

KETENTUAN POLIS M-SECURE

(Efektif per 1 Januari 2024)

PENDAHULUAN

KLAUSUL ASURANSI

Bahwa (para) tertanggung yang tercantum dalam daftar polis telah melengkapi proposal untuk asuransi ini, dan PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance (selanjutnya disebut Perusahaan) telah setuju untuk menerima proposal tersebut sehubungan dengan premi yang disetujui telah dibayarkan. Persyaratan dan ketentuan asuransi sebagaimana diajukan dan disetujui tersebut adalah sebagai berikut;

PERTIMBANGAN

Aplikasi beserta pertanyaan dan jawaban yang terkandung dalam Aplikasi adalah dasar dari kontrak asuransi dan dimasukkan ke dalam Polis ini. Pengaruh dimasukkannya pertanyaan dan jawaban yang terkandung dalam Aplikasi adalah untuk membuat kebenaran dan keakuratan jawaban yang diberikan atas pertanyaan yang diajukan sebagai prasyarat untuk keabsahan Polis tersebut.

TANGGAL, JANGKA WAKTU DAN PREMI POLIS

Setelah pembayaran premi pertama, Polis ini berlaku terhitung dari Tanggal Polis sebagaimana tercantum di dokumen polis. Kecuali ditentukan lain, jangka waktu polis ini adalah 12 bulan terhitung sejak Tanggal Polis. Polis ini tidak berlaku setelah berakhirnya jangka waktu asuransi, kecuali sebagaimana ditentukan dalam “Masa Tenggang” (mengenai pemulihan polis, lihat “ketentuan Pemulihan Polis” di bawah klausa Penjaminan Kesehatan).



PREMI DAN PREMI PERPANJANGAN

Premi ditentukan berdasarkan usia (para) tertanggung pada hari pertama jangka waktu asuransi, tabel tarif yang berlaku pada tanggal jatuh tempo premi, pekerjaan, tempat tinggal, status keluarga, kondisi fisik, psikologi atau emosi serta berdasarkan pengalaman klaim sebelumnya. Premi perpanjangan dan persyaratannya tunduk pada penyesuaian atas kebijaksanaan Perusahaan.

JAMINAN PERPANJANGAN POLIS

Perusahaan menjamin bahwa Polis ini dapat diperpanjang dari tahun ke tahun oleh tertanggung dengan tarif sebagaimana diberitahukan Perusahaan sebelum tanggal perpanjangan. Adapun merupakan kewajiban tertanggung untuk memberitahukan Perusahaan secara tertulis sebelum tanggal perpanjangan mengenai maksudnya untuk memperpanjang asuransi ini. Se jauh Perusahaan tidak menerima pemberitahuan perpanjangan secara tertulis sebelum tanggal perpanjangan, maka Perusahaan tidak berkewajiban untuk memperpanjang polis ini.

14-HARI FREE LOOK

Pemegang Polis diberikan waktu selama 14 hari untuk mempelajari Polis terhitung sejak Tanggal Polis Berlaku. Jika Pemegang Polis tidak setuju dengan ketentuan Polis, maka Pemegang Polis wajib memberitahukan hal tersebut kepada Perusahaan dan mengembalikan dokumen Polis kepada Perusahaan. Perusahaan akan mengembalikan Premi yang telah dibayar setelah dikurangi biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan penerbitan Polis.



SYARAT & KONDISI

1. DEFINISI

1.1. Ahli Anestesi

Seorang Dokter ahli anestesiologi yang memiliki izin untuk melakukan praktek anestesiologi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku di negara dimana ia praktek.

1.2. Ahli Tulang

Seseorang yang mengkhususkan diri di dalam pengaturan tulang dan memiliki ijin atau terdaftar untuk melakukan praktek dalam perbaikan tulang berdasarkan hukum dan peraturan yang relevan dalam suatu Negara tempat ia praktek.

1.3. Aksi Terorisme

Suatu perbuatan yang melibatkan kekerasan atau penggunaan kekerasan atau dan tidak, dan/atau ancaman atau persiapan daripadanya, dari seseorang atau kelompok orang, apakah bertindak sendiri atau atas nama atau dalam hubungannya dengan setiap organisasi atau pemerintahan, berkomitmen untuk tujuan politik, agama, ideologi atau alasan etnis, termasuk niat untuk mempengaruhi pemerintah dan/atau untuk menempatkan masyarakat atau bagian daripada masyarakat pada rasa ketakutan.

1.4. Alat Transportasi Umum

Semua alat angkut umum seperti pesawat bermesin ganda, bus, kereta api, kapal, hovercrafts, kapal feri, dan taxi yang berlisensi untuk mengangkut penumpang yang membayar ongkos dan kereta penumpang yang diatur oleh agen perjalanan dan bukan merupakan kendaraan pribadi yang digunakan sebagai angkutan umum.



1.5. **Amerika Utara**

Kanada, Amerika Serikat, Mexico dan Kepulauan Karibia.

1.6. **Anak**

Orang di bawah umur berdasarkan Undang-Undang Negara Kesatuan Republik Indonesia atau pelajar penuh waktu yang berusia tidak lebih dari 23 tahun dan belum menikah. Anak termasuk anak tiri atau anak angkat sah secara hukum. Anak tidak dapat memiliki tingkat manfaat yang lebih tinggi dari orang tua atau walinya, apabila tingkat manfaat berbeda, maka tingkat manfaat Anak harus yang lebih rendah.

1.7. **Anggota Keluarga Dekat**

Istri sah/suami sah Tertanggung, anak-anak (kandung atau adopsi), saudara kandung, saudara ipar, orang tua, mertua, kakek-nenek, cucu, wali hukum, orang tua tiri atau anak tiri.

1.8. **Aplikasi**

Formulir pengajuan yang ditandatangani oleh pemegang polis dan setiap Tertanggung (jika Tertanggung berbeda dari Pemegang Polis) dimana pemegang polis mengajukan agar setiap tertanggung dijamin dibawah polis ini dan formulir aplikasinya merupakan bagian dari Polis ini.

1.9. **Bedah Kosmetik dan Rekonstruktif**

Pembedahan rekonstruktif atau pembedahan yang secara medis tidak diperlukan atau yang dilakukan terutama untuk memperbaiki atau dengan tujuan utama meningkatkan penampilan seseorang atau orang yang bersangkutan menganggap atau yakin pembedahan tersebut akan memperbaiki penampilan dan mencakup semua pembedahan yang diperlukan untuk alasan psikologis, proses adaptasi dan kepuasan pribadi sehubungan dengan cacat yang dijamin dalam polis ini.



1.10. Ahli Bedah

Seseorang yang mempunyai kualifikasi oleh pendidikan dan berlisensi atau terdaftar untuk berpraktek bedah di dalam Undang-Undang dimana ia berpraktek.

1.11. Biaya Ahli Bedah

Merupakan biaya yang dikenakan ahli bedah untuk tindakan pembedahan guna mengobati dan merawat suatu keadaan cacat. Biaya ini termasuk konsultasi pra-bedah, kunjungan di rumah sakit dan perawatan paska operasi normal serta biaya yang normal, biasa dan umum.

1.12. Biaya Aneka Perawatan

Termasuk biaya layak untuk pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, sinar-x, biaya profesional, obat-obatan yang ditentukan, darah dan plasma, sewa kursi roda, tongkat, operasi rawat jalan, peralatan pembedahan dan peralatan prostesis standar intra-operatif, atau sebagaimana disetujui Penanggung.

1.13. Biaya Layak

Biaya untuk pengobatan, perawatan dan jasa sesuai dengan daftar manfaat, yang secara medis dibutuhkan untuk pengobatan suatu ketidakmampuan yang ditanggung dalam polis, dan tidak dibayar oleh asuransi lain.

1.14. Biaya yang Normal, Biasa dan Umum

Biaya, pengeluaran atau tagihan untuk jasa medis atau kesehatan yang dianggap normal, biasa dan umum apabila sesuai dengan etika bisnis standar sehubungan dengan pemberitahuan terlebih dahulu dan konsisten dengan biaya-biaya dan pengeluaran yang berlaku yang ditentukan untuk suatu jasa yang dijamin sehubungan dengan lokasi wilayah geografis oleh mereka yang berada dalam profesi yang serupa.



1.15. **Biaya Profesional**

Biaya yang dapat dibayarkan untuk jasa medis profesional berlisensi seperti ahli terapi okupasi, ahli fisioterapi, ahli akupuntur, ahli gizi, dokter yang merawat (kecuali ahli bedah), ahli patologi dan radiologi.

1.16. **Cacat**

Suatu penyakit atau cedera, dan setiap gejala, sisa gejala atau komplikasi dari padanya yang membutuhkan perawatan medis yang berkelanjutan dimana perawatan tersebut terjadi dalam jarak waktu kurang dari satu tahun.

1.17. **Cacat Total Permanen**

Keadaan cacat total yang menghalangi Tertanggung melakukan usaha atau melaksanakan pekerjaannya yang bersifat apapun juga untuk jangka waktu lebih dari 52 minggu berturut-turut dan pada saat berakhirnya jangka waktu yang melebihi harapan perbaikan

1.18. **Cedera**

Kerusakan fisik yang timbul seluruhnya dan secara eksklusif dari suatu peristiwa kekerasan, bersifat eksternal dan secara jelas terlihat.

1.19. **Dibutuhkan secara Medis**

Dibutuhkan untuk perawatan atau pelayanan medis dari kecelakaan atau penyakit yang dijamin dimana:

- a) konsisten dengan diagnosa dan perawatan medis biasa untuk kecelakaan atau penyakit yang dijamin;
- b) sesuai dengan praktek medis yang sesuai dan wajar;
- c) bukan untuk kenyamanan dari Pemegang polis, Tertanggung atau setiap individu yang terkait dengannya atau individu yang merupakan bagian dari keluarganya; dan



d) diperlukan untuk dapat dilakukan operasi dengan aman, perawatan dan/atau pelayanan medis yang tidak dapat diberikan secara aman tanpa perawatan inap, dalam hal perawatan inap.

1.20. **Dokter Gigi**

Seorang yang memiliki kualifikasi dengan gelar dan memiliki lisensi atau terdaftar di dalam praktek kedokteran gigi di bawah undang-undang dan peraturan Negara dimana ia melakukan praktek.

1.21. **Dokter**

Orang yang memenuhi syarat dengan gelar dan berlisensi atau terdaftar untuk praktek kedokteran di bawah undang-undang dan peraturan Negara dimana dia berpraktek. Dokter yang merawat bertanggung jawab atas perawatan medis dari suatu penyakit seorang tertanggung dan bukan seorang tertanggung, anggota keluarga dekat, atau teman perjalanan.

1.22. **Formulir Klaim**

Formulir yang disediakan oleh Perusahaan guna pengajuan sebuah klaim.

1.23. **Keadaan Darurat**

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

1.24. **Kecelakaan**

Suatu peristiwa yang terjadi diluar kekuasaan Tertanggung dan disebabkan oleh kekerasan, bersifat eksternal dan secara jelas terlihat. Kecelakaan tersebut terjadi ketika seorang Tertanggung dijamin di dalam polis ini



1.25. **Koasuransi**

Bagian yang menjadi kewajiban Tertanggung yang dinyatakan dalam bentuk persentase sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat setelah dikurangi berbagai Deductible.

