

SYARAT-SYARAT UMUM POLIS SIMAS SEHAT GOLD

PT ASURANSI SINAR MAS (Selanjutnya disebut sebagai Penanggung)

Dengan ini setuju untuk mengasuransikan Peserta/Tertanggung yang namanya tercantum pada Surat Permintaan/ Formulir Aplikasi Asuransi yang merupakan bagian yang tak terpisahkan dari Polis, atas dasar pembayaran premi dan sejauh tunduk pada Ketentuan Umum, Definisi, Syarat-syarat, Pengecualian dan Endorsement yang terlampir pada Polis bahwa jika Peserta yang diasuransikan, dirawat-inap di Rumah Sakit, sebagai akibat dari Cedera karena Kecelakaan atau Penyakit, maka Penanggung akan membayar Jaminan yang tercantum dalam Tabel Jaminan Polis berdasarkan biaya-biaya yang sebenarnya, yang diperlukan dan nilainya wajar, sesuai jaminannya sampai batas maksimum untuk masing-masing jaminan.

BAB I

SYARAT-SYARAT UMUM

Polis ini dan Ikhtisarnya harus dibaca sebagai satu perjanjian. Setiap kata atau pernyataan yang terdapat pengertian khusus melekat di setiap bagian polis atau Ikhtisar Polis ini harus mempunyai pengertian khusus dimaksud dimanapun muncul di bagian polis atau Ikhtisarnya.

PASAL 1

DEFINISI/ISTILAH

Penanggung	: PT. ASURANSI SINAR MAS
Polis	: Surat kontrak perjanjian Asuransi Kesehatan Simas Sehat Gold yang dibuat dan ditandatangani oleh Penanggung berdasarkan Surat Permintaan/ Formulir Aplikasi Asuransi yang ditandatangani oleh Pemegang Polis, yang meliputi Ikhtisar Polis, Syarat-syarat Umum dan Syarat-syarat Khusus Polis.
Pemegang Polis	: Seseorang atau sebuah lembaga/badan kepada siapa Polis telah diterbitkan berkenaan dengan jaminan atas orang-orang yang secara khusus dinyatakan sebagai orang-orang yang diasuransikan dalam Polis.
Tertanggung atau Orang-orang yang Diasuransikan	: Mereka yang atas dirinya diadakan perjanjian asuransi, yang namanya tercantum pada Polis Asuransi.
Tanggal Efektif	: Tanggal pada saat mana Peserta atau Tertanggung mulai diasuransikan dibawah Polis.
Tahun Polis	: Periode satu tahun asuransi atau periode satu tahun setelah Perpanjangan dari Polis (Polis Perpanjangan).
Polis Perpanjangan	: Sebuah Polis yang telah diperpanjang untuk periode berikutnya tanpa terputus dari segi kesinambungan waktu dari saat tanggal jatuh tempo Polis tersebut, dengan isi (kondisi) yang sama.
Kepesertaan Awal	: Saat mana seseorang mulai diikutsertakan sebagai Tertanggung.
Kepesertaan Lanjutan	: Saat mana keikutsertaan seseorang sebagai Tertanggung telah diperpanjang.
Tanggungan Pemegang Polis	: Pasangan resmi dari Pemegang Polis yang tidak bercerai atau berpisah secara hukum dan berusia sampai dengan 60 (enam puluh) tahun untuk Kepesertaan Awal dan sampai dengan 75 (tujuh puluh lima) tahun untuk Kepesertaan Lanjutan dan semua anak yang sah (termasuk anak yang

diadopsi secara resmi), yang berusia mulai dari 15 (lima belas) hari tetapi kurang dari 19 (sembilan belas) tahun atau 24 (dua puluh empat) tahun jika masih terdaftar secara resmi sebagai pelajar penuh waktu pada sebuah lembaga pendidikan yang diakui asalkan anak-anak tersebut belum menikah dan belum bekerja serta tinggal bersama Tertanggung.

Pasangan Pemegang Polis	: Istri atau suami yang resmi/sah dari Pemegang Polis yang diasuransikan.
Rumah Sakit	: Suatu institusi /lembaga yang memiliki izin resmi dan terdaftar sebagai sebuah Rumah Sakit yang ditujukan untuk digunakan bagi perawatan dan pengobatan bagi orang-orang yang sakit dan cedera sebagai pasien yang membayar biaya perawatan dan yang : - memiliki fasilitas/sarana untuk melakukan diagnosa dan kamar bedah di tempat tersebut untuk dapat melaksanakan operasi /pembedahan besar. - memberikan pelayanan perawatan sepanjang 24 (dua puluh empat) jam sehari oleh para juru rawat yang berijazah dan terdaftar. - dibawah pengawasan seorang Dokter yang terdaftar resmi sepanjang waktu dan - bukan hanya berupa sebuah klinik; bukan merupakan tempat perawatan bagi pecandu alkohol atau obat bius; bukan suatu tempat perawatan, peristirahatan atau rumah untuk pemeliharaan kesehatan setelah mengalami sakit, atau bukan rumah untuk para lanjut usia, bukan rumah sakit jiwa ataupun badan usaha sejenisnya.
Rumah Sakit Provider	: Rumah Sakit yang mempunyai Perjanjian Kerjasama di bidang Pelayanan Jasa Rawat - Inap dengan Penanggung.
Rumah Sakit Non Provider	: Rumah Sakit selain dari Rumah Sakit Provider yang dapat dipilih sendiri oleh Tertanggung di mana saja di seluruh dunia.
ICU/Unit Perawatan Intensif	: Bagian dari Rumah Sakit yang secara permanen dicadangkan untuk perawatan-inap dari orang yang sakit kritis yang memerlukan observasi audio visual secara konstan.
Dokter	: Seseorang praktisi kedokteran yang sudah memiliki kualifikasi Sarjana dalam Ilmu Kedokteran Barat dan yang telah terdaftar dan memiliki izin untuk mempraktekkan Ilmu Kedokteran tersebut didalam wilayah geografis dimana pelayanan jasa kedokteran tersebut diberikan. "Dokter" bukanlah Tertanggung atau anggota keluarga Tertanggung.

Batasan hubungan keluarga dimaksud adalah hubungan keluarga sedarah sampai dengan derajat kedua dan/atau hubungan keluarga semenda.

Dokter Spesialis	: Dokter atau Dokter Gigi yang telah memiliki kualifikasi Sarjana dalam Ilmu Kedokteran Barat dan yang telah terdaftar dan memiliki izin untuk mempraktekkan Ilmu Kedokteran tersebut didalam wilayah geografis dimana pelayanan jasa kedokteran tersebut diberikan dan yang telah ditentukan oleh pihak yang berwenang dibidang kesehatan sebagai seseorang dengan keahlian khusus dalam bidang tertentu dari Ilmu Kedokteran atau Kedokteran Gigi.
Dokter Gigi	: Seseorang yang telah terdaftar dan memiliki izin untuk melaksanakan praktek Kedokteran Gigi didalam wilayah geografis dimana pelayanan jasa Kedokteran tersebut diberikan.
Dokter Bedah	: Seseorang praktisi Kedokteran yang telah memiliki kualifikasi Sarjana dalam Ilmu Kedokteran Barat dan mengkhususkan keahliannya pada bidang pembedahan dan telah memiliki izin untuk melaksanakan praktek didalam wilayah geografis dimana pelayanan jasa Kedokteran tersebut diberikan.
Keluarga Sedarah	: Suatu pertalian keluarga, yang mana yang satu adalah keturunan yang lain atau yang semua mempunyai nenek moyang yang sama.
Keluarga Semenda	: Suatu pertalian keluarga yang diakibatkan karena perkawinan, antara suami - istri dan para keluarga sedarah dari yang lain.
Obat-obatan yang diresepkan	: Obat-obatan yang diberikan oleh Dokter, Apoteker yang terdaftar atau Rumah Sakit dan yang telah diresepkan oleh Dokter atau Dokter Spesialis sehubungan dengan perawatan atas Ketidakmampuan Secara Fisik yang dijamin oleh Polis.
Perawatan Harian	: Cuci darah untuk perawatan ginjal atau perawatan radiotherapy atas suatu Ketidakmampuan Secara Fisik yang membutuhkan semua hal berikut ini : 1. Perawatan berkesinambungan di Rumah Sakit selama periode tertentu tetapi yang tidak mengharuskan Tertanggung untuk dirawat inap di Rumah Sakit. 2. Peralatan khusus yang terpasang di Rumah Sakit 3. Perawatan oleh Dokter Spesialis
Penyakit	: Kondisi fisik yang ditandai oleh adanya penyimpangan patologis atau penyimpangan dari kondisi kesehatan normal dan termasuk pula "Penyakit" yang diderita oleh Tertanggung ketika Polis masih berlaku.
Cedera	: Kerusakan pada tubuh akibat kecelakaan yang hanya disebabkan oleh penyebab yang berasal dari luar, bersifat kekerasan dan dapat dilihat, yang tidak direncanakan maupun diharapkan, yang terjadi pada Tertanggung.
Kecelakaan	: Semua kejadian yang bersifat tiba-tiba, tidak terduga sebelumnya, berasal dari luar diri Tertanggung, ada unsur kekerasan dan penyebabnya dapat dilihat, tidak dikehendaki dan tidak ada unsur-unsur kesengajaan dalam peristiwa itu yang secara langsung merupakan satu-satunya penyebab dari Cedera yang diderita oleh Tertanggung. 1. Dianggap sebagai suatu kecelakaan : 1.1. Keracunan dalam bentuk yang mendadak karena masuknya gas dan/atau uap yang mengandung racun kedalam tubuh dengan pengecualian keracunan yang diakibatkan oleh Tertanggung menggunakan dengan

sengaja obat-obat bius atau zat-zat lain yang dapat menimbulkan akibat-akibat yang merusak tubuh dan juga dengan sengaja mempergunakan obat-obatan dalam arti kata yang seluas-luasnya.

1.2. Penularan karena masuknya zat-zat yang mengandung kuman-kuman penyakit sebagai akibat dari terjatuhnya Tertanggung kedalam air atau kedalam zat cair atau pada zat padat lainnya dengan tidak sengaja.

1.3. Akibat malapetaka yang datang secara mendadak dari luar, seperti : karam kapal, pendaratan darurat, keruntuhan, tabrakan kendaraan bermotor.

