, menyelam, terbang layang, balap mobil, balap perahu motor, balap motor, dan sejenis bungee jumping, arung jeram, olah raga kontak fisik, panjat tebing, penelusuran gua, dan jenis olah raga beresiko lainnya.
- 10.18. Perawatan dan/atau pengobatan eksperimental, tradisional, belum diakui oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM), organisasi profesi medis dan/atau alternatif yang diluar ilmu kedokteran barat dan komplikasinya yang tidak terbatas pada akupuntur (kecuali dilakukan oleh Dokter), sinthe, dukun patah tulang, tabib, paranormal, chiropractor, naturopath, holistik dan sejenisnya.
- 10.19. Pembelian organ tubuh untuk transplantasi organ.
- 10.20. Perawatan medis yang dilakukan pada Tempat Pelayanan Kesehatan yang tidak sesuai dengan ijin operasionalnya.
- 10.21. Perawatan Rumah Sakit yang bertujuan hanya untuk pemeriksaan diagnostik.

- 10.22. Penyakit-Penyakit Yang Telah Ada Sebelumnya (Kondisi Pre-existing) yang tidak diberitahukan kepada dan/atau disetujui secara tertulis oleh Penanggung sebelum tanggal dimulainya dan/atau diperbarunya Polis.
- 10.23. Segala perawatan atas kondisi medis yang dilakukan di luar Indonesia dan Malaysia, kecuali telah dilakukan MSO dan mendapatkan persetujuan terlebih dahulu secara tertulis dari Penanggung.
- 10.24. Pertanggungan atas resiko meninggal berlaku dalam keadaan dan oleh sebab apapun, kecuali meninggal akibat:
- Tindakan bunuh diri dalam keadaan sadar maupun tidak sadar yang dilakukan oleh diri sendiri dan/atau oleh orang lain atas perintah pihak yang berkepentingan dalam pertanggungan;
 - Peserta menjalani eksekusi hukuman mati;
 - Tindakan atau percobaan melakukan perbuatan melanggar hukum yang dilakukan oleh Peserta atau oleh orang yang berkepentingan dan ingin mengambil keuntungan atas pertanggungan asuransi ini.



Pasal 11 - KLAIM

11.1. Pengajuan klaim secara tertulis disampaikan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung dalam waktu 60 (enam puluh) hari kalender sejak tanggal berakhirnya perawatan dan disertai dengan dokumen klaim asli sesuai dengan jenis pertanggungannya (merujuk pada Pasal 2 – Dokumen Klaim, Bagian II Ketentuan Khusus Jaminan Manfaat Dasar). Apabila dokumen klaim asli tidak disampaikan dalam waktu yang telah ditetapkan, maka Penanggung mempunyai hak untuk menolak klaim yang bersangkutan.

11.2. Keterangan/dokumen palsu

Apabila terbukti bahwa Peserta dan/atau Pemegang Polis memberikan keterangan/dokumen yang tidak benar atau palsu atau terbukti telah melakukan penipuan atas klaim yang diajukan, maka Penanggung berhak untuk melakukan salah satu di bawah ini:

- a. Menolak untuk membayar manfaat sehubungan klaim dimaksud;
- b. Menarik kembali semua uang yang telah dibayarkan kepada Peserta atau pihak yang mengatasnamakan dirinya;
- c. Membatalkan kepesertaan asuransi bagi Peserta tersebut;
- d. Mengubah ketentuan Polis;
- e. Membatalkan Polis.

11.3. Koordinasi manfaat

Mengkoordinasikan manfaat yang akan dibayarkan sehingga:

- a. Jumlah manfaat seluruhnya yang diterima oleh Peserta dari Ppenanggung dan/atau pihak lain, maksimum 100% (seratus persen) dari biaya yang dikeluarkan, dan
- b. Seluruh biaya yang dibayarkan Penanggung tidak melebihi batas maksimum yang tercantum dalam Daftar Manfaat.

11.4. Hak meminta keterangan

- a. Terhadap klaim yang diajukan oleh Pemegang Polis dan/ atau Peserta kepada Penanggung, maka Penanggung berhak untuk melakukan pemeriksaan keabsahan dokumen klaim dan/atau meminta keterangan lebih lanjut dan terperinci mengenai Penyakit atau Cedera yang diderita oleh Peserta.
- b. Terhadap perawatan atau pengobatan yang dilakukan di jaringan Provider, Peserta dan/atau Pemegang Polis memberikan kuasa dan hak kepada Penanggung untuk melakukan pendampingan dan/atau pemeriksaan atas perawatan Peserta,

Penanggung dan/atau kuasanya yang sah berhak untuk menghubungi Dokter dan/atau Rumah Sakit guna memantau perkembangan perawatan Peserta.