1.26. **Kondisi Kongenital, Cacat Bawaan**

Kelainan fisik atau mental yang:

- a) sudah ada saat lahir atau
- b) yang terjadi dalam waktu enam (6) bulan sejak tanggal lahir.

1.27. **Kondisi Yang Ada Sebelumnya (Pre-existing Condition)**

Setiap kondisi yang:

- a) sudah ada sebelum Tanggal Berlakunya Polis terkait dengan Tertanggung, yang menunjukkan tanda-tanda atau gejala yang sudah diketahui atau seharusnya diketahui oleh Tertanggung; atau
- b) perawatan, pengobatan, saran atau diagnosanya telah diminta atau diterima sebelum dimulainya Polis oleh Tertanggung; atau
- c) yang keberadaannya telah diketahui oleh Tertanggung sebelum dimulainya Polis, terlepas dari apakah perawatan, pengobatan, nasihat atau diagnosis sudah diminta atau diterima.

1.28. **Jasa Pengangkutan**

Sebuah perusahaan jasa pengangkutan atau melakukan pengangkutan yang bisnis utamanya adalah melakukan pengangkutan penumpang dan/atau kargo melalui udara, laut dan darat untuk disewakan atau secara cuma-cuma dan yang diberi ijin atau bersertifikat dalam semua wilayah hukum dimana usaha tersebut dijalankan untuk tujuan tersebut.



1.29. Masa Tenggang

Masa Tenggang selama tiga puluh (30) hari diberikan pada seluruh pembayaran premi setelah tahun polis pertama. Selama masa tenggang tersebut, Polis tetap berlaku dengan ketentuan bahwa premi untuk tahun polis berikutnya dibayar.

1.30. Masa Tunggu

Manfaat baru akan berlaku untuk penyakit yang timbul setelah 30 hari dari periode polis pertama. Manfaat kecelakaan sesuai dengan kecelakaan yang dapat dijamin, yang terjadi sesaat setelah tanggal efektif, dapat dijamin sesegera mungkin. Beberapa penyakit yang timbul pada saat tersebut dapat dianggap Perusahaan sebagai Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya.

1.31. Negara Domisili (Negara Asal)

Negara dimana Tertanggung atau anak, yang terdaftar, sebagai penduduk yang tidak lebih dari 6 bulan dalam satu tahun Polis dan dimana dinyatakan dalam Aplikasi atau perubahan dalam lampiran yang diterbitkan oleh Perusahaan sebagai Negara Domisili.

1.32. Obat-obatan

Obat-obatan untuk mana resep dokter diperlukan dan diperoleh dan yang secara khusus diresepkan untuk pengobatan suatu Penyakit atau Cedera yang ditanggung.

1.33. Orang Yang Layak

- a) Seseorang yang bukan anak; atau
- b) Seorang anak yang merupakan atau akan menjadi seorang Tertanggung, yang memiliki orang tua.



1.34. Pasien Rawat Inap

Tertanggung menjadi pasien rawat inap jika dirawat untuk jangka waktu yang berkelanjutan tidak kurang dari 8 jam sebagai pasien menginap yang terdaftar di Rumah Sakit. Jangka waktu yang berkelanjutan tersebut selanjutnya disini disebut perawatan.

1.35. Pembedahan

Prosedur bedah untuk mengkoreksi kelainan dan gangguan fisik, memperbaiki cedera atau diagnosa atau menyembuhkan suatu penyakit dan dampak fisik yang buruk atas seorang Tertanggung.

1.36. Pemegang Polis

Seseorang/sebuah lembaga untuk siapa Polis diterbitkan sehubungan dengan asuransi untuk orang-orang yang namanya tercantum secara spesifik sebagai Tertanggung/para Tertanggung. Pemegang Polis harus berusia lebih dari 18 tahun ketika menandatangani aplikasi.

1.37. Penyakit

Kondisi fisik yang ditandai penyimpangan patologis dari keadaan sehat yang normal.

- a) yang dimulai atau terjadi setelah tiga puluh (30) hari sejak tanggal efektif polis.
- b) yang membutuhkan perawatan oleh dokter umum, dokter spesialis atau dokter bedah; dan
- c) yang dijamin dalam polis ini

1.38. Penyakit-penyakit Khusus

Penyakit-penyakit berikut ini:

- a) Penyakit jantung dan pembuluh darah (termasuk Hipertensi dan Stroke)
- b) Segala jenis Tumor dan Kanker (termasuk Kista, Polip, dan Leukimia)
- c) Diabetes Mellitus dan komplikasinya

- d) Kelainan lemak dalam darah (Hiperkolesterol)
- e) Gagal Ginjal Kronis atau Terminal
- f) Gagal Hati Kronis atau Terminal
- g) Hernia Nucleus Pulposus (terjepit saraf tulang belakang)
- h) Katarak

1.39. Penyakit Kejiwaan

Kelainan mental atau saraf yang memenuhi kriteria untuk diklasifikasikan menurut sistem klasifikasi internasional seperti Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) atau International Classification of Diseases (ICD). Kelainan harus terkait dengan kesulitan saat ini, atau gangguan yang cukup besar dalam hal kemampuan individu untuk berfungsi dalam aktivitas hidup utama (misalnya kerja). Kondisi tersebut harus menunjukkan secara klinis, bukan sekedar tanggapan yang diperkirakan terhadap kejadian tertentu seperti berkabung, masalah hubungan atau masalah akademik dan akulturasi.

1.40. Perawat di Rumah

Biaya yang dapat dibayarkan untuk asuhan keperawatan (bukan bantuan pribadi) yang diberikan oleh seorang perawat berlisensi di rumah segera setelah keluar dari Rumah Sakit, dan harus disertifikasi oleh Dokter yang merawat dan secara medis diperlukan.

1.41. Perawatan atau Pemeliharaan Paliatif

Perawatan yang diberikan:

- a) Terutama untuk kebutuhan pribadi, kenyamanan atau kemudahan yang dapat diberikan oleh orang-orang yang memiliki atau tidak memiliki pelatihan khusus medis atau keahlian medis.
- b) Juga termasuk perawatan yang diberikan khusus untuk memelihara, bukannya memperbaiki, suatu fungsi mental atau fisik, atau untuk memberikan lingkungan yang nyaman.

1.42. **Perawatan Lanjutan**

Perawatan yang diperintahkan oleh Dokter yang merawat pada saat rawat inap, termasuk konsultasi tindak lanjut, obat-obatan yang sesuai, tes diagnostik dan fisioterapi. Jaminan dibatasi hanya untuk perawatan tindak lanjut dari kondisi medis khusus dimana Tertanggung menerima pengobatan rawat inap yang dijamin oleh Polis. Pengobatan tindak lanjut termasuk konsultasi rawat jalan rutin dan pengobatan jangka panjang untuk kondisi medis yang kronis. Batasan hari adalah 45 hari sebelum dan 45 hari sesudah rawat inap.

1.43. **Periode Asuransi**

Periode yang tertera pada Polis sebagai periode asuransi atau periode perpanjangan polis dan seterusnya, selama polis tersebut berlaku.

1.44. **Perusahaan**

PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance.

1.45. **Polis, Daftar Manfaat, Aplikasi dan Endorsemen sebagai Satu Kontrak**

Polis, proposal dan aplikasi untuk itu, serta segala daftar dan endosemen terlampir merupakan satu kesatuan kontrak yang tidak dapat dipisahkan dan dibaca sebagai satu kontrak. Perubahan dalam Polis ini harus disetujui pejabat eksekutif Perusahaan dan persetujuan tersebut harus diendorse atau dilampirkan pada Polis ini. Jika arti khusus dimaksudkan untuk suatu kata atau rangkaian kata dalam Polis ini, atau Daftar Manfaat, Aplikasi atau Endosemen, maka arti khusus tersebut berlaku untuk seluruh kontrak.

1.46. **Psikiater**

Seorang Dokter spesialis Kesehatan Jiwa.



1.47. Psikolog

Seorang yang ahli dalam ilmu Psikologi dan memiliki lisensi untuk melakukan praktek Psikologi Klinis.

1.48. Rehabilitasi

Perawatan dalam bentuk kombinasi berbagai terapi, seperti terapi fisik, kerja dan wicara yang ditujukan bagi pemulihan fungsi total setelah kejadian akut yang mengharuskan pasien menjalani rawat inap. Rehabilitasi berdasarkan rekomendasi tertulis oleh dokter yang merawat dan untuk menghindari keraguan, rehabilitasi harus dimulai selama rawat inap atau dalam empat belas (14) hari segera setelah rawat inap.

1.49. Rumah Sakit

Sebuah institusi yang secara sah memiliki lisensi sebagai tempat berobat atau rumah sakit untuk pembedahan di negara dimana ia berada dan yang fungsi utamanya bukanlah sebagai spa, hidroklinik, sanatorium, tempat perawatan, panti jompo, pusat rehabilitasi, tempat untuk pecandu alkohol atau pecandu narkoba. Rumah Sakit harus selalu berada dibawah pengawasan Dokter tetap.

1.50. Spesialis

Seorang Dokter yang mengkhususkan diri di suatu jenis pengobatan

1.51. Tahun Polis

Tahun kalender dimulainya Tanggal Efektif Polis atau ulang tahun polis.

1.52. Tanggal Efektif Polis

Pukul 00.00 tengah malam (waktu Negara Domisili) pada hari pertama Periode Asuransi.

1.53. Tanggal Perpanjangan

Tanggal yang ditentukan dalam manfaat polis sebagai tanggal perpanjangan.

1.54. Tarif Jangka Pendek

- a) Untuk jangka waktu tidak lebih satu bulan: 20% dari premi tahunan.
- b) Untuk setiap bulan berikutnya: 10% dari premi tahunan.
- c) Untuk jangka waktu lebih dari 8 bulan: 100% dari premi tahunan

Untuk menghindari keraguan, premi untuk penambahan Tertanggung selama masa pertanggungan tidak berhak mendapatkan pengembalian dan setiap hutang dalam Polis ini akan dikurangi dari premi yang harus dikembalikan.

1.55. Tempat Umum

Lokasi yang dapat di akses secara umum (seperti tempat parkir, jalan, taman, kawasan lingkungan, stasiun bis, bandara, stadion olahraga atau pusat perbelanjaan) termasuk transportasi umum dalam bentuk apapun atau tempat atau lokasi sejenis lainnya.

1.56. Tertanggung

Tertanggung berdasarkan Polis ini adalah mereka yang namanya tercantum dan tertulis dipolis, tunduk pada ketentuan dipolis untuk orang yang layak (Apabila Tertanggung diikutsertakan atau dikurangi maka dapat disebut sebagai “penambahan atau pengurangan”).

1.57. “Persistent Vegetative State”

- a) sebuah penurunan kesadaran yang berat dimana Tertanggung yang mengalami kerusakan neurologis berada dalam keadaan terstimulasi sebagian daripada benar-benar sadar, meskipun tanda-tanda dasar seperti membuka mata, menelan dan pernafasan spontan dan semacamnya tetap kuat;
- b) Kondisi ini harus telah berlangsung selama setidaknya empat (4) minggu tanpa tanda-tanda perbaikan, ketika semua upaya layak masih dilakukan untuk meringankan kondisi ini.