2. Juga dianggap sebagai suatu kecelakaan :

2.1. Bila Tertanggung tanpa adanya unsur-unsur kesalahan pada dirinya bagaimanapun bentuk dan sifatnya, menderita cacat jasmani atau meninggal dunia sebagai akibat tindakan penganiayaan atau penyerangan yang dilakukan oleh pihak lain. Ketentuan ini tidak berlaku (sehingga Penanggung tidak berkewajiban membayar ganti rugi atas akibat-akibat itu) apabila penganiayaan dan/ atau penyerangan itu :

2.1.1. Dilakukan oleh orang yang secara langsung atau tidak langsung mempunyai kepentingan dalam pertanggungan ini.

2.1.2. Dilakukan oleh pihak lain berhubung adanya unsur-unsur kesalahan pada diri Tertanggung, bagai-manapun bentuk dan sifatnya kesalahan itu sehingga kesalahan itu menjadi sebab dari timbulnya penganiayaan atau penyerangan tersebut.

2.2. Masuknya kuman-kuman penyakit secara segera atau kemudian kedalam luka yang diakibatkan oleh suatu kecelakaan dengan ketentuan bahwa sifat dan letak dari luka itu dapat ditentukan secara ilmu kedokteran.

2.3. Tambah payahnya keadaan sebagai akibat dari pengobatan yang dilakukan oleh atau atas perintah seorang Dokter dan bukan karena inisiatif Tertanggung atau orang-orang yang berkepentingan dengan pertanggungan ini.

Ketidakmampuan Secara Fisik : Penyakit atau Cedera yang timbul dari suatu penyebab atau serangkaian penyebab secara berkesinambungan.

Satu Ketidakmampuan Secara Fisik : Setiap Penyakit atau Cedera yang diderita oleh Tertanggung dan semua perawatan berulang atas Penyakit atau Cedera tersebut serta semua kondisi yang berhubungan dengannya. Ketidakmampuan Secara Fisik lanjutan yang berasal dari penyebab yang sama akan dianggap sebagai akibat dari satu Penyakit atau satu Kecelakaan kecuali jika terjadi sekurang-kurangnya 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari setelah Tertanggung lepas rawat inap dari Rumah Sakit akibat perawatan sebelumnya.

Penyakit Kronis : Suatu penyakit atau cedera badan yang mana memiliki salah satu karakter dibawah ini :

1. berlangsung secara terus-menerus
2. berulang atau besar kemungkinan berulang
3. bersifat tetap/permanent
4. memerlukan rehabilitasi atau latihan khusus
5. memerlukan observasi, konsultasi, check-up, pemeriksaan atau tes yang berkelanjutan dalam jangka waktu yang lama.

Kelainan Bawaan : Ketidaknormalan Secara Medis yang telah ada pada saat seseorang dilahirkan, termasuk kelainan fisik neo-natal (setelah lahir) yang terbentuk dalam masa 6 (enam) bulan setelah kelahiran. Hal ini akan meliputi segala jenis hernia dan epilepsi kecuali jika disebabkan oleh trauma yang terjadi setelah tanggal dimana Tertanggung telah dijamin secara berkesinambungan dibawah Polis. Penyakit/kelainan yang termasuk sebagai kelainan bawaan adalah :

1. Thalassemia
2. Hemofilia
3. Hemangioma
4. Polydactil
5. Hydrocephalus
6. Atresia Ani
7. Atresia Billier
8. Strabismus
9. Fistula Pre-Auricular
10. Glaucoma Infantile
11. Hypospadias
12. Mammary Agenesis
13. Plano Valgus
14. Plano Varus
15. Kista Ductus Thyroglossus
16. Diabetes Juvenile
17. Atrial Septal Defect
18. Ventricular Septal Defect
19. Patent Ductus Arteriosus
20. Cerebral Palsy
21. Diverticle Meckle
22. Retinoblastoma
23. Skin Tag
24. Hernia pada anak di bawah 12 (dua belas) tahun

Penyakit/kelainan lain yang secara medis dikategorikan sebagai Kelainan Bawaan.

Perawatan Menginap di Rumah Sakit : Perawatan sebagai pasien menginap di Rumah Sakit untuk periode 8 (delapan) jam atau lebih untuk perawatan yang Secara Medis Diperlukan atas Ketidakmampuan Secara Fisik yang dijamin, untuk mana Rumah Sakit membebaskan biaya Kamar dan Menginap secara penuh, dan pasien dirawat atas nasehat/rekomendasi serta dibawah pengawasan dan kehadiran yang teratur dari Dokter. Dalam hal pembedahan, jangka waktu 8 (delapan) jam tersebut diabaikan dan tidak berlaku.

Pengeluaran yang memenuhi syarat : Biaya-biaya yang Secara Medis Diperlukan yang timbul sehubungan dengan Ketidakmampuan Secara Fisik yang dijamin oleh Polis.

Secara Medis Diperlukan : Suatu pelayanan jasa medis yang sesuai dengan diagnosa dan perawatan medis yang wajar/biasa dilakukan untuk Ketidakmampuan Secara Fisik yang dijamin oleh Polis, yang sesuai dengan standar praktek medis yang baik, bukan untuk kenyamanan dari Tertanggung atau Dokter dan untuk mana biaya yang dikenakan bersifat wajar dan masuk akal untuk Ketidakmampuan Secara Fisik tersebut.

Ahli Waris : Adalah mereka yang berhak atas pembayaran Uang Pertanggungan oleh Penanggung dalam hal Tertanggung meninggal akibat suatu kecelakaan dan yang nama serta hubungannya dengan Tertanggung tercantum jelas dalam Polis ini.

PASAL 2

KEPESERTAAN

1. Yang dapat diikutsertakan sebagai Tertanggung di bawah Polis adalah :
 - 1.1. Pemegang Polis yang berusia sampai dengan 60 (enam puluh) tahun pada saat Kepesertaan Awal dan sampai dengan 75 (tujuh puluh lima) tahun pada saat Kepesertaan Lanjutan.
 - 1.2. Pasangan (Istri/ Suami) dari Pemegang Polis yang berusia sampai dengan 50 (lima puluh) tahun pada saat Kepesertaan Awal dan sampai dengan 60 (enam puluh) tahun pada saat Kepesertaan Lanjutan.
 - 1.3. Anak-anak yang sah (termasuk anak yang diadopsi secara resmi) dari Pemegang Polis, yang berusia mulai dari 15 (lima belas) hari tetapi kurang dari 19 (sembilan belas) tahun atau dibawah 24 (dua puluh empat) tahun jika masih terdaftar secara resmi sebagai pelajar penuh waktu pada sebuah lembaga pendidikan yang diakui asalkan anak-anak tersebut belum menikah dan belum bekerja serta tinggal bersama Tertanggung.
2. Calon Peserta Asuransi baru mulai berubah status menjadi Tertanggung di bawah Polis ini jika semua syarat berikut ini telah dipenuhi :
 - 2.1. Formulir Aplikasi Asuransi **Simas Sehat Gold** yang telah diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh Pemohon, telah diterima oleh Penanggung.
 - 2.2. Atas dasar Formulir Aplikasi Asuransi, Penanggung menyatakan bahwa Calon Peserta Asuransi dapat diterima menjadi Tertanggung.
 - 2.3. Polis Asuransi telah diterima oleh Pemohon dan Tanda Terima Polis yang telah ditandatangani oleh Pemegang Polis telah diterima kembali oleh Penanggung.
3. Peserta Asuransi/Tertanggung yang telah habis masa pertanggungannya dan akan melanjutkan kepesertaan melalui Polis Perpanjangan, harus memenuhi ketentuan sebagai berikut :
 - 3.1. Menyetujui kondisi yang telah dikeluarkan oleh Penanggung atas perpanjangan Polis, yaitu dengan menandatangani formulir perpanjangan Polis.
 - 3.2. Melampirkan hasil General Check Up dan saran saran Dokter untuk :
 - 3.2.1. Tertanggung yang berusia diatas 50 (lima puluh) tahun
 - 3.2.2. Tertanggung dengan riwayat penyakit tertentu sesuai pertimbangan Penanggung.

PASAL 3

PENAMBAHAN TERTANGGUNG

Apabila ada Tanggungan Pemegang Polis yang belum diasuransikan di bawah Polis, maka Pemegang Polis dapat mengusulkan keikutsertaan Tanggungan tersebut dengan menyerahkan kepada Penanggung Formulir Aplikasi Asuransi yang telah diisi secara lengkap dan ditandatangani. Berdasarkan persetujuan dari Penanggung, jaminan untuk Tanggungan Pemegang Polis tersebut akan dimulai pada tanggal permintaan asuransi atasnya disetujui oleh Penanggung atau tanggal yang tercantum dalam Formulir Aplikasi Asuransi, mana saja yang lebih akhir, dengan syarat Premi yang sesuai untuk Tanggungan Pemegang Polis tersebut telah dibayar lunas.

PASAL 4

PREMI

1. Tanggal Jatuh Tempo Pembayaran Premi

Tanggal Jatuh Tempo Pembayaran premi adalah pada saat Tanggal Efektif dari Polis dan Tanggal Efektif dari Polis Perpanjangan.

2. Grace Period

Grace Period atau masa kelonggaran pembayaran premi adalah 10 (sepuluh) hari pertama dari Tanggal Efektif Polis sebagaimana tercantum dalam Polis Asuransi dan Tanggal Efektif dari Polis Perpanjangan. Jika premi tidak dibayar sebelum berakhirnya Grace Period, maka Polis akan secara otomatis batal pada tanggal berakhirnya Grace Period, kecuali jika sebelumnya Pemegang Polis telah memberitahukan secara tertulis kepada Penanggung sebelum tanggal pembatalan, Polis akan batal sejak tanggal pemberitahuan tersebut. Pemegang Polis bertanggung jawab kepada Penanggung atas pembayaran premi untuk masa Grace Period tersebut.

Setelah pembatalan Polis tersebut, Pemegang Polis dapat mengajukan pengaktifan kembali Polis asalkan mendapat persetujuan dari Penanggung dan sejauh tunduk pada syarat-syarat dan kondisi yang ditetapkan oleh Penanggung termasuk pembayaran atas premi-premi yang telah jatuh tempo dan belum dibayar beserta dengan bunga uang sesuai tingkat bunga yang akan diputuskan oleh Penanggung. Penanggung tidak bertanggungjawab untuk membayar klaim yang terjadi selama masa dimana premi tidak dibayar, meskipun setelah pengaktifan kembali Polis, premi yang belum dibayar tersebut telah dilunasi kemudian. Kecuali jika Penanggung menolak untuk memperpanjang Polis, jika terjadi kerugian selama masa Grace Period, maka setiap jumlah uang yang dapat dibayarkan oleh Penanggung akan dikurangi seluruhnya dari premi Polis Perpanjangan, atau dari bagian premi yang belum dibayar.