11.5. **Klaim reimbursement**

- a. Pelaporan dan Pengisian Bukti Klaim
 - i. Klaim diajukan selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari kalender, dari tanggal pengobatan Rawat Jalan atau tanggal dimana Peserta diperbolehkan pulang Rawat Inap oleh Dokter yang merawat.
 - ii. Apabila dokumen klaim yang diajukan kepada Penanggung tidak lengkap sebagaimana diatur dalam Ketentuan Khusus Jaminan Manfaat Dasar (Bagian II) dan Manfaat Tambahan (Pasal 17, Bagian I), maka Penanggung akan memberikan waktu tambahan selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal surat tertulis dari Penanggung, dan kepada Peserta dan/ atau Pemegang Polis wajib untuk melengkapinya.
 - iii. Penanggung berhak untuk menolak klaim yang diajukan apabila melebihi tenggang waktu yang telah diberikan oleh Penanggung dan klaim dinyatakan Kadaluarsa.
- b. Pembayaran Klaim
 - i. Seluruh pembayaran Klaim dilakukan dengan mata uang Rupiah.
 - ii. Klaim yang disetujui untuk dibayar oleh Penanggung akan dibayarkan kepada Peserta atau melalui Pemegang Polis dengan cara pemindahbukuan ke data rekening yang diberikan oleh Pemegang Polis
 - iii. Apabila terjadi kegagalan proses pemindahbukuan, maka biaya pemindahbukuan ulang akan dikenakan dengan cara memotong klaim yang dibayarkan sebesar biaya pemindahbukuan (jika ada)
 - iv. Pembayaran klaim dilakukan selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari kerja setelah diterimanya semua dokumendokumen yang disyaratkan oleh Penanggung.
 - v. Dalam hal perawatan yang terjadi di luar Indonesia, maka biaya-biaya yang dikeluarkan dalam mata uang asing akan dikonversikan ke dalam Nilai tukar mata uang Rupiah berdasarkan kurs tengah Bank Indonesia yang berlaku pada tanggal kuitansi.
 - vi. Apabila terdapat Premi yang belum dibayar maka pembayaran akan ditunda sampai Premi diterima oleh Penanggung

11.6. Klaim Melalui Provider

- a. Penyediaan Provider
 - i. Penanggung berhak memilih, membuat perjanjian kerjasama dan memutuskan kerjasama dengan Provider.
 - ii. Penanggung berkewajiban memberikan daftar Provider kepada Pemegang Polis/Tertanggung.
 - iii. Daftar tersebut akan diperbaharui dari waktu ke waktu sesuai dengan kebutuhan.
- b. Fasilitas Provider
 - i. Penanggung memberikan jaminan pembayaran terhadap biaya-biaya Rawat Inap dan/ atau Rawat Jalan dan/ atau Pelayanan Kesehatan lainnya untuk Peserta yang melakukan perawatan dan/ atau pengobatan di Provider dan untuk mendapatkan jaminan ini, Peserta wajib membawa Kartu Peserta yang masih berlaku dan menunjukkannya kepada petugas administrasi di Provider tersebut.
 - ii. Pemberian fasilitas provider yang disediakan oleh Penanggung untuk Pemegang Polis dan/ atau Peserta disebutkan dalam Ikhtisar Polis dan dicantumkan dalam Kartu Peserta.
- c. Pemberian Surat Jaminan
 - i. Penanggung memberikan Surat Jaminan untuk Peserta yang memerlukan perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit Provider.
 - ii. Peserta berkewajiban untuk membayar setiap biaya yang sudah melebihi batas manfaat dan/atau yang termasuk dalam pengecualian Polis sebelum Peserta meninggalkan Rumah Sakit.
 - iii. Dalam hal terdapat ekses klaim yang tidak tertagih di Rumah Sakit oleh sebab apapun baik keseluruhan maupun sebagian, maka Penanggung berhak melakukan penagihan kembali ekses klaim kepada Pemegang Polis/Tertanggung. Pemegang Polis/Tertanggung berkewajiban untuk membayar setiap tagihan ekses klaim yang ditagihkan oleh Penanggung.
 - iv. Apabila terjadi perselisihan ekses klaim antara Penanggung dengan Pemegang Polis/Tertanggung, sementara menunggu hasil keputusan atas penyelesaian perselisihan, maka Pemegang Polis/Tertanggung tetap berkewajiban untuk melunasi terlebih dahulu tagihan ekses klaim tersebut.
- d. Pembatalan Surat Jaminan

Dalam hal Surat Jaminan telah diterbitkan oleh Penanggung dimana pada proses rawat inap diketahui bahwa Penyakit atau Cedera yang diderita oleh Peserta

termasuk dalam pengecualian Polis ini, maka Penanggung berhak untuk membatalkan Surat Jaminan tersebut dan seluruh biaya menjadi beban Peserta.

e. Penagihan Kembali Ekses Klaim

- i. Penanggung akan memberitahukan dan melakukan penagihan kembali ekses klaim kepada Pemegang Polis.
- ii. Pemegang Polis berkewajiban untuk melunasi ekses klaim yang ditagihkan dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal pemberitahuan.
- iii. Apabila setelah batas waktu pemberitahuan pertama yang diberikan ekses klaim belum dibayar sepenuhnya, maka Penanggung akan mengenakan denda sebesar 2‰ (dua per mil) per hari terhitung dari tanggal jatuh tempo tagihan.
- iv. Penanggung berhak untuk menghentikan sementara seluruh pembayaran klaim dan penutupan fasilitas Provider, apabila setelah batas waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal pemberitahuan pertama Pemegang Polis tidak juga membayar tagihan ekses klaim yang ditagihkan dan untuk itu Penanggung wajib memberitahukannya kepada Pemegang Polis sekurang-kurangnya 5 (lima) hari kerja sebelum tanggal efektif penghentian sementara pembayaran klaim dan penutupan fasilitas Provider.
- v. Apabila sampai batas waktu yang telah ditentukan atau setelah berakhirnya periode Polis, ekses klaim masih ada, maka Pemegang Polis tetap berkewajiban membayar tunggakan ekses klaim tersebut.
- vi. Biaya yang timbul atas pemindahbukuan pembayaran ekses klaim merupakan tanggungan dari Pemegang Polis/ Tertanggung.