1.58. Manfaat Bantuan Darurat

Ketika seorang Tertanggung sakit atau cedera dimana:

- a) Tidak dapat dirawat secara aman di lokasi dimana penyakit dan cedera terjadi;
- b) Tidak mampu bepergian sebagai penumpang yang duduk diatas alat transportasi umum atau pribadi tanpa ditemani;
- c) Membutuhkan bantuan medis atau pembedahan secara mendesak dan segera untuk mencegah kerusakan serius lebih lanjut dari kondisi fisik Tertanggung, kemudian Perusahaan akan mengganti biaya Transportasi dan biaya-biaya lainnya (selama tidak melebihi jumlah yang tertera di dalam daftar manfaat polis) yang mungkin timbul secara beralasan yang menyebabkan terjadinya evakuasi medis ke fasilitas medis terdekat dengan menggunakan alat transportasi yang paling ekonomis, asalkan seluruh pengaturan telah disetujui terlebih dahulu oleh perusahaan atau perusahaan yang ditunjuk untuk menyediakan bantuan. Sejauh Tertanggung bertindak tanpa persetujuan Perusahaan terhadap pengaturan perjalanan atau biaya lainnya yang timbul sehubungan dengan dugaan evakuasi medis, maka Perusahaan berhak untuk menolak klaim tanpa penjelasan.



PENJAMINAN KESEHATAN

2. Jangka Waktu

- 2.1. Setiap Periode Asuransi dimulai pada pukul 00:00 pada hari pertama dan berakhir pada pukul 24:00 pada hari terakhir (waktu setempat di Negara Tempat Tinggal Tertanggung).
- 2.2. Kecuali dimana Perusahaan telah menyetujui secara tertulis bahwa pembayaran premi berdasarkan Polis ini dapat dibayarkan secara berkala, tidak akan ada penjaminan dibawah Polis ini sampai semua premi terbayar. Ketika seluruh premi tersebut dibayar, penjaminan di bawah polis ini akan dimulai pada hari pertama dari Periode Polis sesuai dengan syarat dan ketentuan (termasuk pengecualian) dari polis ini dan selanjutnya tidak termasuk:
 - a) Setiap ketidakmampuan yang tanda-tandanya atau gejalanya dimulai sebelum tanggal dimana premi tersebut dibayar yang sadar atau seharusnya telah disadari oleh Tertanggung, untuk menghindari keraguan ketika premi tersebut dibayarkan, jaminan dalam Polis ini akan dimulai pada hari pertama masa pertanggungan sesuai dengan syarat dan ketentuan (termasuk Pengecualian) dari Polis ini dan
 - b) Setiap penyakit yang dimulai atau bermanifestasi selama tiga puluh (30) hari setelah tanggal dimana premi tersebut dibayarkan.
- 2.3. Jika pembayaran premi berdasarkan Polis ini dapat dibayarkan secara berkala, penjaminan dibawah Polis ini akan berakhir dan tidak akan ada jaminan lebih lanjut yang akan diberikan berdasarkan polis ini. Selanjutnya, Perusahaan berhak untuk meminta ganti rugi dari setiap premi yang tidak dibayarkan secara berkala terhadap segala manfaat yang menjadi hutang di bawah ini.

3. Usia Minimum Pendaftaran

Setiap orang yang ditanggung berdasarkan Polis ini harus mencapai usia 15 hari.



4. Pembatalan

Pemegang Polis dapat membatalkan Polis ini sewaktu-waktu dengan memberitahukan Perusahaan mengenai maksud tersebut dalam bentuk surat tercatat yang ditujukan ke pusat pelayanan Perusahaan atau kantor pusat Perusahaan, 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 Perusahaan yang diperhitungkan berdasarkan tarif Jangka Pendek. Tanggal berlakunya pembatalan adalah sesuai dengan persetujuan dan konfirmasi dari Perusahaan Polis ini hanya dapat dibatalkan oleh Perusahaan melalui pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis di alamat terakhir yang diketahui dalam hal terjadi salah satu peristiwa di bawah ini:

- a) pernyataan yang salah mengenai usia Tertanggung yang bersangkutan;
- b) pernyataan atau pemberitahuan yang salah, baik karena tidak disengaja ataupun disengaja, atas kondisi fisik atau mental Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan;
- c) tidak memberitahukan atau lalai untuk memberitahukan informasi dan fakta penting mengenai kondisi fisik atau mental Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan;
- d) lalai untuk memberitahukan atau mengungkapkan pekerjaan atau lapangan pekerjaan atau perubahan pekerjaan atau lapangan pekerjaan Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan;
- e) lalai untuk memberitahukan perubahan alamat ke luar negeri Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan.

Jika kelalaian tersebut mempengaruhi perubahan keputusan underwriting, maka Perusahaan dapat membatalkan Polis secara sepihak per awal Polis atau dalam hal pembatalan oleh Perusahaan, Pemegang Polis berhak atas pengembalian premi, dikurangi jumlah yang harus dibayarkan kepada Perusahaan yang diperhitungkan berdasarkan tarif Jangka Pendek.



5. Premi

- 5.1. Premi dan hutang termasuk tetapi tidak terbatas pada premi untuk penambahan Tertanggung dan tagihan kembali dari tahun polis sebelumnya dibayarkan pada hari pertama Periode Asuransi.
- 5.2. Jumlah premi yang dibayarkan dihitung berdasarkan usia dari setiap Tertanggung di hari pertama di setiap Periode Asuransi, metode untuk menghitung usia asuransi berdasarkan pada hari ulang tahun terdekat seorang Tertanggung. Tabel tarif ditentukan oleh Perusahaan yang berlaku pada tanggal premi jatuh tempo, dan faktor lainnya yang dianggap relevan oleh Perusahaan.
- 5.3. Perusahaan dapat merevisi jumlah premi yang dibayar pada saat pembaharuan atau dimulainya kembali Polis ini berdasarkan tabel tarif yang berlaku, sejarah klaim Tertanggung dan faktor lainnya yang dianggap relevan oleh perusahaan.
- 5.4. Premi dinyatakan telah dibayar, jika:
 - a) Apabila premi dibayarkan secara tunai maka saat pembayaran premi adalah saat uang tunai diterima oleh perusahaan.
 - b) Apabila premi dibayarkan secara transfer maka saat pembayaran premi adalah saat dana diterima di rekening perusahaan.
 - c) Apabila premi dibayarkan secara cheque/ giro bilyet maka saat pembayaran premi adalah saat cheque/ giro bilyet dapat diuangkan oleh perusahaan.
 - d) Apabila premi dibayarkan secara pendebitan kartu kredit maka saat pembayaran premi adalah saat pendebitan berhasil dilakukan oleh perusahaan.

6. Bahasa Polis

Bahasa polis adalah bahasa Indonesia. Apabila terdapat penjelasan dengan menggunakan bahasa asing maka hal tersebut merupakan terjemahan dan bukan kontrak yang mengikat kedua belah pihak.

7. Mata Uang Polis

Semua pembayaran santunan dilakukan dalam mata uang Rupiah Indonesia.

8. Penangguhan dan Pemulihan Jaminan

- 8.1. Sesuai dengan klausa 4 dan tanpa mengurangi hak-hak Perusahaan untuk menghindari atau perlindungan apa pun dalam Polis ini, jaminan dalam Polis ini untuk semua Tertanggung akan terus berlaku selama Masa Tenggang untuk semua premi yang harus dibayar dalam Polis ini sehubungan dengan Tahun Polis yang bersangkutan. Jika premi apapun tidak dibayar kepada dan diterima oleh Perusahaan sebelum akhir Masa tenggang, semua perlindungan dalam Polis ini akan ditangguhkan dan pembayaran premi setelah berakhirnya Masa tenggang akan dianggap sebagai pengajuan aplikasi untuk memulihkan jaminan Polis ini.
- 8.2. Setiap pemberian tanda terima oleh Perusahaan untuk pembayaran premi tergantung pada apakah Perusahaan telah menyetujui aplikasi pemulihan jaminan dan tidak ada tanda terima yang dapat dianggap sebagai konfirmasi dari pemulihan jaminan dan sampai aplikasi tersebut telah diterima dan konfirmasi telah diterbitkan sesuai dengan ketentuan klausa 8.4. tidak ada jaminan yang dapat disediakan di bawah polis ini.
- 8.3. Perusahaan mungkin membutuhkan informasi tambahan atau dokumentasi tambahan untuk mendukung aplikasi pemulihan jaminan. Jika informasi atau dokumentasi tidak diberikan, perlindungan dalam Polis ini akan terus ditangguhkan dan Perusahaan dapat mengembalikan uang premi yang sudah dibayar sehubungan dengan Tahun Polis yang bersangkutan.
- 8.4. Pemulihan kembali perlindungan dalam Polis ini diberikan secara sepihak oleh Perusahaan dan hanya dapat dibertakukan dengan konfirmasi tertulis dari perusahaan.
- 8.5. Dengan tetap mempertimbangkan ketentuan lainnya dari Polis ini, jika perlindungan dalam polis ini dipulihkan kembali setelah periode penangguhan, tidak ada manfaat yang boleh diberikan terkait dengan:
 - a) cedera yang terjadi pada saat periode penangguhan perlindungan dalam Polis ini; atau



b) Penyakit yang dimulai atau timbul pada hari dimana perlindungan Polis ini ditangguhkan atau selama sepuluh (10) hari sejak dilanjutkannya perlindungan dalam Polis ini.

9. **Pembayaran Manfaat/Santunan**

Jika Tertanggung mengeluarkan biaya layak selama Jangka Waktu Asuransi, maka Perusahaan akan membayar santunan sesuai dengan yang tertera dalam Daftar Manfaat. Dalam Daftar Manfaat yang memiliki nilai deductible atau koasuransi, Perusahaan akan membayar Biaya Layak yang melebihi nilai deductible yang ditentukan untuk tahun tersebut, dikurangi persentase koasuransi yang berlaku. Seluruh santunan dibayar kepada Pemegang Polis, Tertanggung atau ke Ahli waris Tertanggung jika diberitahukan secara tertulis oleh Pemegang Polis. Perusahaan dapat, atas pilihannya sendiri, membayar pemberi jasa yang diminta secara tertulis oleh Tertanggung atau Pemegang Polis.

10. **Kepemilikan Absolut**

Kecuali ditentukan lain secara tegas dengan suatu endorsemen, Perusahaan berhak untuk memperlakukan Pemegang Polis sebagai pemilik absolut atas Polis ini dan tidak terikat untuk mengakui klaim peradilan atau klaim yang lain atau kepentingan lain dalam Polis. Penerimaan oleh pemegang Polis (atau wakil yang sah dari Pemegang Polis) merupakan pembebasan penuh atas kewajiban untuk membayar santunan sebagaimana dapat timbul disini. Setiap orang atau badan yang tidak termasuk pihak dalam polis ini tidak memiliki hak untuk memaksakan setiap syarat dalam polis ini.

11. **Penerus Tertanggung**

a) Jika Pemegang Polis adalah individu dan lalu meninggal dunia, pasangan dari pemegang polis (jika ia adalah seorang tertanggung)/perwakilan pribadi pemegang polis, akan menjadi pemegang polis.



b) Jika Pemegang Polis adalah suatu badan hukum dan lalu badan hukum tersebut ditutup (selain daripada sebuah rekonstruksi), maka Polis ini akan dibatalkan dan premi yang sudah dibayarkan akan dikembalikan dengan ketentuan yang sama dengan jika polis dibatalkan seperti yang tercantum pada klausa 4.