3. Perubahan Suku Premi

Perusahaan mempunyai hak untuk mengubah suku premi sewaktu-waktu asalkan perubahan suku premi tersebut berlaku untuk semua polis asuransi sejenis dan perubahan tersebut dikomunikasikan/disampaikan kepada Pemegang Polis sekurang-kurangnya 15 (lima belas) hari sebelum tanggal berlakunya perubahan tersebut.

4. Dasar Pembayaran dan Penyesuaian

4.1 Pembayaran Premi untuk Polis dilakukan berdasarkan atas kelompok usia yang dicapai oleh Pemegang Polis/ Tertanggung pada Tanggal Efektif Polis.

4.2 Jumlah Premi yang berlaku bagi Pemegang Polis dan Tertanggung jika tercantum sebagai Orang Yang Diasuransikan akan berubah/disesuaikan ketika Pemegang Polis dan atau Tertanggung telah memasuki kelompok umur yang lebih tinggi sebagai berikut :

0 s/d 19 tahun
20 - 29 tahun
30 - 39 tahun
40 - 49 tahun
50 - 55 tahun
56 - 60 tahun
61 - 65 tahun
66 - 70 tahun
71 - 75 tahun

5. Cara Pembayaran Premi

5.1. Premi Bulanan

Pembayaran premi bulanan hanya dapat dilakukan melalui Kartu Kredit Visa/MasterCard

5.2. Premi Tahunan

Pembayaran premi Tahunan dapat dilakukan secara :

5.2.1. Transfer ke Rekening PT. Asuransi Sinar Mas

5.2.2. Melalui kartu kredit (Visa/Master)

Polis dianggap lunas apabila pembayaran sudah diterima di rekening Bank PT. Asuransi Sinar Mas.

6. Perubahan Cara Pembayaran

Perubahan cara pembayaran atas premi asuransi ini hanya dapat dilakukan pada tanggal Efektif Polis disaat perpanjangan Polis.

7. Tanggal Jatuh Tempo Pembayaran Premi

Tanggal jatuh tempo pembayaran premi sesuai yang tercantum dalam Ikhtisar Polis akan jatuh tempo pada saat Tanggal berlakunya Polis Asuransi dan :

7.1. Apabila pembayaran premi dilakukan secara bulanan, pada tanggal yang sama setiap bulan berikutnya.

7.2. Apabila premi dibayar tahunan, pada saat Tanggal Efektif dari Polis dan Tanggal Efektif dari Polis Perpanjangan.

8. Pembatalan Karena Premi Tidak Dibayar

8.1. Apabila pembayaran premi yang dibebankan ke Kartu Kredit Visa/MasterCard sejak awal tidak pernah dibayar, maka Polis ini dianggap tidak berlaku sejak Tanggal Berlaku Asuransi yang dimaksud.

8.2. Kecuali apabila satu bulan premi atau lebih yang dibebankan kepada Rekening Kartu Visa/MasterCard telah dibayar, maka setiap premi berikutnya yang tidak dibayar akan mengakhiri pertanggungan berdasarkan Polis ini yaitu terhitung sejak tanggal jatuh tempo premi yang telah dibayar tersebut.

9. Tanggal Berlakunya Pembatalan

Polis ini, dan semua pertanggungan atas tiap Orang Tertanggung akan berakhir pada pukul 12.01 Waktu Indonesia Bagian Barat (WIB) pada tanggal-tanggal yang ditentukan diatas.

10. Kedudukan Klaim Pada Saat Premi Tahunan Belum Dibayar Lunas

Apabila Tertanggung memilih cara pembayaran secara angsuran dan Tertanggung harus menjalani perawatan inap di Rumah Sakit dimana pada saat perawatan tersebut terjadi, premi tahunan belum dibayarkan secara penuh oleh Tertanggung, maka berlaku kondisi sebagai berikut :

10.1. Perawatan di Rumah Sakit Provider

Pelayanan di Rumah Sakit Provider hanya dapat dilakukan setelah Tertanggung setuju untuk melunasi seluruh sisa premi tahunan sebelum perawatan inap yang dimaksud berakhir.

10.2. Perawatan di Rumah Sakit Non Provider

Pembayaran klaim reimbursement yang disetujui oleh Penanggung akan digunakan terlebih dahulu untuk melunasi sisa premi tahunan yang belum dibayarkan oleh Tertanggung. Selisih dari nilai klaim yang disetujui oleh Penanggung dengan nilai outstanding premi (jika ada), akan dibayarkan kepada Tertanggung.

PASAL 5

PENGGANTI PEMEGANG POLIS

Jika Pemegang Polis yang diasuransikan meninggal dunia, ketika Polis masih berlaku, maka Pasangan yang sah dari Pemegang Polis, jikapada saat yang sama juga sebagai Tertanggung, akan secara otomatis menjadi Pemegang Polis dan semua istilah di dalam Polis yang memuat Pemegang Polis, akan berarti Pasangan yang telah berubah status menjadi Pengganti Pemegang Polis.

PASAL 6

PENINGKATAN KELAS JAMINAN

Setiap peningkatan jaminan asuransi atas Pemegang Polis atau Tanggungan Pemegang Polis yang diasuransikan yang timbul karena adanya peningkatan plan sebagaimana tercantum dalam Polis Asuransi, akan mulai berlaku pada tanggal perubahan tersebut.

Setiap peningkatan jaminan asuransi ketika Polis masih berlaku harus didasarkan pada adanya bukti "insurability" dan jika pada saat terjadinya peningkatan tersebut, Pemegang Polis atau Tanggungan Pemegang Polis yang diasuransikan telah menderita suatu Ketidakmampuan

Secara Fisik, maka batas jaminan yang dapat dibayarkan sehubungan dengan Ketidakmampuan Secara Fisik tersebut dibatasi pada jaminan asuransi sebelum tanggal peningkatan jaminan dan akan tetap demikian hingga selama 6 (enam) bulan setelah tanggal peningkatan jaminan.

PASAL 7

PEMBATALAN KEPESERTAAN PERORANGAN

1. Pemegang Polis

Asuransi atas Pemegang Polis yang diasuransikan akan secara otomatis berakhir :

- 1.1. pada saat Polis dibatalkan.
- 1.2. pada tanggal jatuh tempo premi jika premi atas Polis tidak dibayar.
- 1.3. pada saat Pemegang Polis meninggal dunia.
- 1.4. pada tanggal Pemegang Polis mencapai usia 61 (enam puluh satu) tahun untuk kepesertaan awal atau mencapai usia 76 (tujuh puluh enam) tahun untuk kepesertaan lanjutan

2. Tanggungan Pemegang Polis

Asuransi atas Pemegang Polis yang diasuransikan akan berakhir :

- 2.1. pada tanggal asuransi dari Pemegang Polis yang diasuransikan berakhir.
- 2.2. pada tanggal Tanggungan Pemegang Polis berakhir menjadi Tanggungan sesuai definisi pada Polis.

Tanggung jawab dari Polis akan berakhir pada hari terakhir dari jaminan atas Pemegang Polis dan Tanggungan Pemegang Polis yang diasuransikan kecuali jika Pemegang Polis atau Tanggungan yang diasuransikan tersebut telah dirawat-inap atau sedang menerima perawatan pembedahan sebelum tanggal berakhirnya Polis, tetapi hanya sampai batas maksimum penggantian yang tercantum dalam Ikhtisar Polis dan Syarat - Syarat Khusus Polis.

BAB II

SYARAT-SYARAT KHUSUS

PASAL 1

RESIKO YANG DIJAMIN

Bahwa apabila Peserta yang diasuransikan, dirawat-inap di Rumah Sakit, sebagai akibat dari Cedera karena Kecelakaan atau Penyakit, maka Penanggung akan membayar Jaminan yang tercantum pada Lampiran 1 Syarat-Syarat Khusus Polis **Simas Sehat Gold** . Tabel Jaminan Polis-**Simas Sehat Gold** . berdasarkan biaya-biaya yang sebenarnya, yang Diperlukan Secara Medis dan nilainya wajar, sesuai jaminannya sampai batas maksimum untuk masing-masing jaminan.

Jaminan-jaminan yang diberikan dibawah Polis berlaku tanpa batas geografis selama 24 (dua puluh empat) jam sehari. Jaminan hanya berlaku untuk bagian-bagian yang tercantum dalam Tabel Jaminan Polis. Jumlah yang dapat dibayar tidak boleh melebihi biaya sebenarnya dari pelayanan tersebut dan tanggungjawab maksimum dari Penanggung tidak boleh melebihi batas-batas maksimum dari Pengeluaran yang memenuhi syarat. Batas maksimum dari Pengeluaran yang memenuhi syarat terdapat didalam Tabel Jaminan Polis sejauh tunduk pada syarat-syarat dan ketentuan yang tercantum dalam Syarat-syarat Umum Polis **Simas Sehat Gold** .

PENJELASAN JAMINAN

Bagian I (Lihat Tabel Jaminan Polis Bagian I)

1. Biaya Kamar dan Menginap

Penggantian biaya-biaya sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk akomodasi kamar dan menginap, pelayanan perawatan umum dan makanan untuk setiap hari perawatan sebagai pasien menginap yang terdaftar di Rumah Sakit atas rekomendasi dari praktisi kedokteran yang terdaftar. Batas jaminan yang dijelaskan dalam Tabel Jaminan Polis adalah batas harian dan jumlah maksimum hari untuk setiap perawatan-inap tidak boleh melebihi 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari untuk setiap Ketidakmampuan Secara Fisik.

2. Biaya Kamar ICU/ICCU (Unit Perawatan Intensif)

Penggantian biaya-biaya harian yang sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit selama perawatan sebagai pasien menginap di Unit Perawatan Intensif dari Rumah Sakit asalkan dinyatakan Secara Medis Diperlukan oleh Dokter yang merawat atau Dokter Bedah bahwa seorang Tertanggung harus dirawat menginap di Unit Perawatan Intensif. Batas jaminan yang dijelaskan dalam Tabel Jaminan Polis adalah batas harian dan jumlah maksimum hari untuk setiap perawatan-inap tidak boleh melebihi 60 (enam puluh) hari sebagaimana tercantum dalam Tabel Jaminan Polis. Jumlah 60 (enam puluh) hari ini sudah termasuk dalam 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari untuk Biaya Kamar & Menginap.

3. Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit

Penggantian biaya-biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit atas semua pelayanan yang umumnya diberikan oleh Rumah Sakit yang Secara Medis Diperlukan selama periode perawatan-inap, yang mencakup obat-obatan yang diresepkan dan dikonsumsi selama di Rumah Sakit, perban, plester, implant (penanaman/pemasangan alat pada tubuh), biaya pengobatan, fisiotherapi, pemeriksaan laboratorium dan sinar-X, elektrokardiogram, infus, administrasi transfusi dan transfusi darah, oxygen dan administrasinya, penyewaan alat-alat di Rumah Sakit, Jururawat Pribadi selama di Rumah Sakit jika Secara Medis Diperlukan, Perawatan Harian dan biaya administrasi Rumah Sakit.