Pasal 12 - PENYAKIT YANG TELAH ADA SEBELUMNYA (PRE-EXISTING CONDITION) DAN MASA TUNGGU

12.1. Penyakit yang telah ada sebelumnya

Semua Penyakit, Cedera atau kondisi medis seorang Tertanggung yang timbul sebelum Tanggal Efektif Polis atau dimana Tertanggung:

- Menerima perawatan untuk kondisi tersebut sebelum Tanggal Efektif Polis; atau
- Menunjukkan gejala-gejala dari kondisi tersebut pada saat atau sebelum Tanggal Efektif Polis, dimana Tertanggung sadar atau sewajarnya telah menyadarinya.

12.2. Masa Tunggu

- a. Masa tunggu adalah masa dimana Manfaat Asuransi yang tercantum dalam Polis ini tidak dibayar oleh Penanggung.
- b. Polis ini dapat memberlakukan masa tunggu untuk semua atau sebagian baik secara keseluruhan Peserta atau beberapa Peserta atas Penyakit-penyakit atau Kondisi-kondisi sebagaimana disebutkan dalam butir 1 di atas pada pasal ini, kecuali dinyatakan lain dalam Ikhtisar Polis.
- c. Masa tunggu untuk penyakit yang telah ada sebelumnya adalah 12 (dua belas) bulan pertama dari Tanggal Mulai Berlaku Polis ini secara terus menerus.
- d. Masa tunggu penyakit juga berlaku pada masa awal kepemilikan polis selama 7 (tujuh) hari, kecuali dinyatakan lain dalam Ikhtisar Polis. Masa tunggu 7 (tujuh) hari tersebut tidak berlaku untuk kasus kecelakaan.

Pasal 13 - PERATURAN DALAM KEADAAN PERANG

- 13.1. Apabila terjadi perang, keadaan bahaya perang atau darurat perang, baik sebagian atau seluruh wilayah Indonesia terlibat didalamnya, baik dinyatakan atau tidak, maka pembayaran manfaat pertanggungan akan dikenakan potongan sementara yang besarnya ditentukan oleh Penanggung.
- 13.2. Selambat-lambatnya dalam waktu 1 (satu) tahun setelah berakhirnya perang, keadaan bahaya perang atau darurat perang, Penanggung berkewajiban menetapkan besarnya potongan yang pasti atas pembayaran manfaat pertanggungan, sesuai dengan meningkatnya angka kematian dan berubahnya keadaan moneter sebagai akibat keadaan tersebut diatas. Selanjutnya Penanggung akan membayarkan jumlah yang belum dibayarkan, setelah memperhitungkan potongan sementara.



Pasal 14 - HUKUM YANG BERLAKU

Polis ini tunduk kepada hukum yang berlaku di negara Republik Indonesia.



Pasal 15 - PENYELESAIAN MASALAH ATAU SENGKETA

Apabila dalam pelaksanaan Perjanjian ini timbul perselisihan, maka para pihak sepakat untuk menyelesaikan perselisihan secara musyawarah dalam jangka waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender terhitung sejak adanya pemberitahuan dari salah satu pihak mengenai adanya perselisihan dimaksud.

Dalam hal upaya musyawarah tidak mencapai mufakat maka para pihak memilih upaya hukum melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Otoritas Jasa Keuangan (LAPS OJK) sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh LAPS OJK.



Pasal 16 - BAHASA

Bahasa dari Polis ini dan seluruh dokumentasi dan pemberitahuan yang berkaitan adalah Bahasa Indonesia. Bahasa Indonesia merupakan bahasa yang menentukan terlepas dari setiap terjemahannya kedalam bahasa lain dan di dalam hal terdapat perbedaan atau inkonsistensi di antara teks asli dalam Bahasa Indonesia dan terjemahannya, maka versi Bahasa Indonesia yang akan berlaku.



Pasal 17 - FORCE MAJEURE

Dalam hal terjadi suatu peristiwa di luar kekuasaan Penanggung, seperti gempa bumi, angin topan, banjir, tanah longsor, kebakaran, perang, huru-hara, terorisme, sabotase, embargo, pemogokan massal, kebijakan moneter atau kebijakan pemerintah yang berhubungan secara langsung terhadap pelaksanaan Polis ini, maka Penanggung dapat dibebaskan dari tanggung jawab atas keterlambatan atau kegagalan dalam melaksanakan ketentuan Polis ini.