12. Klaim

Semua klaim harus diajukan kepada Perusahaan dalam waktu enam puluh (60) hari sejak penyelesaian peristiwa untuk mana klaim tersebut diajukan. Kelalaian untuk mengajukan klaim dalam waktu yang ditentukan tidak berdampak terhadap klaim yang dimaksud jika secara wajar tidak mungkin untuk mengajukan klaim itu dalam waktu yang ditentukan tersebut. Dalam setiap hal, tidak ada klaim yang dibayar jika tidak diajukan dalam waktu 180 hari sejak penyelesaian peristiwa untuk mana klaim tersebut diajukan. Suatu klaim dianggap tidak lengkap dan layak untuk pembayaran santunan kecuali segala tagihan, sertifikat, informasi, dan bukti sebagaimana dapat ditentukan secara wajar oleh Perusahaan sehubungan dengan klaim tersebut diajukan dan disetujui Perusahaan. Hanya biaya nyata sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat dipertimbangkan untuk dibayarkan.

13. Klaim Yang Curang / Klaim Yang Tidak Berdasar / Kelalaian Untuk Memberitahukan Informasi

Dalam hal terjadinya sebuah kesalahan atas suatu pernyataan penting oleh karena sesuatu yang disengaja maupun yang tidak disengaja mengenai keadaan kesehatan, pekerjaan, kegemaran, tempat tinggal atau usia Tertanggung saat mengajukan permohonan untuk asuransi, atau mengajukan klaim yang tidak berdasar untuk memperoleh santunan, maka Perusahaan berhak untuk segera membatalkan Polis ini dengan pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis atau ke alamat terakhir yang diketahui dari Tertanggung, dan Perusahaan dalam keadaan tersebut tidak berkewajiban untuk mengembalikan premi apapun yang secara lain masih terakredit kepada

Tertanggung atau Pemegang Polis. Selanjutnya, jika ada klaim berdasarkan polis ini dan dari segi apapun ternyata curang atau tidak berdasar, maka segala manfaat dan santunan yang telah dibayarkan dan/atau akan dibayar sehubungan dengan klaim tersebut menjadi batal dan (jika sesuai) harus dikembalikan kepada Perusahaan.

14. **Endorsemen**

Segala perubahan terhadap persyaratan dan ketentuan Polis ini tidak berlaku kecuali dilakukan perubahan dengan ditandatangani oleh pejabat atau pihak yang berwenang lainnya dari Perusahaan.

15. **Penambahan**

Setiap Pihak lainnya akan menjadi pihak Tertanggung apabila Perusahaan menerima dan menyetujui permintaan tertulis Pemegang Polis untuk itu dan dengan ketentuan bahwa premi tambahan sebagaimana disyaratkan dibayar sebagaimana mestinya.

16. **Koordinasi Manfaat**

Dalam hal suatu biaya layak atau bagian daripadanya ternyata dapat dibayar berdasarkan polis asuransi lain, maka santunan untuk bagian tersebut menjadi batal demi hukum. Selanjutnya, adapun merupakan kondisi preseden untuk setiap kewajiban Perusahaan disini bahwa seorang Tertanggung harus memberitahukan Perusahaan mengenai asuransi lain tersebut dan menyerahkan kepada Perusahaan salinan manfaat asuransi tersebut. Tertanggung juga harus menyerahkan kepada Perusahaan salinan kwitansi dan rincian biaya yang telah dilengkapi beserta rincian biaya yang telah ditanggung oleh asuransi lain.



17. Manfaat Bantuan Seluruh Dunia

- 17.1. Kerjasama telah dibuat dengan beberapa perusahaan yang ditunjuk untuk menyediakan bantuan dengan segera untuk:
- Konsultasi dan evaluasi medis
 - Rujukan Dokter dan Rumah Sakit
 - Verifikasi jaminan asuransi
 - Koordinasi pembayaran manfaat
 - Evakuasi darurat
- 17.2. Perusahaan akan membayar manfaat evakuasi darurat untuk menjamin biaya perjalanan dan transportasi yang dikeluarkan untuk evakuasi medis yang diperlukan ketika Tertanggung:
- a) tidak dapat dengan aman dirawat di lokasi di mana Ketidakmampuan terjadi; dan
 - b) tidak mampu melakukan perjalanan sebagai penumpang yang tidak ditemani, dan penumpang duduk di atas alat transportasi umum atau transportasi pribadi; dan
 - c) dapat dibawa ke fasilitas medis terdekat yang cocok, dengan menggunakan alat transportasi paling ekonomis yang dapat digunakan tanpa membahayakan kehidupan atau kesehatan. Seluruh pengaturan tersebut harus dilakukan melalui perusahaan yang ditunjuk untuk menyediakan bantuan dan dipantau oleh mereka atas nama Perusahaan.
- 17.3. Perusahaan dan penyedia jasa layanan tidak dapat bertanggung jawab atas kegagalan untuk menyediakan layanan atau untuk keterlambatan yang disebabkan oleh pemogokan atau kondisi di luar kendali, termasuk, namun tidak terbatas pada, kondisi penerbangan atau di mana hukum lokal atau badan hukum melarang Perusahaan dan penyedia layanan memberikan pelayanan tersebut.



18. Manfaat Melahirkan

Asalkan telah dinyatakan pada Daftar Manfaat untuk jaminan kehamilan, Biaya Yang Layak selama kehamilan dapat dibayarkan dengan tunduk pada hal-hal berikut: -

- 18.1. Tertanggung akan dijamin dengan layanan perawatan kesehatan yang diperlukan selama masa kehamilan, dengan syarat bahwa Tertanggung telah diasuransikan dalam Polis ini selama tidak kurang dari dua belas (12) bulan berturut-turut.
- 18.2. Pengeluaran Layak yang dibayar terkait dengan Ketidakmampuan yang diderita oleh Tertanggung selama kehamilan akan dibayar setara dengan ketidakmampuan lainnya, dengan syarat bahwa Pengeluaran Layak tersebut dibayar pada saat Tertanggung dijamin oleh Polis ini.
- 18.3. Manfaat ini mencakup semua biaya perawatan sebelum dan setelah melahirkan, biaya kamar menginap di Rumah Sakit, Biaya dokter Spesialis Anak, Biaya lain-lain dan perawatan bayi serta komplikasi yang muncul selama maksimal tujuh (7) hari setelah melahirkan. Perawatan anak mencakup susu formula bayi baru lahir dan ruang rawat bersama.
- 18.4. Biaya-biaya yang dibayar sebagai akibat dari keguguran, aborsi (tidak termasuk aborsi yang tidak perlu secara medis karena alasan kesehatan atau keselamatan jiwa), hamil anggur atau etopik (termasuk komplikasi-komplikasi yang muncul dari kondisi-kondisi di atas) harus dijamin dalam Polis ini, dengan syarat bahwa Tertanggung telah diasuransikan dalam Polis ini selama tidak kurang dari sembilan puluh (90) hari berturut-turut.
- 18.5. Jika kedua orang tua telah diasuransikan dalam 1 (satu) Polis dan telah memenuhi masa tunggu, manfaat yang diberikan akan dinaikkan sebesar 50%. Jika orang tua juga diasuransikan pada tingkat manfaat yang berbeda, maka tingkat manfaat harus berada di tingkat yang lebih rendah.



19. Penjaminan GRATIS Bayi Baru Lahir

- 19.1. Pemegang Polis dapat mengajukan jaminan kepada Perusahaan dalam Polis ini untuk Anak Baru Lahir dari Tertanggung Wanita yang telah diasuransikan dalam Polis ini tidak kurang dari dua belas (12) bulan berturut-turut mulai dari lima belas (15) hari setelah tanggal kelahiran Anak hingga Tanggal Pembaruan Polis ini. Tanggal efektif penjaminan dari anak tersebut setelah pemberitahuan oleh Pemegang Polis dan tunduk pada persetujuan dari Perusahaan. Jaminan dan tingkat manfaat dari Polis ini terkait dengan Anak tersebut harus sama dengan yang dimiliki oleh Tertanggung. Jika kedua orang tua Anak tersebut juga diasuransikan pada tingkat manfaat yang berbeda, maka tingkat manfaat Anak harus berada di tingkat yang lebih rendah. Tidak ada premi tambahan yang harus dibayar dalam Polis ini untuk jaminan Anak seperti yang disebutkan di atas.
- 19.2. Perlindungan untuk Anak akan terus berlaku sampai Pembaruan Polis dari Tertanggung dengan syarat bahwa berkas kesehatan pribadi atau Aplikasi diberikan kepada Perusahaan terkait Anak tersebut dalam bentuk yang diminta Perusahaan dan bahwa premi tambahan yang diminta oleh Perusahaan terkait dengan perlindungan tersebut telah dilunasi dan diterima oleh Perusahaan.
- 19.3. Tidak ada manfaat yang akan dibayar untuk pengeluaran-pengeluaran yang muncul akibat perawatan khusus bagi Kondisi Kongenital, Cacat Kongenital, ketidaknormalan pada saat lahir atau kelahiran prematur bayi yang baru lahir.



20. **Klasifikasi Risiko Pekerjaan**

Klasifikasi Pekerjaan dan Risiko Pekerjaan sebagaimana dimaksud dalam Polis ini adalah sebagai berikut:

- Kelas I. Bahaya Kerja Yang Sangat Ringan: Kelas pekerjaan profesional dan perdagangan dan tidak melakukan pengawasan atau tidak terlibat dalam pekerjaan fisik yakni orang yang pada umumnya melakukan pekerjaan profesional, administrasi, manajerial dan juru tulis.
- Kelas II. Bahaya Kerja Yang Ringan: Melakukan pengawasan tetapi tidak melakukan pekerjaan fisik namun melakukan perdagangan grosir atau eceran atau mereka yang sering melakukan perjalanan untuk tujuan profesi atau bisnis.
- Kelas III. Pekerjaan Fisik Yang Tidak Bahaya: Pekerjaan yang meliputi pekerjaan padat karya ringan.
- Kelas IV. Pekerjaan padat karya (selain padat karya ringan) atau penggunaan mesin.

21. **Pengobatan eksperimental**

Perusahaan atas kebijakannya sendiri dapat mempertimbangkan untuk menerima atau menolak biaya untuk pengobatan eksperimental atau belum terbukti atau perawatan yang khasiatnya belum dapat dibuktikan atau yang belum dapat diterima dalam profesi medis umumnya memiliki sifat obat yang khas dan relevan. Selanjutnya, setiap manfaat untuk gejala dari pengobatan lanjutan semacam itu juga merupakan kebijaksanaan mutlak Perusahaan.

22. **Transplantasi Organ**

Meliputi biaya manfaat dinyatakan per organ (hingga 50% untuk donor) untuk transplantasi ginjal, jantung, paru-paru, hati atau sumsum tulang yang dinyatakan perlu oleh dokter. Untuk menghindari keraguan, Perusahaan tidak akan membayar biaya untuk memperoleh organ atau biaya apapun yang terkait untuk impantasi kembali. Manfaat ini adalah lump sum maksimum per organ termasuk segala komplikasi atau sekuel dan tidak ada manfaat lain dalam polis

ini seperti biaya untuk perawatan medis rutin atau konsultasi, tes diagnostik dan pengobatan jangka panjang yang dibayarkan sehubungan dengan transplantasi organ.