4. Biaya Pembedahan

Penggantian biaya-biaya untuk pembayaran Dokter Bedah, pemeriksaan sebelum pembedahan dan semua perawatan umum pasca pembedahan sampai dengan 31 (tiga puluh satu) hari sebelum dan atau sesudah pembedahan, yang dibebankan oleh Dokter Bedah, tetapi tidak boleh melebihi batas maksimum Pengeluaran yang memenuhi syarat. Biaya Pembedahan akan termasuk pula biaya-biaya yang dibebankan oleh Dokter Umum/Bedah kedua yang mungkin saja diajak berkonsultasi sebelum perawatan-inap di Rumah Sakit untuk operasi pembedahan.

1. Termasuk pula dalam Biaya Pembedahan adalah Penggantian biaya-biaya sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter Bius dan Biaya Kamar Bedah sehubungan dengan prosedur pembedahan yang dilakukan.

2. Penggantian biaya biaya yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk pemeriksaan DSA (Digital Substraction Angiography) yang dilanjutkan dengan tindakan terapeutik seperti embolisasi, stenting, trombolisis, trombektomi dan tindakan terapi terapeutik lainnya hanya untuk peserta yang dinyatakan sudah menderita stroke dan HARUS memenuhi seluruh kriteria dibawah ini :

- Kelainan neurologis yang menetap seperti kelumpuhan sebagian atau seluruh anggota badan selama lebih dari 24 (dua puluh empat) jam.
- Terdapat hasil radiologi yang menunjang adanya kematian jaringan otak.

Ketentuan Khusus : Pembedahan Rawat Jalan

Biaya maksimum yang dapat dibayarkan untuk pembedahan di Bagian Rawat Jalan dari sebuah Rumah Sakit atau di Ruang Praktek Dokter Bedah didasarkan pada Batasan Pengeluaran yang memenuhi syarat dalam Polis.

5. Kunjungan Dokter di Rumah Sakit

Penggantian biaya-biaya sebenarnya yang dibebankan oleh seorang Dokter untuk kunjungan dan pengobatan harian oleh Dokter tersebut dalam kasus perawatan-inap non-bedah dengan batasan maksimum satu kunjungan per-hari.

6. Kunjungan dan Konsultasi Dokter Spesialis di Rumah Sakit

Penggantian biaya-biaya konsultasi yang dibebankan oleh seorang Dokter Spesialis sehubungan dengan Ketidakmampuan Secara Fisik yang membutuhkan perawatan-inap di Rumah Sakit asalkan konsultasi tersebut telah direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter yang merawat.

7. Biaya Pemeriksaan Laboratorium dan Test Diagnostik sebelum Perawatan Inap Rumah Sakit

Penggantian biaya-biaya konsultasi Dokter Umum, Spesialis dan Test Laboratorium yang terjadi dalam waktu 7 (tujuh) hari sebelum perawatan-inap non bedah di Rumah Sakit asalkan tidak melebihi jumlah yang tercantum dalam Tabel Jaminan Polis.

8. Biaya Konsultasi Lanjutan setelah Perawatan Inap di Rumah Sakit

Penggantian biaya yang timbul atas pengobatan lanjutan oleh Dokter yang sama sampai periode 60 (enam puluh) hari setelah lepas rawat-inap dari Rumah Sakit, dalam kasus perawatan-inap non-bedah.

9. Biaya Transportasi dengan Mobil Ambulans menuju ke Rumah Sakit (Dalam Keadaan Darurat)

Penggantian biaya yang dibebankan oleh suatu Rumah Sakit atau organisasi yang menyediakan jasa Mobil Ambulans untuk mengangkut seorang Tertanggung dari tempat kejadian ke Rumah Sakit pada saat darurat untuk perawatan-inap di Rumah Sakit.

10. Perawatan Darurat Gigi Akibat Kecelakaan

Penggantian biaya yang terjadi sebagai akibat dari cedera karena kecelakaan yang terjadi pada gigi alamiah yang benar-benar sehat, perawatan mana dilakukan di Klinik atau Rumah Sakit dan sebagai pasien rawat jalan asalkan perawatan dilakukan dalam jangka waktu 24 (dua puluh empat) jam setelah kecelakaan dan perawatan demikian telah direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter jaga.

Termasuk pula dibawah jaminan ini segala biaya untuk konsultasi dan pengobatan lanjutan akibat kecelakaan yang dilakukan dalam waktu 14 (empat belas) hari sejak terjadinya kecelakaan.

11. Rawat Jalan Darurat Akibat Kecelakaan

Penggantian biaya atas perawatan darurat yang terjadi sebagai akibat dari cedera karena kecelakaan yang dilakukan di Klinik atau Rumah Sakit dan sebagai pasien berobat jalan dalam jangka waktu 48 (empat puluh delapan) jam setelah kecelakaan yang menyebabkan cedera itu.

Termasuk pula dibawah jaminan ini segala biaya untuk konsultasi dan pengobatan lanjutan akibat kecelakaan yang dilakukan dalam waktu 14 (empat belas) hari sejak terjadinya kecelakaan.

Ketentuan :

1. Batas Maksimum Penggantian Per Tahun untuk Bagian I yaitu untuk Jenis Jaminan 1 sampai dengan 12 adalah sebagaimana tercantum dalam Tabel Jaminan Polis.
2. Biaya Kamar dan Menginap yang dipilih pada Bagian I untuk Jenis Jaminan nomor 1 dan 2, tidak boleh melebihi Biaya Kamar dan Menginap yang tercantum dalam Ikhtisar Polis. Jika Biaya Kamar dan Menginap yang dipilih ternyata melebihi yang tercantum dalam Ikhtisar Polis, maka biaya-biaya yang dapat dibayar oleh Penanggung I dari Tabel Jaminan Polis akan dihitung secara proporsional berdasarkan rumus :

$$\frac{\text{Biaya Kamar \& Menginap sesuai Ikhtisar Polis}}{\text{Biaya Kamar \& Menginap yang dipilih}} \times \text{Biaya Sebenarnya}$$

Asalkan tidak melebihi Batas Maksimum Penggantian per jenis Jaminan untuk tiap perawatan dan Batasan Maksimum Penggantian Per-Tahun. Selisih dari Biaya yang tidak dapat dibayar menjadi tanggungjawab dari Tertanggung.

Bagian II (Lihat Tabel Jaminan Polis Bagian II)

1. Kecelakaan Diri (Bebas Premi)

Luas Jaminan yang dimaksud dalam pertanggungan ini adalah untuk Resiko A (Meninggal Dunia akibat Kecelakaan) dan Resiko B (Cacat Tetap Sebagian atau Seluruhnya). Batas Maksimum Penggantian sesuai yang tercantum pada Ikhtisar Polis.

2. Kecelakaan Diri (Dengan Tambahan Premi)

Sama dengan penjelasan pada Pasal 1 Bagian II butir 1. Batas Maksimum Penggantian sesuai yang tercantum pada Ikhtisar Polis.

KETENTUAN JAMINAN KHUSUS

1. JAMINAN KHUSUS SANTUNAN TUNAI HARIAN

Dalam hal Tertanggung terdaftar secara ganda sebagai peserta Polis Asuransi Kesehatan dan BPJS Kesehatan, maka apabila Tertanggung menjalani perawatan inap sesuai dengan tahapan dari prosedur BPJS Kesehatan, Tertanggung berhak mendapatkan santunan tunai harian sebesar limit Biaya Kamar dan Menginap dari Polis Asuransi Kesehatan. Jumlah maksimum hari yang dibayarkan adalah sesuai jumlah hari perawatan menginap yang dibebankan oleh Rumah Sakit.

1.1. Termasuk dibawah jaminan ini :

1.1.1. Perawatan bedah tanpa menginap di Rumah Sakit/pembedahan rawat jalan (one day surgery) serta perawatan bedah lainnya yang dijamin Polis dengan batas maksimum santunan sebesar jumlah dari perawatan.

1.1.2. Perawatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan secara tidak penuh, dimana excess biaya yang timbul telah ditanggung oleh Penanggung lain.

1.2. Tidak termasuk dibawah jaminan ini :

1.2.1. Perawatan yang tidak dijamin Polis

1.2.2. Perawatan harian tanpa menginap di Rumah Sakit seperti kemoterapi, hemodialisa, tranfusi darah, injeksi pegasys/interferon dan pengobatan sejenis.

1.2.3. Perawatan yang tidak mengikuti ketentuan BPJS Kesehatan (kecuali seperti yang tercantum pada nomor 1.2).

1.2.4. Perawatan dari BPJS Kesehatan yang telah atau akan dibayarkan sebagian oleh Penanggung termasuk biaya obat-obatan, alat medis dan sebagainya, yang mana biaya tersebut tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan

2. JAMINAN PROGRAM GLOBAL ASSISTANCE AND HEALTHCARE (GAH)

Diberikan kepada Tertanggung yang sedang mengadakan perjalanan ke suatu tujuan yang berada lebih dari 50 km dari tempat kediaman Tertanggung selama periode maks.90 hari

2.1. DEFINISI

2.1.1. GAH berarti Global Assistance & Healthcare, yaitu pihak yang ditunjuk oleh Penanggung untuk memberikan layanan evakuasi dan repatriasi.

2.1.2. Dokter GAH berarti para dokter yang dipekerjakan oleh GAH Alarm Center. Dokter GAH bertanggung jawab menentukan, dalam hubungannya dengan dokter setempat yang merawat peserta, kebutuhan medis untuk transportasi darurat atau tindakan medis alternative.

2.1.3. GAH ALARM CENTER berarti pusat pelayanan yang disediakan dan diatur oleh GAH dan afiliasinya untuk memberikan layanan kepada pada peserta.