Pasal 18 - MANFAAT TAMBAHAN

18.1. Opini Medis Kedua / Medical Second Opinion (MSO)

1. Penanggung telah menjalin kerjasama dengan MediGuide America melalui perwakilannya Nucleus Precise untuk memberikan layanan Opini Medis Kedua kepada Tertanggung.
2. Layanan Opini Medis Kedua diberikan kepada Tertanggung yang sudah melewati masa tunggu klaim 7 (tujuh) hari dan berhak mendapatkan layanan Opini Medis Kedua untuk kondisi medis tertentu (QMC) sebagaimana tercantum dalam Daftar Polis.
3. Opini Medis Kedua adalah opini tertulis dari dokter ahli tentang diagnosa penyakit dan perencanaan terapi paling mutakhir berdasarkan data dan informasi yang tersedia. Dokter ahli tersebut bekerja di Rumah Sakit atau klinik yang masuk dalam Daftar World Leading Medical Center yang bekerjasama dengan Medi Guide America untuk memberikan layanan Opini Medis Kedua, dan bukan merupakan dokter yang sedang merawat pasien saat itu. Dari waktu ke waktu Tertanggung dapat memperoleh Daftar World Leading Medical Center dengan menghubungi Penanggung.
4. Opini Medis Kedua diberikan secara cuma-cuma untuk setiap jenis kondisi medis yang tercantum dalam Daftar Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat. Batasan layanan ini adalah satu kali dalam setiap Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat dalam satu tahun Polis.
5. Opini Medis Kedua tidak dapat diberikan apabila:
 - a) Penyakit atau kondisi medis sudah ada atau sudah terjadi sebelum dimulainya kepesertaan.
 - b) Penyakit atau kondisi medis tidak termasuk dalam Daftar Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat / Qualifying Medical Condition.
 - c) Penyakit atau kondisi medis yang diderita atau didiagnosis dalam kurun waktu 7 (tujuh) hari sejak tanggal efektif Polis.
6. Tidak satu hal pun dalam Polis ini yang dapat membuat Penanggung dan atau MediGuide America dan atau perwakilannya (Nucleus Precise), harus bertanggung jawab atau menjadi bertanggung jawab sebagai pihak yang dituntut atas:
 - a) Kerugian-kerugian langsung atau tidak langsung yang timbul atau diderita Tertanggung akibat dari pelaksanaan program Opini Medis Kedua, dalam hal kerugian tersebut bukan disebabkan oleh kelalaian dari Penanggung dan atau MediGuide America dan atau perwakilannya (Nucleus Precise).

- b) Tidak terselenggaranya layanan Opini Medis Kedua oleh kondisi force majeure pada umumnya atau kondisi kondisi lain di luar kemampuan MediGuide America dan atau perwakilannya atau akibat tindakan Pihak Ketiga.

7. Prosedur permohonan Opini Medis Kedua :

- a) Bila Tertanggung didiagnosis menderita salah satu kondisi yang termasuk dalam Daftar Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, Tertanggung menghubungi call center di +62-21-56961177 atau +62-21-350 3182.
- b) Nucleus Precise akan melakukan verifikasi status kepesertaan dan memastikan apakah penyakit yang diderita Tertanggung termasuk dalam Daftar Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat.
- c) Bila memenuhi syarat, formulir Second Opinion Guide akan dikirimkan kepada Tertanggung untuk diisi dengan lengkap dan benar.
- d) Tertanggung mengirimkan berkas permohonan Opini Medis Kedua sebagai berikut:
 - Salinan identitas diri yang sah
 - Salinan kartu kepesertaan
 - Formulir Second Opinion Guide
 - Surat rujukan dari dokter yang merawat yang berisikan riwayat penyakit yang diderita Tertanggung ditulis secara lengkap dan rinci.
 - Rekam medis, foto-foto (imaging), hasil laboratorium, preparat patologi dan hasil pemeriksaan Tertanggung lainnya.
- e) Nucleus Precise memberikan 3 (tiga) alternatif World Leading Medical Center untuk dipilih Tertanggung.
- f) Tertanggung memilih satu dari 3 (tiga) alternatif World Leading Medical Center yang disediakan.
- g) MediGuide America melalui perwakilannya Nucleus Precise akan mengirimkan seluruh berkas permohonan Opini Medis Kedua ke World Leading Medical Center untuk diproses.
- h) Hasil Opini Medis Kedua akan dikirimkan kepada Peserta

18.2. MEDASSIST by Assist America®, memberikan medical assistance ketika Peserta sedang dalam perjalanan di dalam atau luar negeri.

a. ELIGIBILITY

- 1. Perjalanan harus berjarak lebih dari 150 km dari tempat tinggal, atau
- 2. Perjalanan ke luar negeri, dan

3. Perjalanan tepat 90 hari atau kurang dari 90 hari
- b. CAKUPAN LAYANAN
 1. Layanan Medis:
 - a. Evakuasi Darurat Medis
 - b. Medical Consultation, Evaluation and Referral
 - c. Repatriasi Medis
 - d. Bantuan obat-obat emergency
 - e. Bantuan jaminan masuk Rumah Sakit di luar negeri
 - f. Pemantauan kondisi kritis di Rumah Sakit
 2. Layanan untuk Pribadi dan Perjalanan :
 - a. Layanan Transportasi Bagi Seorang Keluarga Pasien untuk menemani Pasien
 - b. Layanan Pemulangan Anak - Anak Di bawah Umur apabila Tidak Terawat
 - c. Pemulangan Jenazah
 - d. Bantuan Untuk Bagasi Hilang
 - e. Bantuan Penerjemah
 - f. Informasi Pra Perjalanan
 - g. Bantuan Untuk Dokumen Perjalanan Jika Hilang
- c. PENGECUALIAN
 1. Perjalanan secara khusus untuk mendapatkan pengobatan medis.
 2. Cidera yang diakibatkan oleh keikutsertaan dalam perang atau pemberontakan
 3. Perbuatan/tindakan yang melawan hukum.
 4. Usaha bunuh diri.
 5. Insiden yang melibatkan penggunaan narkoba kecuali diresepkan oleh dokter.
 6. Pemindahan Peserta dari satu fasilitas medis ke fasilitas medis lainnya dengan kemampuan dan tingkat perawatan yang sama.