23. Pengakhiran Manfaat

- 23.1. Pertanggunggaan atas semua pihak Tertanggung akan berakhir pada saat Polis berakhir pada hari terakhir Polis.
- 23.2. Jaminan dalam Polis ini untuk seorang Anak yang ditanggung di bawah Polis ini akan berakhir pada Tanggal Perpanjangan Polis mengikuti tanggal pernikahannya atau pada saat mencapai usia sembilan belas (dua puluh tiga tahun jika anak tersebut adalah mahasiswa penuh waktu), jika orang tersebut telah berhenti karena melebihi kriteria usia Anak, maka tidak ada jaminan yang akan diberikan meskipun bahwa anak tersebut mungkin tidak lagi menjadi anak pada usia tersebut kecuali aplikasi diajukan oleh pemegang polis untuk anak tersebut untuk menjadi Pemegang Polis dan premi yang diperlukan sehubungan dengan jaminan dari Tertanggung tersebut dibayarkan kepada dan diterima oleh Perusahaan pada Tanggal Perpanjangan.

24. Wilayah Perawatan dan Pengobatan

Wilayah geografis yang tercantum dalam Daftar Manfaat.

25. Perawatan Gigi akibat Kecelakaan

Perusahaan akan menjamin biaya-biaya untuk perawatan darurat yang diperlukan untuk pemulihan atau penggantian gigi alaminya yang hilang atau rusak dalam kecelakaan dan penanganan nyeri segera setelah kecelakaan, pengobatan tersebut diberikan dalam waktu 7 hari dari kecelakaan dan dilakukan di klinik gigi yang teregistrasi atau rumah sakit. Tidak ada manfaat yang akan dibayarkan dalam hal perawatan restoratif seperti mahkota permanen, implan gigi dan lainnya., kerusakan atau kehilangan gigi yang disebabkan oleh makan, minum, menyikat gigi atau prosedur pembersihan gigi lainnya.

26. **Perubahan alamat ke luar negeri, pekerjaan, kegemaran atau kondisi fisik atau mental**

Tertanggung harus segera memberitahukan secara tertulis kepada Perusahaan mengenai setiap perubahan termasuk namun tidak terbatas pada perubahan alamat, tempat tinggal, pekerjaan atau lapangan pekerjaan, kebiasaan atau usaha apa pun atau kondisi fisik atau mental pihak Tertanggung. Perusahaan tidak bertanggungjawab atas kerugian yang timbul sebagai akibat daripada perubahan tersebut kecuali dan sampai dengan pemberitahuan tersebut disampaikan, dan kecuali dan sampai dengan perubahan itu diubah pada Polis dan premi tambahan yang disyaratkan dibayar.

27. **Geographical Loading (Tambahan Premi Karena Wilayah Geografis)**

Tambahan premi akan dibebankan kepada penduduk di daerah geografis tertentu (diidentifikasi dalam brosur yang menyertai aplikasi). Daerah dan tarif dimana premi tambahan akan dibebankan ditetapkan dalam brosur. Ketika Tertanggung melakukan perjalanan ke wilayah geografis yang akan dikenai premi tambahan, selama lebih dari 90 (sembilan puluh) hari akumulasi dalam satu tahun polis, premi tambahan akan dibebankan. Kegagalan untuk menginformasikan Perusahaan sebelum melakukan perjalanan ke wilayah geografis yang akan menimbulkan premi tambahan dan kegagalan untuk membayar premi tambahan akan mengakibatkan tidak berlakunya penjaminan untuk manfaat yang terjadi melebihi 90 (sembilan puluh) hari. Kewajiban untuk menginformasikan kepada Perusahaan sebelum melakukan perjalanan ke wilayah geografis yang akan menarik premi tambahan adalah kondisi preseden untuk pemulihan klaim.

28. **Manfaat Darurat untuk Opsi Batas Wilayah Pengobatan**

Jaminan untuk perawatan rawat inap di wilayah geografis di mana “Batas Wilayah Pengobatan” berlaku akan diperpanjang selama periode perjalanan ke wilayah-wilayah tersebut, selama tidak lebih dari tiga puluh (30) hari

diakumulasikan dalam satu tahun periode polis, sehubungan setiap cedera atau kondisi akut dari setiap Penyakit atau kondisi medis yang timbul di dalamnya dengan ketentuan bahwa Tertanggung tidak merasakan gejala atau menderita masing-masing Penyakit tersebut, kondisi medis atau cedera pada saat sebelum melakukan perjalanan.

29. **Perubahan Manfaat**

Pemegang Polis dapat mengajukan perubahan manfaat atau tingkatan jaminan pada waktu perpanjangan Polis yang berlaku untuk seorang Tertanggung. Jika suatu ketidakmampuan diderita oleh Tertanggung yang bersangkutan yang terjadi atau dimulai sebelum diselesaikannya tinjauan underwriting dan adanya konfirmasi dari Perusahaan bahwa kelas atau tingkatan jaminan telah diubah, manfaat yang dapat dibayarkan dibawah polis ini tidak boleh melebihi nilai maksimum yang mampu dibayarkan Polis ini sebelum perubahan kelas atau tingkatan jaminan, mana yang lebih rendah.

30. **Klaim Yang Ditolak**

Apabila Perusahaan menolak pertanggungjawaban atas suatu klaim dan klaim tersebut tidak diajukan ke arbitrase (sesuai dengan ketentuan yang termaktub disini) dalam waktu dua belas (12) bulan kalender sejak tanggal penolakan tersebut, maka klaim yang dimaksud itu untuk segala tujuan dianggap ditolak dan tidak memperoleh ganti rugi setelah itu terhadap Polis ini. Selanjutnya, sejauh Pemegang Polis atau Tertanggung yang relevan gagal berkomunikasi secara tertulis sehubungan dengan klaim yang sudah dibuat atau diberitahukan Perusahaan dalam waktu dua belas (12) bulan kalender dari komunikasi tertulis terakhir baik dari Perusahaan atau oleh Pemegang Polis atau Tertanggung yang relevan, maka klaim harus dianggap ditolak dan tidak dapat dipulihkan setelahnya terhadap Polis ini.



31. Klausul Perselisihan

- 31.1. Apabila timbul perselisihan antara Penanggung dan Tertanggung sebagai akibat dari penafsiran atas tanggung jawab atau besarnya ganti rugi dari Polis ini, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui perdamaian atau musyawarah dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan. Perselisihan timbul sejak Tertanggung menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan.
- 31.2. Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah sebagaimana diatur pada butir 1 diatas tidak dapat dicapai, Tertanggung dapat meminta Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) atau Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) yang dimuat dalam Daftar Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa yang ditetapkan oleh OJK untuk bertindak sebagai mediator dalam upaya mencapai penyelesaian perselisihan tersebut sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku di BMAI.
- 31.3. Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah sebagaimana diatur pada butir 1 diatas tidak dapat dicapai, Tertanggung tidak menempuh mediasi melalui BMAI atau Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK) atau Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) yang dimuat dalam Daftar Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa yang ditetapkan oleh OJK, tetapi keputusan adjudikasi BMAI atau LAPS SJK atau tidak dapat diterima oleh Tertanggung maka Penanggung memberikan kebebasan kepada Tertanggung untuk memilih salah satu pilihan penyelesaian sengketa sebagaimana diatur di bawah ini:
- a) Arbitrase
- Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Majelis Arbitrase Ad Hoc sebagai berikut:
- i. Majelis Arbitrase Ad Hoc terdiri dari 3 (tiga) orang Arbiter. Tertanggung dan Penanggung masing-masing menunjuk seorang Arbiter dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah diterimanya pemberitahuan, yang kemudian kedua Arbiter tersebut memilih dan menunjuk Arbiter ketiga

- dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender setelah Arbiter yang kedua ditunjuk. Arbiter ketiga menjadi ketua Majelis Arbitrase Ad Hoc.
- ii. Dalam hal terjadi ketidaksepakatan dalam penunjukkan Arbiter ketiga, Tertanggung dan atau Penanggung dapat mengajukan permohonan kepada ketua Pengadilan Negeri di daerah hukum termohon bertempat tinggal untuk menunjuk ketua Arbiter.
 - iii. Pemeriksaan atas sengketa harus diselesaikan dalam waktu paling lama 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak Majelis Arbitrase Ad Hoc terbentuk. Dengan persetujuan para pihak dan apabila dianggap perlu oleh Majelis Arbitrase Ad Hoc, jangka waktu pemeriksaan sengketa dapat diperpanjang.
 - iv. Putusan Arbitrase bersifat final dan mempunyai kekuatan hukum tetap dan mengikat Tertanggung dan Penanggung. Dalam hal Tertanggung dan atau Penanggung tidak melaksanakan putusan Arbitrase secara sukarela, putusan dilaksanakan berdasarkan perintah ketua Pengadilan Negeri yang daerah hukumnya di mana termohon bertempat tinggal atas permohonan salah satu pihak yang bersengketa.
 - v. Untuk hal-hal yang belum diatur dalam Pasal ini berlaku ketentuan yang diatur dalam undang-undang tentang arbitrase, yang untuk saat ini adalah Undang-Undang Republik Indonesia No. 30 Tahun 1999 tanggal 12 Agustus 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa.

b) Pengadilan

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia.

32. Dalam hal keputusan ajudikasi BMAI atau Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK) ditolak oleh Tertanggung, namun Tertanggung tidak melakukan upaya penyelesaian melalui arbitrase atau

pengadilan dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak tanggal dikeluarkannya keputusan adjudikasi secara tertulis oleh BMAI atau Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK) tersebut, maka hak Tertanggung atas ganti rugi berdasarkan Polis ini hilang dengan sendirinya.

33. **Ketentuan-ketentuan yang harus dipenuhi sebelum tanggung jawab dilaksanakan**

Tanggung jawab Perusahaan dalam Polis ini harus bersifat bersyarat sepenuhnya atas:

- a) Diterimanya semua pernyataan yang benar dan akurat oleh Perusahaan dari Pemegang Polis dan Tertanggung (orang tua atau wali jika Tertanggung dalam Polis ini masih Anak-anak) pada aplikasi atau bentuk lainnya yang ditetapkan oleh Perusahaan;
- b) Kebenaran dan akurasi semua pernyataan dan deklarasi yang dibuat terkait klaim apa pun yang diserahkan kepada Perusahaan oleh Pemegang Polis dan Tertanggung; dan
- c) Kepatuhan dan pemenuhan semua syarat, ketentuan dan persyaratan Polis ini (termasuk endorsemen) sejauh yang berkaitan dengan hal-hal yang akan dilakukan atau dipatuhi oleh Pemegang Polis atau Tertanggung.

34. **Penafsiran Hukum**

Polis ini diatur oleh dan ditafsirkan sesuai dengan undang undang Republik Indonesia.