- 2.1.4. **PENYAKIT** berarti tiap penurunan tingkat kesehatan yang tiba-tiba atau tidak diduga yang dinyatakan oleh petugas medis yang berwenang, yang menurut pendapat Dokter GAH mengancam keselamatan atau yang bila tidak ditangani sebagaimana mestinya dapat mengakibatkan gangguan kesehatan yang permanen.
- 2.1.5. **KECELAKAAN** berarti tiap peristiwa mendadak atau tidak terduga dan kejadian buruk yang mungkin menimpa peserta, kecuali cedera yang disebabkan oleh perbuatan melukai diri sendiri atau yang disengaja dilakukan, yang menurut pendapat dokter GAH mengancam keselamatan atau yang bila tidak ditangani sebagaimana mestinya, dapat mengakibatkan gangguan kesehatan permanen.
- 2.1.6. **NEGARA ASAL KEDIAMAN UTAMA** berarti Negara dimana para peserta memiliki kediaman tetap dan sebagaimana tertera pada paspor peserta.
- 2.1.7. **KASUS DARURAT** berarti kondisi peserta yang mengancam keselamatan jiwa yang bila tidak ditangani sebagaimana mestinya dapat mengakibatkan kematian/gangguan kesehatan yang permanen.

2.2. PENJELASAN JAMINAN

2.2.1. Evakuasi Medis

Mengaturkan evakuasi darurat dengan cara apa pun yang diperlukan secara medis ke sarana terdekat yang mampu memberikan layanan yang memadai bila peserta mengalami Kecelakaan atau Sakit serius yang memerlukan perawatan segera, sementara sarana medis yang memadai tidak tersedia. Keputusan tentang diperlukannya suatu evakuasi/pemulangan dan sarana angkutan akan ditentukan oleh Dokter GAH setelah konsultasi dengan dokter setempat yang menangani maks.1 (satu) kali untuk setiap keadaan medis Tertanggung. Pertimbangan medis, sifat kedaruratan, kondisi peserta dan kemampuan untuk melakukan perjalanan, maupun keadaan terkait lainnya termasuk ketersediaan lapangan udara, kondisi cuaca dan jarak tempuh, akan menentukan apakah pengangkutan akan dilakukan dengan pesawat pribadi yang dilengkapi peralatan medis, helikopter, penerbangan komersil terjadwal, kereta api atau ambulans. Seluruh evakuasi GAH dilakukan dibawah pengawasan medis berkelanjutan, kecuali disepakati lain oleh Dokter GAH.

2.2.2. Pemulangan/Repatriasi Medis

Mengurus proses pemulangan medis yang hanya akan dilakukan dengan menggunakan ambulans darat atau dengan penerbangan komersil terjadwal, apabila Dokter GAH, dalam konsultasinya dengan dokter setempat yang merawat, memutuskan bahwa perawatan perlu dilanjutkan di satu fasilitas medis di negara asal kediaman peserta setelah stabilisasi dilakukan terhadap peserta.

2.2.3. Pemulangan/Repatriasi Jenazah

Memberikan semua bantuan yang dimungkinkan dengan formalitas yang diperlukan dan menanggung biaya angkutan terkait pemulangan/repatriasi jenazah, dalam hal kematian atas peserta dalam perjalanan yang dilakukan ke lokasi sebagaimana yang dipilih oleh wakil resmi (perorangan) dari peserta. Layanan maksimum yang dapat dibayarkan hingga US\$15,000 (lima belas ribu US Dollar). Biaya-biaya yang seperti tapi tidak terbatas pada layanan pemakaman, bunga, peti jenazah tidak dijamin oleh Polis (tetap menjadi tanggung jawab peserta).

2.2.4. Informasi dan Bantuan Medis 24 Jam di Seluruh Dunia

Menyediakan informasi arahan pra-perjalanan mengenai negara dan wilayah yang akan dikunjungi, termasuk dokter berbahasa Inggris setempat dan/atau alamat serta nomor telepon rumah sakit. Apabila nomor telepon yang diinformasikan tidak dapat dihubungi, atau bila diperlukan suatu konsultasi tambahan untuk peserta, maka peserta dapat menghubungi Dokter GAH melalui GAH Alarm Centre untuk memberikan konsultasi medis. GAH Alarm Centre menyediakan staf multibahasa, dengan catatan bahwa percakapan telepon, bahkan dengan dokter setempat yang menangani, bukan untuk tujuan menetapkan diagnosis, tetapi hanya sebatas pemberian nasehat medis.

2.2.5. Angkutan untuk Menyusul Peserta yang Dirawat di Rumah Sakit

Mengurus dan membayar angkutan kelas ekonomi pulang-pergi bagi satu orang yang ditunjuk oleh peserta untuk menyusul bila yang bersangkutan sedang dirawat di rumah sakit di luar negeri tanpa pendamping selama lebih dari 7 (tujuh) hari. Biaya akomodasi pengunjung sampai dengan USD 50.00 (lima puluh US Dollar) selama maksimum 7 (tujuh) hari. Biaya lain-lainnya menjadi tanggungan peserta.

2.2.6. Pemulangan Anak

Mengurus dan membayar angkutan kelas ekonomi sekali jalan bagi anak-anak yang dijamin oleh polis ini yang ditinggal tanpa pengawasan sebagai akibat Kecelakaan atau Sakit yang menimpa orang tua tersebut, menuju tempat kediaman mereka atau ke kediaman keluarga terdekat atau wali yang ditunjuk, mana saja yang paling sesuai. Pendamping yang berkualifikasi juga akan disediakan oleh GAH tanpa biaya, bilamana dibutuhkan.

2.2.7. Pemulangan Pendamping Perjalanan

Mengatur dan membayar satu tiket angkutan udara kelas ekonomi bagi teman seperjalanan peserta dikarenakan tiket pesawat pulang teman seperjalanannya tidak dapat lagi digunakan karena peserta dievakuasi oleh GAH sebagai akibat dari Kecelakaan atau Penyakit. Biaya pemulangan yang dijamin Polis adalah biaya tiket menuju ke negara keberangkatan.

2.3. PENGECUALIAN

Dalam keadaan-keadaan berikut, biaya pemberian Layanan-layanan bantuan darurat tidak akan ditanggung oleh GAH. Namun, GAH akan mengusahakan untuk membantu peserta, dengan asas layanan berbayar, berdasarkan pada penyediaan jaminan keuangan yang sesuai dari peserta :

- 2.3.1. Penyediaan Layanan-layanan, yang tidak dijelaskan pada PENJELASAN JAMINAN, atau selama premi belum dibayarkan oleh peserta. Layanan-layanan yang diberikan tanpa otorisasi dan/atau campur tangan GAH.
- 2.3.2. Biaya yang sudah dibayarkan oleh pihak lain yang menyebabkan tidak diperlukannya intervensi/layanan dari GAH, atau biaya-biaya yang sudah dijamin oleh polis asuransi.
- 2.3.3. Kasus sakit atau cedera ringan, yang menurut pendapat Dokter GAH dapat ditangani oleh fasilitas medis setempat dan segala penyakit atau cedera yang tidak akan menghambat peserta dalam meneruskan perjalanan atau pekerjaan.

- 2.3.4. Biaya yang timbul dimana peserta menurut pendapat Dokter GAH mampu secara fisik untuk mengadakan perjalanan dan berstatus sebagai penumpang biasa tanpa pengawasan medis, kecuali memang dipandang perlu oleh Dokter GAH.
- 2.3.5. Keadaan dimana sebuah perjalanan secara khusus dilakukan dengan maksud untuk memperoleh perawatan medis. Termasuk dibawah pengecualian ini, kasus yang menyangkut kelahiran atau kehamilan, kecuali timbul komplikasi tak terduga yang membahayakan jiwa ibu dan/atau bayi dalam kandungan.
- 2.3.6. Keadaan dimana peserta melakukan sebuah perjalanan yang berlawanan dengan perintah atau anjuran dokter.
- 2.3.7. Biaya yang timbul dari penyakit atau cedera yang disengaja, gangguan kejiwaan, penyalahgunaan alkohol, obat-obatan maupun zat lain atau paparan diri sendiri terhadap bahaya yang tak perlu (kecuali dalam upaya menyelamatkan jiwa manusia).
- 2.3.8. Perintah untuk, atau upaya untuk melakukan, tindakan melawan hukum.
- 2.3.9. Biaya yang timbul sebagai akibat peserta menjalani dinas aktif militer suatu negara. Keikutsertaan aktif dalam perang (baik dinyatakan atau tidak), invasi, tindakan musuh asing, permusuhan, perang saudara, pemberontakan, huru-hara, revolusi atau perlawanan rakyat.
- 2.3.10. Setiap konsekuensi atau kerugian yang merupakan akibat langsung dari reaksi atau radiasi nuklir.
- 2.3.11. Biaya yang disebabkan atau dikontribusikan oleh atau yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari perang, invasi, perang saudara, pertikaian senjata, kegiatan teroris, pemberontakan, revolusi, huru-hara, kekuatan militer atau kekuasaan yang tidak sah, penyitaan atau nasionalisasi atau penghancuran atau pengrusakan atas barang milik oleh dan atas perintah pemerintah manapun atau penguasa setempat, kecuali klaim dimana peserta tidak terlibat secara aktif dalam salah satu atau sejumlah peristiwa yang dinyatakan tersebut dan/atau dimana peserta belum bepergian atau peserta tidak terus menentang anjuran resmi Pemerintah.
- 2.3.12. Biaya yang disebabkan atau dikontribusikan oleh atau yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari kegiatan Teroris yang melibatkan penggunaan senjata perusak masal Nuklir, Biologis atau Kimia bagaimanapun kemungkinan kesemuanya ini disebarkan atau dikombinasikan. Atas pengecualian ini, dapat dijelaskan sebagai berikut:
 - a. Kegiatan teroris berarti tindakan, atau segala tindakan, dari seseorang, atau sejumlah kelompok orang, yang terikat dalam tujuan politik, agama, ideologi atau sejenisnya dengan maksud mempengaruhi suatu pemerintah dan/atau menempatkan masyarakat, atau bagian tertentu dari masyarakat, dalam ketakutan. Kegiatan teroris dapat meliputi, tetapi tidak terbatas pada, penggunaan yang sesungguhnya akan kekuatan atau kekerasan dan/atau ancaman penggunaannya. Selanjutnya, para pelaku kegiatan teroris dapat bertindak sendiri, atau atas nama, atau dalam hubungan dengan organisasi atau pemerintah manapun.
 - b. Penggunaan senjata nuklir pemusnah masal berarti penggunaan senjata atau alat nuklir peledak, maupun emisi, pembuangan, penyebaran, pelepasan, atau pengucuran bahan fisil (yang dapat membagi diri) yang memancarkan suatu tingkat radioaktifitas yang dapat menyebabkan kecacatan atau kematian atas orang atau hewan.