Evakuasi atau memulangkan Peserta tidak dapat diberikan untuk kondisi:

- a. Tanpa otorisasi medis dari Assist America melalui representative di Indonesia- Blue Dot Assistance
- b. Luka ringan, cidera biasa seperti keseleo, patah tulang biasa atau penyakit ringan yang dapat diobati oleh dokter setempat dan tidak menghalangi Peserta untuk meneruskan perjalanannya atau kembali ke rumah.
- c. Kehamilan dengan masa lebih dari enam bulan.
- d. Gangguan-gangguan mental atau saraf kecuali apabila dirumah-sakitkan.

Pengecualian-pengecualian:

- a. Perjalanan oleh suami/istri Peserta apabila itu untuk kepentingan suami/istri (perjalanan bisnis suami/istri) Peserta.
- b. Perjalanan lebih dari 90 hari dari tempat tinggal terdaftar.
- c. Siswa/i pada alamat rumah/kampus sekolah (mereka tidak termasuk pada status perjalanan).



Pasal 19 - KESALAHAN PERNYATAAN USIA, JENIS KELAMIN DAN UNSUR PENIPUAN

- 19.1. Jika terdapat kesalahan atau kekeliruan atas usia atau jenis kelamin Tertanggung baik secara sengaja maupun tanpa disengaja, maka jumlah Premi yang dibayar akan dinaikkan atau diturunkan sesuai dengan jumlah Premi untuk usia atau jenis kelamin sebenarnya yang telah ditentukan oleh Penanggung. Jika ternyata usia Tertanggung yang sebenarnya tidak memenuhi syarat untuk diasuransikan, maka pertanggungan menjadi batal dan Penanggung tidak berkewajiban membayar Manfaat Asuransi apapun dan biaya-biaya yang timbul untuk persetujuan dan penerbitan Polis termasuk biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada) akan menjadi kewajiban Tertanggung untuk membayarnya.
- 19.2. Apabila informasi, keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang disampaikan kepada Penanggung ternyata keliru atau tidak benar atau ternyata terdapat penyembunyian keadaan yang diketahui oleh Pemilik Polis dan/atau Tertanggung meskipun dilakukannya dengan itikad baik yang sifatnya sedemikian rupa sehingga pertanggungan dan/atau Polis tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama bila Penanggung mengetahui keadaan sejak pertanggungan dimulai, maka Penanggung dapat membatalkan Polis dan tidak berkewajiban membayar Manfaat Asuransi apapun dan biaya-biaya yang timbul untuk persetujuan dan penerbitan Polis termasuk biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada) akan menjadi kewajiban Tertanggung untuk membayarnya.
- 19.3. Ketentuan dalam Pasal ini tetap berlaku walaupun kesalahan atau kekeliruan atas usia atau jenis kelamin Tertanggung atau ketidakbenaran atau penipuan atas informasi, keterangan, pernyataan atau pemberitahuan kepada Penanggung oleh Tertanggung sebagaimana yang dimaksud di atas baru diketahui sesudah dilaksanakan pembayaran Manfaat Asuransi dan/atau Polis telah berakhir. Dalam hal tersebut, Pemilik Polis dan/atau Penerima Manfaat wajib segera mengembalikan Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan oleh Penanggung.

BAGIAN II : KETENTUAN KHUSUS JAMINAN MANFAAT DASAR PROGRAM ASURANSI RAWAT INAP

Pasal 1 - RESIKO YANG DIJAMIN

Jaminan hanya berlaku untuk manfaat yang tercantum dalam Daftar Manfaat dan hanya berlaku untuk biaya perawatan dan pengobatan yang dilakukan di Rumah Sakit. Jumlah yang dibayarkan tidak boleh melebihi biaya sebenarnya yang diperlukan dan wajar nilainya atas pelayanan yang timbul tersebut merupakan biaya yang memenuhi syarat dan diperlukan secara medis. Tanggung jawab maksimum dari Penanggung tidak boleh melebihi batas-batas maksimum biaya yang memenuhi syarat. Jaminan yang diberikan dalam Polis ini berlaku selama 24 jam per hari.

Jenis manfaat yang dapat diberikan untuk Satu Ketidakmampuan adalah:

1. **Biaya Kamar dan Menginap**

- a. Mengganti biaya-biaya yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk akomodasi kamar, jasa perawatan umum dan makanan untuk setiap hari perawatan sebagai pasien menginap yang terdaftar di Rumah Sakit atas rekomendasi Dokter.
- b. Batas jaminan adalah secara harian dan berlaku untuk sejumlah hari perawatan, maksimum 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari. Sejumlah hari perawatan yang tercantum dalam Daftar Manfaat, sudah termasuk jumlah hari jika Peserta dirawat di Unit Perawatan Intensif (ICU/ICCU/PICU/NICU) atau Kamar Semi ICU (HCU) atau Kamar Isolasi.

2. **Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU)**

- a. Biaya Unit Perawatan Intensif per hari yaitu terdiri dari biaya kamar perawatan intensif dan biaya alat-alat monitoring yang terdapat di dalamnya. Perawatan di Unit Perawatan Intensif harus berdasarkan Perawatan Medis Yang Diperlukan dan dinyatakan secara tertulis oleh Dokter atau Dokter Bedah yang merawat bahwa seorang Peserta harus menjalani perawatan di Unit Perawatan Intensif. Biaya perawatan medis di Unit Perawatan Intensif termasuk namun tidak terbatas pada kamar HCU, ICCU, PICU dan NICU.
- b. Batas jaminan adalah secara harian dan berlaku untuk sejumlah hari perawatan, maksimum 20 (dua puluh) hari.