35. **Pengecualian Umum**

Perusahaan tidak akan membayar biaya untuk perawatan, pengobatan, jasa atau barang yang timbul untuk atau oleh:

- a) Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya yang tidak diberitahukan kepada dan disetujui Perusahaan.
- b) Penyakit-penyakit Khusus (seperti yang tercantum pada klausa 1.38) yang timbul dalam 12 bulan pertama dimana Tertanggung baru pertama kali dijamin di bawah Polis ini, baik yang telah diketahui sebelumnya ataupun tidak.
- c) Pengobatan untuk mana pembayaran tidak diwajibkan atau yang dapat dibayar dengan asuransi atau ganti rugi lain yang menjamin Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan.
- d) Pengobatan impotensi atau ketidaksuburan, inseminasi buatan, pembuahan in vitro atau cangkok embrio, sterilisasi atau pemulihan sterilisasi atau aborsi yang terencana, pembedahan janin, pengaturan kelahiran atau pengobatan yang berkaitan dengan ketidaksuburan secara mekanik atau kimiawi, perubahan kelamin dan kondisi yang timbul daripadanya.
- e) Jumlah yang melebihi biaya wajar, biasa dan umum untuk wilayah geografis dimana peristiwa tersebut terjadi.
- f) Pemeriksaan yang dianggap skrining oleh Perusahaan, kecuali sebagaimana tertera di dalam Daftar Manfaat. Tes genomic untuk skrining potensi penyakit tidak dijamin di dalam Polis ini.
- g) Perawatan kustodial, Perawatan terkait dengan gangguan tidur (seperti namun tidak terbatas pada sleep apnoe), Perawatan terkait gangguan tumbuh kembang (seperti namun tidak terbatas pada Autisme atau ADHD), perawatan atau layanan ke rumah atau perawatan dan jasa serta obat-obatan, herbal dan vitamin termasuk suplemen makanan dan atau sejenisnya yang dianggap tidak perlu oleh Perusahaan untuk pengobatan kondisi fisik atau mental. Hal ini termasuk vaksinasi (kecuali untuk efek samping akibat menerima vaksinasi COVID), konseling (pernikahan,

keluarga, diet, laktasi), tes pendengaran, cacat mata refraktif, operasi mata korektif untuk kesalahan refraktif, perangkat korektif (termasuk kacamata, lensa kontak, alat bantu dengar, peralatan ortodontik, kawat gigi, sepatu atau korset korektif), atau pengobatan gigi kecuali dijamin dalam jaminan manfaat pilihan dalam polis ini untuk manfaat penglihatan atau manfaat perawatan gigi.

- h) Segala sesuatu yang dinyatakan pada aplikasi dengan tidak benar, baik karena disengaja maupun tidak disengaja mengenai keadaan kesehatan, pekerjaan, kegemaran atau usia bertanggung pada saat mengajukan permohonan untuk asuransi, atau saat mengajukan klaim yang tidak berdasar untuk memperoleh manfaat.
- i) Kosmetik atau perawatan yang berkaitan dengan bedah kosmetik, serta akibat daripadanya, bedah rekonstruktif termasuk bedah mata korektif untuk kesalahan refraksi yang tidak timbul sebagai akibat daripada suatu penyakit atau cedera selama Jangka Waktu Asuransi, kecuali:
 - i. bedah rekonstruktif yang dilakukan sebagai akibat dari atau sehubungan dengan Cedera yang disebabkan oleh Kecelakaan yang timbul selama Periode Asuransi dan dilakukan dalam waktu 12 bulan setelah Kecelakaan, atau
 - ii. Re-konstruksi payudara yang bertepatan dengan pembedahan kanker payudara atau dalam waktu 12 bulan dari tanggal pembedahan untuk kanker payudara asalkan polis masih berlaku pada saat operasi re-konstruksi. Dalam hal manfaat atau tingkat manfaat telah berubah, jumlah yang lebih rendah yang akan dibayarkan oleh Perusahaan.
- j) Semua pengobatan untuk Persistent Vegetative State atau kerusakan syaraf permanen akan, dan tanpa kecuali, berhenti setelah 90 (Sembilan puluh) hari dari pengobatan dimulai dan setiap manifestasi fisiologis atau psikosomatis daripadanya.
- k) Penyakit atau Cedera yang terjadi sebagai akibat langsung maupun tidak langsung dari konsumsi alkohol secara berlebihan atau penyalahgunaan obat-obatan atau kimia atau kecanduan apapun juga.

- l) Cacat sebagai akibat dari perang yang dinyatakan maupun tidak dinyatakan atau setiap tindakan daripadanya, tugas militer, kerusakan, pemberontakan, huru-hara, revolusi, kontaminasi nuklir dan kimia atau perang saudara atau aksi terorisme kecuali bertanggung mengalami luka atau cedera sebagai korban dari aksi terorisme.
- m) Cedera dikarenakan berpartisipasi dalam salah satu kegiatan bahaya di bawah ini atau kegiatan yang serupa; perlombaan apapun kecuali dengan kaki, olahraga profesional atau olahraga bela diri profesional, menaiki sepeda motor (kecuali sebagai transportasi diatas jalanan aspal), terjun payung, gantole, olahraga diudara (kecuali sebagai penumpang yang membayar ongkos pada pesawat terbang komersial yang memiliki izin), penelusuran gua atau mendaki atau memanjat dengan peralatan (panjat tebing, panjat dinding dan mendaki gunung), bungee jumping, menyelam bukan untuk olahraga, menyelam (scuba diving) tidak di bawah pengawasan ahli atau pelatih menyelam NAVI atau PADI, atau sampai ke kedalaman laut yang melebihi 30 meter, polo, arung jeram atau lomba lintas alam.
- n) Dengan sengaja melukai atau menyakiti diri sendiri atau percobaan untuk itu, dengan sengaja menempatkan dirinya dalam keadaan bahaya, kecuali dalam upaya untuk menyelamatkan nyawa manusia.
- o) Penyakit kelamin atau yang berhubungan dengannya.
- p) Pengobatan dan pengelolaan Berat Badan atau pembedahan bariatric.
- q) Penyakit yang berkaitan dengan virus kekurangan kekebalan manusia atau Human Immunodeficiency Virus (“HIV”) termasuk Acquired Immune Deficiency Syndrome (“AIDS”), Komplikasi yang berhubungan dengan AIDS (ARC) dan/atau setiap mutasi, derivasi atau variasi daripadanya yang bermanifestasi sewaktu-waktu dalam kurun waktu 5 tahun sejak Tanggal Efektif Polis.
- r) Prostetik, alat bantu penyangga, perangkat korektif dan peralatan medis seperti CPAP, monitor Tekanan Darah, monitor kadar gula darah dan peralatan medis yang tidak diperlukan untuk operasi bedah.

- s) Berpartisipasi dalam kegiatan illegal dan perbuatan melawan hukum.
- t) Jasa yang diberikan di luar Wilayah Penjaminan.
- u) Biaya yang dikeluarkan untuk pengadaan sertifikat, dokumentasi, informasi dan bukti sebagaimana dapat disyaratkan oleh Perusahaan.
- v) Biaya non-medis seperti namun tidak terbatas pada sabun, tissue, pembalut, termometer, alas tidur, diapers, biaya telekomunikasi, koran/majalah, salon, makanan ekstra, tempat tidur ekstra, penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan Perawatan Medis.



OPINI KEDUA MEDIS

1. Perusahaan telah menjalin kerjasama dengan MediGuide America melalui perwakilannya Nucleus Precise untuk memberikan layanan Opini Kedua Medis kepada Tertanggung.
2. Layanan Opini Medis Kedua diberikan kepada Tertanggung yang sudah melewati masa tunggu klaim 30 hari dan berhak mendapatkan layanan Opini Kedua Medis untuk kondisi medis tertentu (QMC) sebagaimana tercantum dalam Daftar Polis.
3. Opini Kedua Medis 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 MediGuide America untuk memberikan layanan Opini Medis Kedua, dan bukan merupakan dokter yang sedang merawat pasien saat itu.
4. Opini Kedua Medis 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. Kondisi dimana Opini Kedua Medis tidak dapat diberikan:
 - a) Penyakit atau kondisi medis yang sudah ada atau sudah terjadi sebelum dimulainya kepesertaan.
 - b) Penyakit atau kondisi medis yang tidak termasuk dalam Daftar Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat.
 - c) Tertanggung dalam masa tunggu klaim 30 hari yaitu penyakit atau kondisi medis diderita atau didiagnosis pada masa tunggu (30 hari).

6. Tidak satu hal pun dalam Polis ini yang dapat membuat Perusahaan 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 Kedua Medis.
 - b) Tidak terselenggaranya layanan Opini Kedua Medis 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 Kedua Medis:
- 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 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 Kedua Medis 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 tiga alternative World Leading Medical Center untuk dipilih Tertanggung.

- f) Bertanggung jawab memilih satu dari tiga World Leading Medical Center yang disediakan.
- g) MediGuide America akan mengirimkan seluruh berkas permohonan Opini Kedua Medis ke World Leading Medical Center untuk diproses.
- h) Hasil Opini Kedua Medis akan dikirimkan kepada Peserta.



MANFAAT TAMBAHAN

Manfaat Tambahan hanya dapat diberikan jika membayar tambahan premi, jumlahnya sudah ditentukan pada Aplikasi. Manfaat Tambahan hanya dapat dibeli pada saat Pengajuan Aplikasi Polis ini dan tidak dapat ditambahkan kemudian. Manfaat tambahan yang bersangkutan hanya akan berlaku dan menjadi bagian dari Polis ini jika manfaat rider tersebut telah ditambahkan pada Polis ini dan premi yang bersangkutan dalam hal manfaat tersebut telah dibayarkan kepada dan diterima oleh Perusahaan. Tidak ada pengembalian premi yang akan diberikan pada penghentian manfaat tambahan. Selanjutnya berkaitan dengan klaim yang dibuat sehubungan dengan MANFAAT TAMBAHAN itu harus dicatat karena dasar dan jaminan berbeda dari kondisi tertentu yang telah diubah untuk mencerminkan jaminan dan manfaat yang diberikan dibawah MANFAAT TAMBAHAN.

A. MANFAAT PERAWATAN GIGI

(Khusus Polis yang memiliki jaminan Manfaat Perawatan Gigi)

Perusahaan akan membayarkan biaya wajar, biasa dan umum untuk Perawatan Gigi yang dilakukan oleh Dokter Gigi. Semua kondisi Gigi yang membutuhkan perawatan sebagai kunjungan pertama dari Tertanggung ke Dokter Gigi pada atau setelah Tanggal Efektif Polis sebagai, dan harus dianggap sebagai, kondisi yang sudah ada sebelumnya untuk tujuan polis ini dan kewajiban Perusahaan untuk membayar manfaat berdasarkan Polis ini apakah kondisi pada gigi tersebut harus diidentifikasi atau didiagnosis seperti pada kunjungan pertama ke Dokter Gigi atau tidak. Pada kunjungan pertama ke Dokter Gigi, pemeriksaan X-Ray gigi (Panoramic) harus dilakukan. Biaya kunjungan pertama tersebut, termasuk biaya Dokter Gigi dan biaya X-Rays Gigi, harus dijamin di bawah Polis ini. Resume pemeriksaan gigi yang lengkap dari Dokter Gigi yang relevan harus diserahkan pada klaim pertama untuk penjaminan manfaat Perawatan Gigi ini.



B. MANFAAT PENGLIHATAN

(Khusus Polis yang memiliki jaminan Manfaat Penglihatan)

Perusahaan akan membayar biaya wajar, biasa dan umum untuk pemeriksaan mata, kacamata dan lensa kontak. Perusahaan tidak akan membayar biaya untuk atau yang berhubungan dengan operasi mata korektif untuk kelainan refraksi dan perawatan, keadaan, dan komplikasi apapun yang berhubungan serta biaya yang tidak dijamin dalam Polis ini.