- c. Penggunaan senjata Kimia pemusnah masal berarti emisi, pembuangan, penyebaran, pelepasan atau pengucuran senyawa kimia padat, cair atau berbentuk gas, yang bila dibagi dengan benar dapat menyebabkan kecacatan atau kematian atas orang atau hewan.
- d. Penggunaan senjata Biologi pemusnah masal berarti emisi, pembuangan, penyebaran, pelepasan atau pengucuran mikro-organisme patogenik (yang menimbulkan penyakit) dan atau macam toksin yang diproduksi secara biologi (termasuk organisme yang dimodifikasi secara genetis dan toksin yang disintesa secara kimiawi) yang dapat menyebabkan kecacatan atau kematian atas orang atau hewan.

Juga dikecualikan segala kerugian atau biaya yang bagaimana pun sifatnya yang secara langsung timbul dari atau disebabkan atau dikarenakan atau dihasilkan dari, atau berkaitan dengan tindakan yang diambil dalam mengendalikan, mencegah atau menindas salah satu atau kesemua yang disebut dalam nomor a sampai d di atas.

2.4. PROSEDUR KLAIM

- 2.4.1. Dalam hal Peserta membutuhkan layanan, maka peserta dapat menghubungi GAH Alarm Center di nomor telpon 62-021-29978999 dengan menginformasikan data-data sebagai berikut :
 - Nama Peserta
 - No Polis dan Nomor Register
 - Lokasi Peserta
 - Nomor telpon yang bisa dihubungi
 - Dokter yang merawat (jika perawatan inap)
- 2.4.2. GAH akan melakukan verifikasi kepesertaan melayani peserta setelah peserta dinyatakan terdaftar
- 2.4.3. Jika peserta dalam keadaan dirawat di Rumah Sakit, maka GAH akan menghubungi pihak Rumah Sakit dan memutuskan langkah yang akan diambil berdasarkan laporan medis yang diterima oleh GAH dari pihak Rumah Sakit
- 2.4.4. Jika kondisi peserta pada no 2.4.3 menurut GAH memerlukan tindakan evakuasi, maka GAH akan merencanakan dan melaksanakan evakuasi medis ke rumah sakit yang dituju yang didasarkan pada kebutuhan medis dan kondisi peserta dan melakukan pengawasan terhadap perawatan yang diberikan terhadap peserta.
- 2.4.5. Jika kondisi peserta pada no 2.4.3 menurut GAH tidak memerlukan tindakan evakuasi, maka peserta akan tetap dirawat inap di Rumah Sakit setempat dan GAH akan tetap melakukan pengawasan terhadap keadaan pasien.
- 2.4.6. Setelah peserta pada nomor 2.4.4 telah mendapatkan perawatan yang memadai, maka GAH akan membuat pengaturan untuk proses repatriasi medis peserta.

PASAL 2

HAK ATAS PEMBAYARAN GANTI RUGI AKIBAT SUATU KECELAKAAN

(Jaminan Bagian II)

1. Dalam hal terjadinya kecelakaan yang membawa akibat Meninggal Dunia (Resiko A) :
 - a) Hak atas pembayaran ganti rugi timbul pada saat kematian itu dinyatakan secara resmi oleh yang berwenang.
 - b) Penanggung akan membayar ganti rugi tersebut sesuai dengan Uang Pertanggungan yang tercantum dalam Polis ini untuk Resiko A (Meninggal Dunia) setelah segala syarat-syarat yang diharuskan telah dipenuhi oleh Pemegang Polis dan/atau para Ahli Waris.

c) Pembayaran ganti rugi untuk Resiko A (Meninggal Dunia) akan dikurangi dengan pembayaran yang telah dilakukan karena cacat yang bersifat tetap (Resiko B) akibat suatu kecelakaan yang sama.

2. Dalam hal Cacat Tetap sebagian atau seluruhnya/total (Resiko B) :

a) Yang dimaksud dengan Cacat Tetap ialah suatu keadaan cacat yang terus menerus selama hidup dan sudah tidak mungkin lagi diadakan penyembuhannya, sehingga bagian dari badan yang cacat tersebut tidak dapat berfungsi sama sekali (disablement).

b) Hak atas pembayaran ganti rugi untuk Cacat Tetap timbul setelah pengobatan dan perawatan dilakukan secara maksimal tetapi cacat tersebut tidak kunjung sembuh, sehingga dibuat pernyataan resmi oleh Dokter yang bersangkutan bahwa cacat tersebut tidak mungkin lagi dapat disembuhkan atau/dikembalikan lagi fungsi yang semestinya.

c) Penanggung akan membayarkan ganti rugi untuk Cacat Tetap sebagian atau seluruhnya sesuai dengan prosentase yang ditetapkan dalam bagan pembayaran ganti rugi dibawah ini untuk cacat total atau sebagian dan satu sama lain berhubungan pula dengan jumlah Pertanggungan untuk resiko Cacat Tetap (Resiko B) dan tingkat keadaan cacat yang dialami Tertanggung.

d) Keadaan dibawah ini selalu dipandang sebagai cacat yang tetap dan dalam keadaan tersebut akan dibayarkan ganti rugi sejumlah prosentase yang tercantum disebelahnya dan dihitung dari jumlah pertanggungan untuk resiko Cacat Tetap atau Resiko B.

2.d.1. Cacat Tetap Total / Ketidakmampuan total sehingga menghalangi semua pekerjaan Tertanggung se-hari-hari seperti disebut dalam Polis ini :

- Kebutaan atas kedua belah mata	100%
- Kehilangan daya ingatan total	100%
- Kelumpuhan total se-lama-lamanya	100%

2.d.2. Cacat Tetap Sebagian/Ketidak mampuan Sebagian :

- Kebutaan pada sebuah mata	40%
- Ketulian total pada kedua telinga	50%
- Ketulian total pada sebuah telinga	20%
- Kebisuan total selama-lamanya	50%
- Impotensi	30%

2.d.3. Kehilangan seluruh (pada orang kidal adalah sebaliknya)

	KANAN	KIRI
- Lengan dari sendi bahu	60%	50%
- Lengan dari sendi siku	50%	45%
- Tangan dari sendi pergelangan	40%	35%
- Ibu jari tangan	20%	15%
- Jari telunjuk	10%	10%
- Jari tengah	10%	10%
- Jari manis	10%	10%
- Jari kelingking	5%	5%

(Pembayaran ganti rugi untuk Cacat Tetap sebagian pada jari-jari tangan, prosentasenya akan diperbandingkan dengan keadaan cacat tersebut dengan ruas-ruas pada jari-jari tersebut dan pembayaran ganti rugi untuk jari-jari tersebut jumlahnya tidak akan melebihi pembayaran ganti rugi untuk Cacat Tetap atau kehilangan seluruh tangan dan sendi pergelangan tangan).

	KANAN	KIRI
- Kaki, dari pangkal paha	50%	40%
- Kaki, dari paha atau sendi lutut	40%	40%
- Kaki, dari pergelangan kaki	40%	40%
- Ibu jari kaki	20%	20%
- Jari kaki yang lain	5%	5%

2.d.4. Jika Cacat Tetap terjadi, sedangkan sebelum pertanggungan dimulai sudah ada Cacat Tetap sebelumnya, maka penggantian kerugian akan didasarkan atas selisih prosentase Cacat Tetap sesudah dan sebelum pertanggungan dimulai.

2.d.5. Apabila terjadi berbagai Cacat Tetap dalam suatu Kecelakaan, maka jumlah pertanggungan untuk Resiko Cacat Tetap (Resiko B) seperti yang tercantum dalam Polis ini menjadi batas maximum dari pembayaran ganti rugi untuk Cacat tetap.

PASAL 3 PENGECUALIAN

Kecuali jika secara khusus dimasukkan dalam Polis Asuransi atau melalui penerbitan Endorsemen, Polis tidak menjamin pelayanan-pelayanan, produk atau kondisi berikut ini :

1. Jenis penyakit yang diderita pada :

1.1. 30 (tiga puluh) hari pertama dari Tanggal Efektif Kepesertaan Awal

Semua jenis penyakit yang terjadi/timbul dalam 30 (tiga puluh) hari pertama dari saat Tanggal Efektif Polis (Kepesertaan Awal), kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan.

1.2. 12 (dua belas) bulan pertama dari Tanggal Efektif Kepesertaan Awal untuk semua penyakit berikut :

- 1.2.1. Pengerasan sumsum tulang, seperti Multiple Sclerosis dll.
- 1.2.2. Penyakit Saluran Pernafasan, seperti Asthma, TBC dll
- 1.2.3. Pelebaran Pelebaran Darah/varises seperti Varises tungkai, Haemorrhoids dll
- 1.2.4. Pelebaran Pembuluh Darah Jantung (Cardio Vascular Disease) seperti Hypertensi, Hypotensi, Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Jantung (MCI), Serangan Jantung dll
- 1.2.5. Cerebro Vascular Disorder, seperti stroke dll
- 1.2.6. Ayan/epilepsy
- 1.2.7. Segala jenis Kanker dan segala jenis Tumor
- 1.2.8. Gangguan Kelenjar Tyroid/Gondok seperti Hypotiroid, Hyperthyroid (Pembesaran Kelenjar Thyroid),
- 1.2.9. Hepatitis B, Hepatitis Non A Non B, Hepatitis C.
- 1.2.10. Gangguan Saluran Pencernaan, termasuk kedalamnya Gangguan Lambung, Usus Besar, Usus Kecil, Appendix/Usus Buntu, Hati, Kandung Empedu (contoh : Radang Batu Empedu) Dyspepsia dan Gangguan Saluran Pencernaan lain.
- 1.2.11. Diabetes Mellitus dan penyakit metabolisme lainnya
- 1.2.12. Penyakit Saluran Kemih seperti Saluran Kencing/Ureter, Ginjal (Batu Ginjal, Kolik), Uretra Vesica Urinaria termasuk batu pada Saluran Kemih tersebut diatas
- 1.2.13. Gangguan Persendian (Rheumatik/Gout) atau Gangguan Tulang (Osteoporosis) dan Penyakit Otot lain.
- 1.2.14. Katarak
- 1.2.15. Ketidaknormalan pada Nasal Septum atau Turbinates dan Sinus, seperti Septum Deviasi