3. **Biaya Dokter Bedah**

- a. Mengganti biaya-biaya yang sebenarnya untuk pembayaran jasa Dokter atau Ahli Bedah atas operasi berikut kunjungannya sampai dengan jumlah maksimum yang ditentukan dalam Daftar Manfaat.
- b. Biaya Dokter Bedah terdiri dari biaya Dokter Bedah dan Asisten Bedah, termasuk biaya kunjungan Dokter Bedah selama perawatan di Rumah Sakit.

4. **Biaya Anestesi**

- a. Mengganti biaya-biaya yang sebenarnya untuk jasa Anaesthetist sampai dengan jumlah maksimum yang ditentukan dalam Daftar Manfaat. Penggantian akan diberikan hanya apabila biaya pembedahan dibayar.
- b. Biaya Anestesi terdiri dari biaya dokter anestesi, asisten anestesi dan biaya obat anestesi.

5. **Biaya Kamar Bedah**

- a. Mengganti biaya-biaya yang sebenarnya untuk kamar bedah sampai dengan jumlah maksimum yang ditentukan dalam Daftar Manfaat.
- b. Biaya Kamar Bedah terdiri dari biaya sewa kamar operasi, obat-obatan yang diberikan pada saat pembedahan yang terkait dengan tindakan pembedahan, alat bantu bedah, pemeriksaan atau tes diagnostik yang dibutuhkan secara medis yang dilakukan sebelum pembedahan, biaya kamar observasi setelah pembedahan dan alat-alat yang digunakan selama operasi.

6. **Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit**

- a. Mengganti biaya-biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit atas semua pelayanan yang umumnya diberikan oleh Rumah Sakit yang secara medis diperlukan selama periode Rawat Inap, yang mencakup obat-obatan yang diresepkan dan dikonsumsi selama di Rumah Sakit, Obat-obatan yang diresepkan dan dikonsumsi maksimum 7 (tujuh) hari setelah tanggal Peserta selesai Rawat Inap, perban, plester, biaya pengobatan, fisioterapi, pemeriksaan laboratorium dan sinar-X, elektrokardiogram, infus, pemeriksaan diagnostik lainnya, tranfusi darah, oksigen, biaya penyewaan kursi roda, tongkat penyangga, peralatan medis sejenis yang diperlukan secara medis termasuk biaya administrasi Rumah Sakit.

7. Biaya Kunjungan Dokter yang Merawat

- a. Mengganti biaya-biaya konsultasi dengan Dokter utama yang ditunjuk untuk melakukan Perawatan Medis terhadap peserta baik Dokter Spesialis maupun Dokter Umum sebagai dokter ruangan selama Peserta menjalani Perawatan Rumah Sakit.
- b. Batas jaminan adalah secara harian dan berlaku untuk sejumlah hari perawatan, ditambahkan satu kali kunjungan jika diperlukan sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

8. Biaya Konsultasi Dokter Ahli di Rumah Sakit

- a. Mengganti biaya-biaya konsultasi dengan Dokter Spesialis selain Dokter Spesialis utama yang melakukan perawatan terhadap Peserta selama Peserta menjalani Perawatan Menginap di Rumah Sakit asalkan konsultasi telah direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter yang merawat.
- b. Batas jaminan adalah secara harian dan berlaku untuk sejumlah hari perawatan, ditambahkan satu kali kunjungan jika diperlukan sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

9. Biaya Rawat Gigi Darurat Akibat Kecelakaan

- a. Mengganti biaya-biaya yang terjadi sebagai akibat dari Cedera karena kecelakaan yang terjadi pada gigi alaminya yang benar-benar sehat (tidak termasuk pada penggantian gigi palsu), hanya jika perawatan dilakukan dalam 48 (empat puluh delapan) jam setelah kecelakaan yang menyebabkan Cedera dan dilakukan di klinik gigi atau Rumah Sakit yang terdaftar secara resmi.
- b. Batas Jaminan ini adalah per Tahun Periode Polis sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

10. Biaya Rawat Jalan Darurat Akibat Kecelakaan

- a. Mengganti biaya-biaya perawatan yang diperlukan secara medis, yang terjadi sebagai akibat dari Cedera untuk perawatan sebagai pasien Rawat Jalan yang dilakukan di Klinik ataupun Rumah Sakit dalam jangka waktu 48 (empat puluh delapan) jam setelah Kecelakaan yang menyebabkan Cedera itu.
- b. Batas Jaminan ini adalah per Tahun Periode Polis sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

11. Perawatan oleh Juru Rawat Pribadi

- a. Mengganti biaya-biaya perawatan oleh seorang juru rawat yang terdaftar dan berijazah selama perawatan di Rumah Sakit, yang diminta untuk merawat Tertanggung secara khusus dan jika hal ini dilakukan atas rekomendasi dari Dokter atau Dokter Bedah yang bertugas.
- b. Batas jaminan adalah secara harian dan berlaku untuk sejumlah hari perawatan sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

12. Biaya Ambulan Lokal

- a. Mengganti biaya yang dikenakan oleh Rumah Sakit atau Organisasi yang memberikan jasa Ambulans untuk mengangkut seorang Peserta dengan Keadaan Gawat Darurat ke Rumah Sakit atau dari Rumah Sakit ke Rumah Sakit lainnya yang dibutuhkan secara medis untuk perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit.
- b. Penggantian terbatas pada wilayah Indonesia dengan menggunakan transportasi darat dengan jarak tempuh maksimum 100 (seratus) kilometer.
- c. Batas jaminan ini adalah per Satu Kejadian sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

13. Biaya Alat Bantu Tanam

- a. Adalah alat yang ditanam dalam tubuh yang secara medis berfungsi untuk membantu Peserta menjalankan aktivitas sehari-hari seperti ring/stent, pacemaker/alat pacu jantung, plate, screw dan implant lainnya.