C. MANFAAT KECELAKAAN PRIBADI

(Khusus Polis yang memiliki jaminan Manfaat Kecelakaan Pribadi)

1. Perusahaan akan membayar santunan kecelakaan pribadi sesuai dengan Manfaat Kecelakaan Pribadi (Skala 1) di bawah ini jika Tertanggung menderita Cedera dengan akibat-akibat yang disebutkan dalam paragraf 2 di bawah ini dan sesuai dengan syarat, ketentuan dan pengecualian kecelakaan diri tambahan yang ditetapkan dalam paragraf-paragraf terkait di bawah ini.
2. Jika selama Periode Asuransi Tertanggung menderita Cedera yang dalam waktu dua belas (12) bulan kalender menjadi penyebab langsung dari kejadian-kejadian berikut:
 - a) kematian; atau
 - b) kehilangan penglihatan total yang tidak dapat disembuhkan pada satu atau kedua mata; atau
 - c) kehilangan satu atau lebih anggota tubuh; atau
 - d) kehilangan total dua atau lebih anggota tubuh yang tidak dapat disembuhkan; atau
 - e) Cacat Total Permanen; atau
 - f) Kehilangan total kegunaan satu anggota tubuh.



MANFAAT KECELAKAAN PRIBADI (SKALA 1)

DAFTAR MANFAAT

| Manfaat sebagai persentase Jumlah Tanggungan per satu Tertanggung | Skala 1 |
|---|---------|
| o Kematian Karena Kecelakaan | 100% |
| o Kehilangan total penglihatan tanpa ada pemulihan pada satu atau kedua mata | 100% |
| o Kehilangan total satu atau lebih anggota badan | 100% |
| o Kehilangan total tanpa ada pemulihan atas fungsi dua atau lebih anggota badan | 100% |
| o Cacat total Permanen | 100% |
| o Kehilangan total tanpa ada pemulihan atas fungsi satu anggota badan | 50% |

Perusahaan akan membayar jumlah maksimum yang sama dengan batas yang ditetapkan dalam Tabel Manfaat untuk kecelakaan pribadi dimana Cedera menyebabkan kerugian tersebut. Jika seorang tertanggung menderita kerugian lebih dari satu karena sebuah Kecelakaan, pembayaran akan dilakukan hanya untuk kerugian yang menghasilkan manfaat terbesar yang dibayar di bawah manfaat tambahan kecelakaan pribadi.

Batasan Kewajiban

Batas manfaat anak adalah IDR 25,000,000 dan tidak boleh melebihi dari 10% uang pertanggungan orang tua. Jika uang pertanggungan orang tua berbeda, maka akan merujuk pada siapa yang memiliki manfaat lebih rendah.

Jumlah Manfaat Yang Dibayar

Jumlah agregat seluruh persentase yang harus dibayar sehubungan dengan satu kecelakaan tidak melebihi 100% dari jumlah uang pertanggungan. Jumlah total yang harus dibayar sehubungan dengan satu cedera tidak melebihi Jumlah Pertanggungan per Tertanggung.



PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK MANFAAT KECELAKAAN PRIBADI

Berikut ini adalah persyaratan tambahan terhadap Syarat-syarat dan Ketentuan-ketentuan, pematuhan terhadap mana merupakan preseden atas kewajiban Perusahaan untuk membayar santunan sehubungan dengan klaim kerugian yang timbul sebagai akibat daripada suatu cedera kecelakaan atau kematian karena kecelakaan.

1. Perubahan Jenis Pekerjaan

Seorang Tertanggung tidak boleh terlibat dalam setiap pekerjaan yang memiliki klasifikasi risiko pekerjaan seperti yang dijelaskan dalam klausa 20 dengan jumlah yang lebih tinggi atau kelas lebih tinggi dari pekerjaan yang diungkapkan dalam Aplikasi. Perusahaan tidak akan membayar manfaat untuk Cedera yang berkaitan dengan pekerjaan Tertanggung seperti nomor yang lebih tinggi atau kelas yang lebih tinggi, kecuali:

- a) Memberikan pemberitahuan tertulis kepada Perusahaan tentang pekerjaan tersebut, dan
- b) Perusahaan telah setuju secara tertulis untuk memberikan perluasan jaminan di bawah Polis ini kepada Tertanggung yang bersangkutan menjalankan pekerjaan tersebut, dan
- c) setiap premi tambahan yang diperlukan adalah dibayarkan kepada dan diterima oleh Perusahaan.
- d) Itu akan menjadi prasyarat untuk pemulihan manfaat apapun telah diberitahu Perusahaan dari setiap perubahan dalam pekerjaan

2. Perubahan Risiko

Para pemegang polis atau Tertanggung bersangkutan wajib memberikan pemberitahuan langsung kepada Perusahaan setiap perubahan pekerjaan dan tugas, alamat atau cedera, penyakit, cacat fisik atau kelemahan apapun dimana Pihak Tertanggung telah menjadi terpengaruh dan dari setiap asuransi lain dipengaruhi oleh atau atas nama Pihak Tertanggung terhadap kecelakaan atau ketidakmampuan.

3. **Kewajiban Perusahaan** seluruhnya tunduk pada:

- a) Kebenaran dari semua pernyataan dan data dalam formulir aplikasi asuransi atau dalam pernyataan yang dibuat oleh Pemegang Polis atau Tertanggung.
- b) Pematuhan dan pemenuhan Syarat-syarat dan Ketentuan-ketentuan atau Persyaratan Kecelakaan Pribadi Polis ini sejauh berkaitan dengan segala sesuatu yang dilakukan atau dipatuhi Pemegang Polis atau Tertanggung.

4. **Polis Tidak Dapat Dialihkan**

Polis ini tidak dapat dialihkan dan Perusahaan tidak terpengaruh oleh pemberitahuan perubahan perwalian sebagai pengganti pengalihan Polis ini atau penanganan lain atas Polis ini.

5. **Prosedur Klaim**

Apabila terjadi suatu Kecelakaan yang dapat menimbulkan klaim berdasarkan Polis ini maka Tertanggung harus segera memberitahukan Perusahaan dengan rincian yang lengkap mengenai Kecelakaan tersebut dan Cedera yang diderita dan sesegera mungkin memperoleh dan bertindak sesuai dengan nasehat medis atau pembedahan. Tertanggung (atau wakilnya) atas biayanya sendiri akan menyerahkan kepada Perusahaan segala sertifikat, informasi dan bukti sebagaimana dapat disyaratkan oleh Perusahaan dan Tertanggung akan menjalani pemeriksaan medis yang wajar atas nama Perusahaan apabila disyaratkan oleh Perusahaan. Dalam hal kematian Tertanggung, Perusahaan berhak untuk mengadakan visum atas biayanya sendiri dan Perusahaan harus diberitahukan mengenai tempat dan waktu pemakaman atau kremasi atau penyelidikan yang dilakukan.



6. **Pembayaran Klaim**

Perusahaan tidak bertanggung jawab atas pembayaran menurut Polis ini sehubungan dengan setiap Cedera Badan sampai seluruh jumlah yang harus dibayar untuk Cedera tersebut telah ditetapkan dan disetujui. Jumlah tersebut tidak dikenakan bunga.

7. **Pengakhiran Kewajiban**

Perusahaan tidak bertanggung jawab atas klaim yang disebabkan suatu Kecelakaan yang tidak diberitahukan secara tertulis kepada Perusahaan atau dimana pengobatan dan perawatan medis yang layak tidak diperoleh atau tidak dipatuhi. Dalam setiap hal, Perusahaan tidak bertanggungjawab atas klaim yang diajukan setelah jangka waktu dua belas (12) bulan sejak tanggal peristiwa Kecelakaan tersebut kecuali klaim tersebut berada dalam proses arbitrase.

8. **Batas Usia**

Tidak seorangpun dapat dijamin oleh Polis ini bila ia belum mencapai usia 15 hari. Untuk orang-orang yang telah diasuransikan jaminan terus menerus sampai akhir Tahun Polis dimana Tertanggung mencapai usia 65 tahun diperbolehkan oleh Polis ini.

Pengecualian Tambahan Untuk Manfaat Kecelakaan Pribadi

Selain Pengecualian Umum, Perusahaan juga tidak akan membayar santunan sehubungan dengan:

1. Kecelakaan yang terjadi oleh karena partisipasi dalam kegiatan bela diri, gulat, tinju, American football yang terorganisir, rugby, penyelaman SCUBA sampai ke kedalaman lebih dari 30 meter, pelayaran lebih dari 12 mil dari pantai, ski air, menunggang kuda, berburu, naik sepeda motor sebagai pengemudi maupun penumpang, olahraga musim dingin, balap motor, show-jumping, balap kuda, mendaki gunung atau melakukan perjalanan



- kaki di atas 5.000 meter, ski es atau air, hoki es, polo, gantole, terjun payung dan lomba lintas alam.
2. Cedera badan karena kecelakaan yang diderita saat Tertanggung melakukan Pengecualian Kegiatan sebagaimana tertera pada Pengecualian Umum.
 3. Cedera badan atau penyakit karena kecelakaan yang timbul dari atau disebabkan oleh:
 - a) dengan sengaja mencederai diri sendiri, bunuh diri, upaya bunuh diri, atau dengan tindakan yang terjadi saat Tertanggung berada dalam keadaan tidak waras;
 - b) penggunaan obat-obatan kecuali sesuai dengan resep dokter medis yang terdaftar;
 - c) kehamilan atau persalinan;
 - d) di bawah pengaruh alkohol, obat-obatan atau kimia lainnya.
 4. Akibat daripada perang (baik yang dinyatakan maupun tidak dinyatakan), invasi, tindakan musuh asing, terorisme, pemberontakan, revolusi atau kekuasaan militer atau pengambilalihan kekuasaan secara paksa.
 5. Kontaminasi radioaktif atau ledakan nukir.
 6. Kegiatan yang dilakukan saat bertugas sebagai pekerja diatas pesawat terbang atau kapal.
 7. Bertugas dalam angkatan militer, polisi atau angkatan paramiliter disuatu negara. Pada saat Tertanggung memasuki angkatan bersenjata pada negara manapun, Perusahaan akan mengembalikan premi secara pro-rata yang akan dibayar sehubungan dengan Tertanggung tersebut kepada Pemegang Polis.
 8. Keikutsertaan dalam kegiatan kriminal kecuali terbukti sebagai korban atau saksi.
 9. Pembunuhan atau upaya pembunuhan.
 10. Sengaja terekspose terhadap bahaya yang luar biasa kecuali dalam upaya untuk menyelamatkan nyawa manusia.



11. Cedera yang timbul dari atau disebabkan oleh cacat fisik atau mental atau kelemahan yang sebelumnya tidak dinyatakan dan diterima oleh Perusahaan.

Ditandatangani oleh, untuk dan atas nama

PT MALACCA TRUST WUWUNGAN INSURANCE



CATATAN ENDORSEMEN

Endorsemen No. 1

PRA SERTIFIKASI

Apabila ada sesuatu yang berlawanan dengan isi polis, bersama ini sudah dipahami dan disetujui, bahwa pada saat rawat inap atau tindakan operasi yang dilakukan di luar negeri dengan biaya lebih dari US\$ 2,500 bisa mendapatkan “Surat Jaminan” dari PT Malacca Trust Wuwungan Insurance, kecuali untuk kasus-kasus darurat. Ketentuan batasan biaya tersebut tidak berlaku apabila perawatan dilakukan di Indonesia.



Endorsemen No. 2

Apabila ada sesuatu yang berlawanan dengan isi polis, bersama ini sudah dipahami dan disetujui bahwa:

“**Kamar Semi-Privat**” adalah kamar rumah sakit dengan kategori dua tempat tidur per kamar yang tarifnya terendah dari kelas semi-privat yang berlaku di rumah sakit atau bisa saja dibatasi oleh daftar manfaat dalam polis pertanggungungan yang berlaku.