- 1.2.16. Tonsil yang sakit dan perlu dioperasi/ Operasi Amandel.
- 1.2.17. Segala jenis Hernia (contoh : HNP atau Hernia Nucleus Pulposus)
- 1.2.18. Fistula Ani
- 1.2.19. Penyakit Saluran Reproduksi pada wanita (Endometriosis, Kista, Mioma) dan pada laki-laki (Pembesaran Protat, Varicocele, Hydrocele) dll
- 1.2.20. Kelainan kulit yang tidak membutuhkan Antibiotik untuk pengobatannya.
- 1.2.21. Penyakit lain yang secara medis dinyatakan bersifat kronis
2. Tindakan bunuh diri atau cedera yang diakibatkan oleh perbuatan diri sendiri atau setiap percobaan kearah itu, baik dalam keadaan sadar maupun tidak sadar; dan pelanggaran hukum atau setiap usaha pelanggaran hukum atau perlawanan atas penangkapan maupun penahanan secara hukum.
3. Cedera atau penyakit yang ditimbulkan secara langsung maupun tidak langsung akibat perang, segala tindakan peperangan baik yang dinyatakan maupun tidak, tindakan kriminal atau teroris, mengemban tugas militer secara penuh waktu, keikutsertaan secara langsung dalam huru-hara, pemogokan dan pergolakan sipil atau pemberontakan.
4. Bencana alam, gempa bumi, tsunami dan letusan gunung berapi, angin topan, badai, banjir atau gejala geologi atau meteorologi lainnya.
5. Semua pekerjaan atas gigi, perawatan gigi atau operasi gigi termasuk pencabutan gigi yang terjepit, atau segala pekerjaan/perawatan yang disebabkan dan/atau berhubungan dengan gigi, kecuali yang dinyatakan perlu oleh Dokter karena Cedera akibat Kecelakaan.
6. Pemeriksaan mata atau refraksi mata untuk maksud penyesuaian kacamata.
7. Alat bantu pendengaran dan pemasangan maupun penyesuaian alat bantu pendengaran.
8. Kehamilan termasuk melahirkan, operasi caesar, keguguran, aborsi, perawatan pre-natal (sebelum kelahiran) dan post-natal (setelah kelahiran) dan semua komplikasinya. Setiap perawatan yang berhubungan dengan pembedahan, metode-metode mekanis dan kimiawi untuk pengaturan kelahiran, perawatan yang berhubungan dengan kemandulan dan perawatan atas gangguan menstruasi.
9. **Penyakit dengan diagnose Kista Dermoid dan/atau Teratoma.**
10. Istirahat untuk penyembuhan atau perawatan di Sanatorium termasuk pengobatan untuk tujuan penyembuhan/ pemulihan seperti lelah mental atau lelah fisik; penyakit kelamin, penyalahgunaan obat bius atau kecanduan minuman keras (alkohol), penyakit menular yang diharuskan oleh hukum untuk diisolasi atau dikarantinakan (contoh Severe Acute Respiratory Syndrome/SARS atau Sindrom Pernapasan Sangat Akut), dan wabah penyakit.
11. Setiap perawatan atau pembedahan terhadap Cacat/Kelainan Bawaan (Penyakit atau Ketidakmampuan Secara Fisik yang dibawa sejak lahir) **seperti yang tercantum pada Pasal 1 : Definisi/Istilah**, termasuk segala jenis hernia dan penyakit ayan (Epilepsi) kecuali yang disebabkan oleh trauma yang terjadi setelah Tertanggung sudah dijamin oleh Polis secara berkesinambungan.
12. Operasi plastik selain akibat Kecelakaan. Bedah kecantikan oleh sebab apapun.
13. Perawatan khusus untuk pengurangan atau penambahan berat badan.
14. Biaya-biaya perawatan khusus atau pembelian alat-alat prosthetic kecuali penyewaan alat tersebut selama perawatan-inap di Rumah Sakit.
15. Biaya-biaya yang bisa diklaim melalui Asuransi Tenaga Kerja atau Organisasi Jaminan Sosial/ASTEK/ ASKES. Hanya kelebihan biaya dari Asuransi Tenaga Kerja/ASTEK/ASKES atau Organisasi Jaminan Sosial yang akan dibayarkan; atau yang dihitung dari Ikhtisar Polis, mana saja yang lebih rendah.
16. Biaya-biaya yang dikenakan untuk pelayanan yang bukan merupakan pengobatan seperti penggunaan telepon, televisi dan fasilitas sejenis.
17. Setiap perawatan untuk kelainan fungsi fisik atau mental termasuk fisiologis atau manifestasi penyakit jiwa (psychosomatic); atau kondisi yang diakibatkan oleh penyakit syaraf (neurosis).
18. Setiap pemeriksaan kesehatan atau pemeriksaan fisik secara rutin atau berkala, terapi fisik, test-test yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa kondisi yang dijamin atau pemeriksaan yang tidak Diperlukan Secara Medis dan setiap perawatan atau obat-obatan atau pemeriksaan yang sifatnya preventif dan juga perawatan yang dilakukan selain oleh Dokter yang diakui/ Dokter yang memiliki izin praktek di dalam wilayah geografis dimana pelayanan jasa kedokteran tersebut diberikan.
19. Tidak ada santunan yang dapat dibayarkan bila Pemegang Polis atau Tanggungan Pemegang Polis dirawat-inap di Rumah Sakit dengan bebas biaya (gratis).
20. Kondisi-kondisi yang berhubungan dengan penyakit-penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual serta semua akibat-akibatnya.
21. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) dan ARC (AIDS Related Complex) termasuk adanya HIV atau akibat-akibatnya.
22. Radiasi Ionisasi atau kontaminasi/pencemaran radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau limbah nuklir dari hasil proses fisi/reaksi/pemecahan nuklir atau dari setiap bahan-bahan senjata nuklir.
23. Penyakit atau Cedera yang ditimbulkan oleh semua jenis perlombaan (kecuali lomba lari), menyelam dengan alat bantu pernafasan, panjat tebing, berburu, polo, lomba ketangkasan berkuda, balap mobil/motor, olahraga musim dingin, olahraga profesional, penerbangan pribadi kecuali sebagai penumpang dalam penerbangan komersial yang berjadwal dan mempunyai izin untuk membawa penumpang pada rute-rute tertentu.
24. Pemeriksaan dan pengobatan yang tidak diakui secara luas di bidang kedokteran barat, seperti : akupuntur, shinse, dukun patah tulang, herbal dan lain-lain, serta segala akibat-akibat yang ditimbulkannya.
25. Pengecualian Khusus Jaminan Personal Accident
Apabila tidak diadakan perjanjian lain, maka Tertanggung tidak ada hak atas pembayaran ganti rugi berhubungan dengan:
 - a. Kecelakaan yang disebabkan atau mungkin terjadi karena sakit, cacat atau karena suatu keadaan tidak normal pada jasmani dan/atau rohani dari Tertanggung.
 - b. Bertambah besarnya akibat dari kecelakaan karena keadaan seperti tersebut dalam sub a) diatas, misalnya : kencing manis, peredaran darah yang tidak baik, pembuluh darah mekar.
 - c. Jika hal ini terjadi maka jumlah pembayaran tidak akan melebihi jumlah yang seharusnya akan dibayarkan bilamana salah satu akibat yang memperkuat keadaan tidak terjadi.
26. Setiap biaya-biaya yang timbul sehubungan prosedur DSA (Digital Subtraction Angiography) untuk peserta yang TIDAK MENDERITA STROKE walaupun bertujuan untuk penegakan diagnosa (pro diagnostik) dan direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter, termasuk untuk peserta yang TIDAK MENDERITA STROKE walaupun prosedur DSA dilanjutkan dengan tindakan terapeutik seperti embolisasi, stenting, trombolisis, trombektomi dan tindakan terapi terapeutik lainnya dan direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter.

PASAL 4 BATAS GEOGRAFIS

Tertanggung diwajibkan untuk dirawat inap di Indonesia kecuali jika perawatan tersebut tidak dapat dilakukan di Indonesia atau merupakan perawatan darurat akibat kecelakaan atau penyakit akut yang terjadi ketika Tertanggung sedang bepergian keluar negara Indonesia untuk tujuan dinas maupun berlibur, asalkan perjalanan tersebut tidak lebih dari 90 (sembilan puluh) hari setiap perjalanan.

Jika Tertanggung atas pilihannya sendiri memilih untuk dirawat inap di Rumah Sakit di luar Negara Indonesia, sedangkan perawatan tersebut sebenarnya dapat dilakukan di Rumah Sakit di Indonesia, maka Penanggung akan mengganti biaya perawatan 80% (delapan puluh per seratus) dari Pengeluaran yang memenuhi syarat, sedangkan 20% (dua puluh per seratus) sisanya menjadi tanggungan dari Tertanggung.

Bahwa apabila Peserta yang diasuransikan, dirawat-inap di Rumah Sakit, sebagai akibat dari Cedera karena Kecelakaan atau Penyakit, maka Penanggung akan membayar Jaminan yang tercantum dalam Tabel Jaminan Polis berdasarkan biaya-biaya yang sebenarnya, yang diperlukan dan nilainya wajar, sesuai jaminannya sampai batas maksimum untuk masing-masing jaminan.

PASAL 5 PERIODE PERAWATAN INAP MINIMUM

Setiap perawatan-inap di Rumah Sakit harus untuk periode minimum selama 8 (delapan) jam berturut-turut. Dalam hal pembedahan, periode 8 (delapan) jam tersebut diabaikan dan tidak berlaku.

BAB III KETENTUAN UMUM

PASAL 1 BERLAKUNYA ASURANSI

Polis mulai berlaku jika Premi telah dibayar lunas atau cicilan pertama dan kedua telah didebet oleh Penanggung serta Tanda Terima Polis yang diberikan oleh Penanggung pada saat pengiriman Polis Asuransi, telah diterima kembali oleh Penanggung dalam keadaan sudah ditandatangani oleh Pemegang Polis. Namun jika terjadi klaim maka pembayaran klaim akan mengacu kepada ketentuan yang tercantum pada Bab 1 Pasal-4 : Premi ayat 10.

PASAL 2 PERIODE POLIS

Polis akan berlaku sejak Tanggal Efektif yang tercantum dalam Polis Asuransi dan selama premi dibayar lunas oleh Tertanggung. Pada akhir dari setiap Tahun Polis, Polis dapat diperpanjang untuk tahun berikutnya asalkan mendapat persetujuan dari Penanggung.

PASAL 3 PERUBAHAN POLIS

Polis dapat diubah sewaktu-waktu atas dasar persetujuan tertulis antara Penanggung dan Tertanggung. Setiap perubahan atas Polis akan bersifat mengikat atas semua Orang Yang Diasuransikan pada tanggal atau setelah Tanggal Efektif dari perubahan tersebut. Tak satupun perubahan atas Polis sah kecuali jika disetujui oleh pejabat yang berwenang dari Penanggung dan persetujuan tersebut telah dinyatakan melalui penerbitan Endorsement.