14. Haemodialisa, Kemoterapi & Radioterapi

- a. Menjamin biaya pengobatan atau perawatan yang timbul atas semua tindakan yang berhubungan dengan Kemoterapi dan/atau Radioterapi dan/atau Hemodialisa serta biaya pengobatan atas komplikasi yang ditimbulkan dari tindakan tersebut baik secara langsung maupun tidak langsung termasuk pemasangan Cimino dijamin di dalam Jaminan Rawat Inap.
- b. Batas Jaminan ini adalah per Tahun Periode Polis sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

15. Manfaat HIV / AIDS

- a. Menjamin biaya pengobatan yang timbul dari, atau dengan cara apapun terkait dengan virus kekurangan kekebalan tubuh manusia atau Human Immunodeficiency Virus (HIV)

dan / atau penyakit terkait HIV, termasuk Acquired Immune Deficiency Syndrom (AIDS) atau AIDS Related Complex (ARC) dan/atau setiap mutasi, derivasi atau variasinya.

- b. Batas Jaminan ini adalah per Tahun Periode Polis sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

16. **Biaya Sebelum & Setelah Rawat Inap**

- a. Mengganti biaya-biaya seperti jasa konsultasi Dokter Umum, Dokter Spesialis, Obat-obatan dan Tes Laboratorium yang terjadi dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sebelum dan 30 (tiga puluh) hari sesudah perawatan Rawat Inap di Rumah sakit yang diagnosanya berhubungan langsung dengan diagnosa Rawat Inap.
- b. Batas jaminan ini adalah per Satu Kejadian sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

17. **Biaya Rawat Jalan**

- a. Mengganti biaya-biaya seperti jasa konsultasi Dokter Umum dan Dokter Spesialis untuk kunjungan ditempat praktek, Obat-obatan dan Tes Laboratorium yang dibutuhkan, SinarX, Fisioterapi, Pembedahan Tanpa Menginap.
- b. Batas jaminan ini adalah per Tahun Periode Polis sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

18. **Biaya Non Medis**

- a. Mengganti biaya-biaya yang tidak diperlukan secara medis, termasuk sabun mandi, tissue, pembalut, bedak, obat kumur, pasta gigi, sikat gigi, obat gosok (balsem, minyak angin), segala jenis susu, makanan bayi.
- b. Fasilitas tambahan yang disediakan oleh Rumah Sakit untuk kenyamanan seperti; penggunaan telepon dan faks, laundry, salon, dan lain-lain.
- c. Pembelian peralatan penunjang perawatan seperti thermometer, washlap, underpad dan lain-lain.
- d. Batas jaminan ini adalah per Satu Kejadian sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

19. **Santunan Kematian**

Memberikan santunan sesuai dengan Manfaat Asuransi apabila Peserta meninggal dunia oleh sebab apapun selama penyebabnya tidak termasuk pengecualian dalam Polis ini.

Penanggung akan membayarkan manfaat asuransi kepada Yang Ditunjuk melalui Pemegang Polis.

20. **Ketentuan Khusus Program Asuransi Rawat Inap**

a. **Ketentuan Kenaikan Kamar dengan sistem reimbursement**

Apabila Tertanggung dirawat di Kelas Kamar yang lebih tinggi dari haknya maka penggantian manfaat akan dihitung secara pro-rata dari hari pertama.

b. **Toleransi Kenaikan Kamar dengan sistem cashless**

i. Atas Permintaan Sendiri: penggantian manfaat akan dihitung secara pro-rata baik yang terjadi di Rumah Sakit rujukan maupun diluar Rumah Sakit rujukan.

ii. Apabila KELAS PERAWATAN di Rumah Sakit TERSEDIA tetapi dalam keadaan PENUH (sesuai pernyataan tertulis dari rumah sakit), maka kondisi yang berlaku adalah:

a. Peserta akan ditempatkan di kamar perawatan 1 (satu) tingkat lebih tinggi maksimum 2 x 24 jam sepanjang tidak melebihi batas tahunan yang telah ditetapkan. Apabila setelah 2 x 24 jam kamar perawatan belum tersedia maka peserta akan dipindahkan ke kamar perawatan yang lebih rendah dari hak peserta sampai dengan kamar sesuai hak Peserta telah tersedia.

b. Apabila dalam waktu 2 x 24 jam kamar sesuai hak peserta sudah tersedia maka Peserta harus pindah ke kamar sesuai hak, bila peserta tetap tidak menempati kamar sesuai haknya, maka penggantian manfaat secara pro-rata dari hari pertama perawatan.

c. Bila kamar sesuai hak peserta setelah 2 x 24 jam tetap penuh, maka Peserta dapat dipindahkan ke kamar perawatan yang lebih rendah dari hak peserta agar tetap mendapatkan penggantian as charge. Jika peserta tetap menempati kamar perawatan di kamar yang lebih tinggi haknya, maka penggantian manfaat secara pro-rata dari hari ketiga. Alternatif lainnya peserta dapat dipindahkan ke rumah sakit rekanan lainnya.

d. Ketentuan ini tidak berlaku untuk tindakan pembedahan elektif (dapat direncanakan).

iii. Apabila kelas perawatan di rumah sakit Provider sesuai hak peserta atau kamar perawatan di bawah hak peserta TIDAK TERSEDIA (sesuai pernyataan tertulis dari rumah sakit), maka Penanggung memberikan toleransi sebesar 25% atau Rp. 50.000,- (mana yang lebih rendah yang tersedia).