“**Kamar Privat**” adalah kamar rumah sakit dengan kategori satu tempat tidur dengan fasilitas pribadi termasuk satu kamar mandi per kamar yang tarifnya terendah dari kelas privat yang berlaku di rumah sakit atau bisa saja dibatasi oleh daftar manfaat dalam polis pertanggungungan yang berlaku.

Apabila perawatan dilakukan di kamar Rumah Sakit yang lebih tinggi daripada disebutkan di atas maka penggantian biaya yang terjadi pada perawatan tersebut akan diperhitungkan secara pro-rata.

$$\text{Rumus perhitungan pro-rata} = \frac{\text{Kelas kamar sesuai hak}}{\text{Kelas kamar yang diambil}} \times \text{Biaya yang terjadi}$$



Endorsemen No. 3

Apabila ada sesuatu yang berlawanan dengan isi polis, bersama ini sudah dipahami dan disetujui, bahwa klausul no. 35 (l) dari Dokumen Polis akan dibaca sebagai berikut:

“Sebuah ketidakmampuan yang diakibatkan oleh keadaan perang baik yang sudah dinyatakan atau belum dinyatakan, atau kegiatan militer, yang berhubungan dengan kegiatan laut atau udara, kerusakan, pemberontakan, revolusi, nuklir dan kontaminasi akibat dari bahan kimia, huru-hara atau tindakan dari teroris kecuali Tertanggung mengalami luka-luka sementara itu ia tidak bersalah karena hanya menonton dan mengakibatkan luka oleh tindakan teroris di setiap negara yang tidak terdaftar sampai batasan maksimum US\$ 100,000.00 atau sama dengan nilai rupiah untuk setiap Tertanggung per satu kejadian.

Daftar Negara Yang Tidak Dijamin: Albania, Afghanistan, Bosnia and Herzegovina, Croatia, Egypt, Iran, Iraq, Israel, Jordan, Pakistan, Saudi Arabia, Serbia and Montenegro, Yemen.”



Endorsemen No. 4

Tanpa mengabaikan hal yang bertentangan yang tercantum di sini, dengan ini dipahami dan disetujui bahwa kondisi berikut ini berlaku untuk Tertanggung yang tercakup dalam manfaat MAXI atau ULTRA. 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.



LAYANAN BANTUAN DARURAT PERJALANAN

Sebagai bagian dari perjanjian dengan PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance, Tertanggung sekarang memiliki akses ke program Layanan Darurat Medis saat bepergian dengan syarat:

- a) Tertanggung harus dalam kondisi bepergian ke Luar Negara Domisili selama tidak lebih dari 90 hari berturut-turut; dan
- b) Tujuan Tertanggung bepergian adalah bukan untuk mendapatkan atau mencari perawatan medis atau pembedahan.

Untuk mengakses program bantuan, cukup menghubungi hotline 24 jam yang terdaftar pada Kartu Peserta. Perusahaan bertanggungjawab atas seluruh biaya dari program bantuan ini dengan ketentuan bahwa jasa yang disediakan dan diatur oleh Perusahaan bantuan yang ditunjuk Perusahaan. Klaim dalam bentuk reimbursement tidak akan diterima.

LINGKUP LAYANAN

A. BANTUAN MEDIS

A.1. Saran Medis melalui Telepon

Perusahaan bantuan akan mengatur penyediaan saran medis untuk Tertanggung melalui telepon.

A.2. Rujukan Penyedia Layanan Medis

Perusahaan bantuan akan memberikan kepada Tertanggung, atas permintaan, dengan nama, alamat, nomor telepon, dan jika tersedia, jam kantor dari dokter, rumah sakit, klinik, dokter gigi, dan klinik gigi (secara kolektif “Penyedia Layanan Medis”). Perusahaan bantuan tidak bertanggung jawab untuk menyediakan diagnosis medis atau pengobatan.



Meskipun Perusahaan bantuan memberikan rujukan, namun tidak dapat menjamin kualitas Penyedia Layanan Medis dan pilihan akhir dari Penyedia Layanan Medis merupakan keputusan Tertanggung. Perusahaan bantuan, bagaimanapun juga, akan sangat berhati-hati dalam memilih Penyedia Layanan Medis.

A.3. Pengaturan Masuk Rumah Sakit

Jika kondisi medis dari Tertanggung dalam keadaan gawat sehingga memerlukan rawat inap, Perusahaan bantuan akan membantu Tertanggung untuk masuk rumah sakit.

A.4. Pemantauan Kondisi Medis Selama dan Setelah Rawat Inap

Perusahaan bantuan akan memantau kondisi medis Tertanggung selama dan setelah rawat inap, tunduk pada setiap dan semua kewajiban dalam hal kerahasiaan dan otorisasi yang bersangkutan.

A.5. Pengiriman Obat-Obatan Penting

Perusahaan bantuan akan mengatur untuk mengantarkan kepada Tertanggung obat penting, obat-obatan dan pesediaan medis yang diperlukan untuk perawatan dan/atau pengobatan Tertanggung yang tidak tersedia di lokasi Tertanggung. Pengiriman obat, obat-obatan dan perlengkapan medis tersebut akan tunduk pada hukum dan peraturan yang berlaku di tempat tersebut. Tertanggung bertanggungjawab atas biaya pengiriman yang dikeluarkan.

A.6. Jaminan Biaya Pengobatan selama Rawat Inap

Perusahaan bantuan akan membantu Tertanggung dengan menjamin seluruh biaya medis atas nama Tertanggung yang terjadi selama Tertanggung dirawat inap serta ketika biaya rumah sakit melebihi IDR 25,000,000.



**A.7. Pengaturan Evakuasi Medis Darurat
(menjamin sampai dengan IDR 250,000,000)**

Perusahaan Bantuan akan mengatur penyediaan transportasi udara dan/atau darat dan/atau air, perawatan medis selama dalam perjalanan/ di dalam transportasi, komunikasi dan semua layanan tambahan yang biasa dibutuhkan untuk memindahkan Tertanggung ke rumah sakit terdekat dimana perawatan medis yang tepat tersedia.

Perusahaan bantuan akan mengatur penyediaan komunikasi dan kemampuan berbahasa yang tepat, peralatan medis keliling dan pendamping medis.

**A.8. Pengaturan Repatriasi Medis
(menjamin sampai dengan IDR 50,000,000)**

Perusahaan bantuan akan mengatur kembalinya Tertanggung ke Negara Domisili setelah dilakukannya Evakuasi Medis Darurat Tertanggung dan rawat inap berikutnya di luar Negara Domisili. Perusahaan bantuan akan mengatur penyediaan komunikasi dan kemampuan berbahasa yang tepat, peralatan medis keliling dan pendamping medis.

**A.9. Pengaturan Pemulangan Jenazah
(menjamin sampai dengan IDR 50,000,000)**

Perusahaan bantuan akan mengatur transportasi jenazah Tertanggung ke Negara Domisili.

**A.10. Pengaturan Kunjungan Kerabat
(menjamin 1 tiket pesawat pulang pergi kelas ekonomi)**

Perusahaan bantuan akan mengatur untuk 1 tiket pesawat pulang pergi kelas ekonomi untuk keluarga atau teman dari Tertanggung yang ingin menemani Tertanggung, yang ketika bepergian sendiri, dirawat di rumah sakit di luar Negara Domisili selama lebih dari 7 hari.



A.11. Pengaturan Pemulangan Anak

(menjamin tiket pesawat kelas ekonomi sekali jalan)

Perusahaan bantuan akan mengatur untuk tiket pesawat kelas ekonomi sekali jalan untuk mengembalikan anak yang berusia 18 tahun ke Negara Domisili jika mereka ditinggalkan tanpa pengawasan sebagai akibat dari Tertanggung yang sakit, mengalami kecelakaan atau dilakukannya Evakuasi Medis Darurat. Pendamping akan disediakan, bila diperlukan.

A.12. Pengaturan Akomodasi

(menjamin IDR 1,000,000 per hari sampai dengan maksimum 5 hari)

Perusahaan bantuan akan mengatur akomodasi hotel untuk Tertanggung terkait dengan kejadian yang membutuhkan Evakuasi Medis Darurat, Repatriasi Medis Darurat atau Rawat Inap.

B. BANTUAN PERJALANAN (TRAVEL)

B.1. Inokulasi dan Kebutuhan Informasi Visa

Perusahaan bantuan akan menyediakan informasi menyangkut masalah persyaratan visa dan inokulasi untuk negara-negara asing, karena persyaratan tersebut merupakan bentuk khusus dari waktu ke waktu dalam edisi terbaru “Persyaratan Sertifikasi Vaksinasi dan Panduan Kesehatan untuk Perjalanan Internasional” (untuk inokulasi) dan “Panduan ABC untuk Informasi Perjalanan Internasional” (untuk visa) yang dipublikasikan oleh World Health Organization. Informasi ini akan diberikan kepada Tertanggung setiap saat, apakah Tertanggung melakukan perjalanan atau tidak atau keadaan darurat telah terjadi. Perusahaan bantuan harus memberikan informasi Tertanggung yang meminta informasi tersebut sehingga Perusahaan bantuan hanya menginformasikan persyaratan yang tercantum dalam dokumen dan Perusahaan bantuan harus memberi nama dokumen tersebut.



B.2. Rujukan Penerjemah

Perusahaan bantuan akan memberikan nama-nama, nomer telepon, dan jika mungkin dan diminta, jam buka kantor penerjemah negara-negara asing.

Meskipun Perusahaan bantuan memberikan rujukan, namun tidak dapat menjamin kualitas Penyedia Layanan dan pilihan akhir dari Penyedia Layanan merupakan keputusan Tertanggung. Perusahaan bantuan, bagaimanapun juga, akan sangat berhati-hati dalam memilih Penyedia Layanan.

B.3. Bantuan Kehilangan Bagasi

Perusahaan bantuan akan membantu Tertanggung yang kehilangan kopernya saat bepergian di luar Negara Domisili dengan mengarahkan Tertanggung ke pihak yang berwenang.

B.4. Bantuan Kehilangan Paspor

Perusahaan bantuan akan membantu Tertanggung yang kehilangan paspornya saat bepergian di luar Negara Domisili dengan mengarahkan Tertanggung ke pihak yang berwenang.

B.5. Rujukan Hukum

Perusahaan bantuan akan memberikan nama-nama, nomer telepon, dan jika mungkin dan diminta, jam buka kantor hukum negara-negara asing.

Meskipun Perusahaan bantuan memberikan rujukan, namun tidak dapat menjamin kualitas Penyedia Layanan dan pilihan akhir dari Penyedia Layanan merupakan keputusan Tertanggung. Perusahaan bantuan, bagaimanapun juga, akan sangat berhati-hati dalam memilih Penyedia Layanan.

B.6. Rujukan Kedutaan Besar

Perusahaan bantuan akan memberikan alamat, nomer telepon dan jam buka konsulat terdekat dan kantor kedutaan seluruh dunia.

Dalam hal terjadinya serangan, perang, kegiatan teroris atau kerusuhan sosial lainnya, kondisi cuaca buruk, bencana alam, Perusahaan dan Perusahaan bantuan akan mencoba membantu tetapi dianggap tidak ada kewajiban sesuai dengan ketentuan dan kondisi Polis.

Silahkan mengacu pada Dokumen Polis untuk detail pengecualian.