- a. Apabila harga kamar perawatan TIDAK MELEBIHI toleransi harga yang diberikan, maka biaya perawatan akan diberikan penggantian secara as charge.
- b. Apabila harga kamar perawatan MELEBIHI dari toleransi harga yang diberikan, maka manfaat toleransi harga menjadi tidak berlaku dengan sendirinya dan ketentuan yang berlaku adalah peserta dianggap telah menempati kamar perawatan lebih tinggi atas PERMINTAAN SENDIRI.



Pasal 2 - DOKUMEN KLAIM

Dokumen klaim yang diajukan oleh Peserta atau Pemegang Polis harus diserahkan kepada Penanggung dengan dilengkapi dokumen yang sah, antara lain sebagai berikut:

1. Dokumen Klaim Rawat Inap dan Rawat Jalan

- a. Formulir klaim Rawat Inap yang diisi lengkap oleh dokter yang merawat dilengkapi stempel dan tanda tangan dokter yang merawat.
- b. Kwitansi dan perincian biaya asli dari Rumah Sakit perihal Biaya-Biaya Rawat Inap, bermaterai sesuai ketentuan Pemerintah yang berlaku.
- c. Perincian penggunaan obat selama dirawat beserta biayanya.
- d. Perincian penggunaan penunjang medis beserta biayanya.
- e. Fotokopi hasil pemeriksaan penunjang.
- f. Surat Keterangan (Surat Koordinasi Manfaat) dan perincian Pembayaran Klaim dari Asuransi atau Pihak lain, jika klaim telah dibayar seluruhnya atau sebagian oleh Asuransi atau Pihak lain.

2. Dokumen Klaim Santunan Kematian

- a. Surat pengajuan klaim;
- b. Kartu Peserta Asuransi;
- c. Fotokopi legalisir surat keterangan meninggal dunia dari instansi yang berwenang;
- d. Surat keterangan dokter tentang sebab-sebab meninggal dunia Peserta;
- e. Fotokopi legalisir surat keterangan dari kepolisian dalam hal meninggal dunianya tidak wajar atau karena Kecelakaan;
- f. Fotokopi Identitas Diri Peserta dan ahli waris/penerima manfaat;
- g. Fotokopi Kartu Keluarga;

Penanggung berhak untuk meminta data pendukung lain jika diperlukan sehubungan dengan jaminan dalam Polis ini.

Polis asuransi ini telah disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan termasuk ketentuan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan.

Daftar Qualifying Medical Condition (QMC)

1. Aortic Aneurysm
2. Apallic Syndrome (Vegetative State)
3. Brain Tumor
4. Blindness
5. Bone Marrow Transplantation
6. Cardiomyopathy
7. Chronic Obstructive Pulmonary Disease
8. Chronic Relapsing Pancreatitis
9. Cirrhosis
10. Coronary Artery Bypass Surgery
11. Coronary Artery Disease (CAD)
12. Creutzfeld-Jacob Disease (CJD)
13. Cystic Fibrosis (CF)
14. (End Stage) Liver Disease
15. (End Stage) Lung Disease
16. (Fulminant) Viral Hepatitis
17. Heart Valve Surgery
18. Kidney Failure
19. Major Organ Transplantation
20. Medullary Cystic Disease
21. Motor Neuron Disease
22. Multiple Sclerosis
23. Muscular Dystrophy
24. Myasthenia Gravis
25. Myelodysplastic Syndrome (Myelodysplasia)
26. Necrotizing Fasciitis (Flesh Eating Disease)
27. Parkinson's Disease (PD)
28. Primary Pulmonary Arterial Hypertension
29. Progressive Muscular Atrophy (PMA)
30. Progressive Scleroderma
31. Pulmonary Arterial Hypertension
32. Surgery to Aorta
33. Systemic Lupus Erythematosus
34. Valvular Heart Disease
35. Bladder Cancer
36. Bone Cancer
37. Breast Cancer
38. Cervical Cancer
39. Colorectal Cancer
40. Esophageal Cancer
41. Eye Cancer
42. Gallbladder Cancer
43. Kidney Cancer
44. Leukemia
45. Liver Cancer
46. Lung Cancer
47. Lymphoma
48. Melanoma
49. Multiple Myeloma
50. Nasopharyngeal Cancer
51. Neuroblastoma
52. Non-Hodgkin's Lymphoma
53. Oral Cavity Cancer
54. Ovarian Cancer
55. Pancreatic Cancer
56. Prostate Cancer
57. Skin Cancer, non-Melanoma
58. Stomach Cancer
59. Testicular Cancer
60. Thyroid Cancer
61. Uterine Cancer
62. Vaginal Cancer
63. Liver failure
64. Cirrhosis
65. Hematological Disorders Aplastic Anemia
66. Hodgkin's disease (Pediatric)
67. Leukemia (Adult & Pediatrics)
68. Lymphoma (Adult & Pediatric)
69. Non-Hodgkin's Lymphoma (Adult & Pediatric)
70. Orthopaedic Disorders (Tumors) Benign / Malignant Bone Tumor Benign / Malignant Soft Tissue
72. Spine Disorders (multiple) Ankylosing Spondylitis
73. Herniated disc(s)
74. Spinal Tumor