PASAL 4 PERNYATAAN YANG TIDAK BENAR

Jika usia atau tanggal lahir atau fakta lain yang berhubungan dengan Tertanggung ternyata kemudian diketahui tidak dinyatakan dengan benar dan jika pernyataan tersebut mempengaruhi tingkat santunan atau memerlukan sesuatu syarat dan kondisi tertentu pada Polis, maka usia dan fakta yang sebenarnya akan digunakan dalam menentukan

apakah asuransinya tetap berlaku dibawah syarat Polis dan dibawah santunan yang dapat dibayarkan atasnya dan apakah dibutuhkan adanya penyesuaian premi.

Jika pernyataan yang tidak benar atas usia atau fakta lain yang berhubungan telah menyebabkan seorang Tertanggung diasuransikan padahal seharusnya dia tidak memenuhi syarat untuk mengikuti asuransi ini atau pernyataan tersebut telah menyebabkan seorang Tertanggung tetap diasuransikan padahal seharusnya tidak memenuhi syarat lagi untuk diasuransikan sesuai syarat dan batasan-batasan dari Polis, maka asuransi atas orang tersebut dinyatakan tidak berlaku dan akan diadakan pengembalian premi yang telah dibayar atas Tertanggung tersebut, dengan catatan apabila ada unsur penipuan/ kecurangan dari pihak Pemegang Polis atau Tertanggung, maka premi yang telah dibayar tidak akan dikembalikan.

Jika ditemukan adanya kecurangan/penipuan dari suatu Instalasi Kesehatan tempat peserta melakukan pengobatan, maka Penanggung berhak untuk melakukan Investigasi dan tidak menerima pengajuan kerugian dari peserta yang berobat pada Instalasi Kesehatan tersebut.

Jika terjadi kecurangan/Penipuan informasi data klaim dan dokumen-dokumen lain yang berhubungan, maka Penanggung berhak untuk melakukan peninjauan ulang atas pembayaran klaim yang telah dibayarkan kepada Tertanggung/Peserta, dan untuk selanjutnya Penanggung berhak mencabut atas kepesertaan tanpa adanya pengembalian premi.

PASAL 5 ASURANSI LAIN

Jika Tertanggung juga memiliki asuransi lain yang menjamin penyakit dan cedera yang dijamin oleh Polis, maka Penanggung hanya bertanggungjawab atas Penyakit atau Cedera tersebut untuk proporsi jaminan yang dapat dijamin oleh Polis setelah dikurangi jumlah total dari semua jaminan asuransi yang masih berlaku yang menjamin Penyakit atau Cedera tersebut kecuali jika Tertanggung memilih hanya mengajukan penggantian kerugian kepada Penanggung saja.

PASAL 6 PEMBATALAN POLIS

Polis dapat dibatalkan oleh Pemegang Polis/ Tertanggung sewaktu-waktu dengan mengirimkan pernyataan pembatalan secara tertulis kepada Penanggung, dengan menyatakan kapan pembatalan tersebut mulai berlaku (setelah tanggal surat pernyataan). Premi Jangka Pendek dan Biaya Administrasi akan dibebankan kepada Tertanggung. Namun demikian, tidak akan ada pengembalian premi jika klaim telah pernah dilakukan oleh Tertanggung.

Polis dapat dibatalkan oleh Penanggung sewaktu-waktu dengan mengirimkan pernyataan pembatalan secara tertulis kepada Pemegang Polis/Tertanggung pada alamat Pemegang Polis/Tertanggung yang tercatat dalam Polis, yang menyatakan kapan pembatalan tersebut mulai berlaku. Pengembalian premi akan dilakukan secara Pro-Rata kepada Pemegang Polis/Tertanggung.

PASAL 7 PREMI JANGKA PENDEK

Premi Jangka Pendek yang menjadi hak Penanggung sehubungan dengan Bab III Pasal 6 adalah :

- Untuk periode asuransi yang tidak melebihi :

1 minggu	- 1/8 dari Premi Tahunan
1 bulan	- 1/4 dari Premi Tahunan
2 bulan	- 3/8 dari Premi Tahunan
3 bulan	- 1/2 dari Premi Tahunan
4 bulan	- 5/8 dari Premi Tahunan
6 bulan	- 3/4 dari Premi Tahunan
8 bulan	- 7/8 dari Premi Tahunan

2. Untuk periode asuransi yang melebihi 8 bulan :

- Premi Tahunan penuh

Apabila Premi dibayarkan secara bulanan, maka ketentuan premi jangka pendek tidak berlaku dan tidak ada pengembalian premi apabila polis dibatalkan.

PASAL 8

HUKUM YANG BERLAKU

Polis, semua hak, kewajiban dan tanggungjawab yang timbul karenanya, harus ditafsirkan dan ditentukan serta dijalankan/ dilaksanakan menurut Hukum Republik Indonesia.

PASAL 9

PENYELESAIAN SENGKETA

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.
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 di Sektor Jasa Keuangan (LAPS) yang diterbitkan pada tanggal 23 Januari 2014, Pasal 2 Ayat 3 dan 4 POJK Nomor 1/ POJK.07/2014 yang terdapat di OJK untuk bertindak sebagai mediator dalam upaya mencapai penyelesaian perselisihan tersebut sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku di BMAI.
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) yang diterbitkan pada tanggal 23 Januari 2014, Pasal 2 Ayat 3 dan 4 POJK Nomor 1/ POJK.07/2014 atau menempuh mediasi melalui BMAI atau LAPS tetapi keputusan adjudikasi BMAI atau LAPS 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 :

- a.1 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.
- a.2 Dalam hal terjadi ketidaksepakatan dalam penunjukan Arbiter ketiga, Tertanggung dan atau Penanggung dapat mengajukan permohonan kepada ketua Pengadilan Negeri di daerah hukum termohon bertempat tinggal untuk menunjuk ketua Arbiter.
- a.3 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.

- a.4 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 berwenang atas permohonan salah satu pihak yang bersengketa.

- a.5 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.

4. Dalam hal keputusan adjudikasi BMAI atau LAPS 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 LAPS tersebut, maka hak Tertanggung atas ganti rugi berdasarkan Polis ini hilang dengan sendirinya.

Klausula Penyelesaian Perselisihan (Pengadilan Negeri)

Dengan ini dicatat dan disetujui bahwa Tertanggung dan Penanggung akan menyelesaikan perselisihan melalui Pengadilan Negeri di Indonesia.

Bila kami mengakui tanggung jawab kami terhadap suatu klaim tetapi terjadi perselisihan tentang jumlah yang harus dibayar, perselisihan akan dibawa kepada arbitrator sesuai "Klausula Penyelesaian Perselisihan (Arbitrase)" di atas. Arbitrator tersebut akan ditunjuk bersama oleh anda dan kami sesuai dengan hukum yang berlaku saat itu. Anda tidak dapat melakukan tindakan hukum terhadap kami berkenaan dengan perselisihan itu sebelum arbitrator mengambil keputusan.

BAB IV

PROSEDUR KLAIM

Pasal 1

SISTEM PEMBAYARAN KLAIM

Sistem Pembayaran klaim yang berlaku pada Polis ini adalah Sistem Provider dan Sistem Non Provider.

Pasal 2

KETENTUAN FASILITAS PROVIDER

Ketentuan yang berlaku untuk fasilitas provider adalah sebagai berikut :

- 2.1. Tertanggung yang membutuhkan perawatan rawat inap dapat melakukan perawatan di Rumah Sakit yang telah menjadi rekanan/Provider dari Penanggung.
- 2.2. Dalam hal Tertanggung memerlukan perawatan inap, maka pengeluaran yang memenuhi syarat yang timbul akibat perawatan tersebut akan dibayar oleh Penanggung kepada Rumah Sakit Provider, sampai batas jaminan yang menjadi hak dari Tertanggung, sesuai jumlah yang tercantum dalam Ikhtisar Polis dan sejauh tunduk pada syarat-syarat dan ketentuan yang terdapat dalam Polis ini. Selisih dari biaya yang tidak dapat dibayar menjadi tanggung jawab dari Tertanggung.
- 2.3. Selisih dari biaya yang tidak dapat dibayar atau disebut juga dengan "excess klaim" dapat timbul antara lain disebabkan sebagai berikut :
 - 2.3.1. Apabila rawat inap yang dijalani Tertanggung ternyata tidak dijamin polis berdasarkan diagnosa akhir, maka segala biaya yang timbul akan menjadi tanggung jawab Tertanggung.

- 2.3.2. Apabila terdapat biaya perawatan atas nama Tertanggung yang belum diperhitungkan oleh Rumah Sakit Provider karena suatu hal apapun, maka biaya yang timbul kemudian yang ditagihkan oleh Provider kepada Penanggung oleh Penanggung akan ditagihkan kembali ke Tertanggung setelah diperhitungkan dengan biaya perawatan yang dijamin oleh Penanggung dan Tertanggung harus melunasi biaya tersebut secara tunai dan sekaligus sesuai dengan tanggal yang ditentukan oleh Asuransi Sinar Mas.
- 2.3.3. Apabila butir 2.3.1. dan 2.3.2. tersebut di atas tidak dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan oleh Asuransi Sinar Mas, maka Asuransi Sinar Mas akan melakukan Penghentian Sementara Fasilitas Provider sampai Ekses Klaim tersebut dilunasi dan/atau akan melakukan pembatalan Polis.
- 2.4. Selisih dari biaya yang tidak dapat dibayar atau disebut juga dengan "excess klaim" yang timbul karena adanya perawatan inap, harus dibayar oleh Tertanggung sesaat sebelum Tertanggung pulang setelah mendapat perawatan, atau dengan kata lain selisih biaya perawatan yang tidak dapat dibayar oleh Penanggung dibayar oleh Tertanggung di tempat.
- 2.5. Dalam hal Tertanggung menggunakan kamar yang lebih tinggi dari haknya oleh karena sebab apapun, maka atas perawatan inap tersebut tidak berlaku sistem provider (menggunakan sistem reimbursement).

Pasal 3

PROSEDUR KLAIM RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PROVIDER

Apabila seorang Tertanggung di rawat inap di Rumah Sakit Provider maka Pengeluaran yang memenuhi syarat yang timbul akibat perawatan inap tersebut akan dibayar oleh Penanggung kepada Rumah Sakit Provider, sampai batas maksimum jaminan yang menjadi hak dari Tertanggung, sesuai jumlah yang tercantum dalam Ikhtisar Polis dan sejauh tunduk pada syarat-syarat dan ketentuan yang terdapat dalam Polis Simas Sehat Gold. Selisih dari biaya yang tidak dapat dibayar menjadi tanggung jawab dari Tertanggung.

3.1. Dokumen yang dibutuhkan :

- 3.1.1. Kartu Peserta Asuransi (Asli)
- 3.1.2. KTP (Asli)
- 3.1.3. Formulir Klaim Asuransi (Asli)
- 3.1.4. Surat-surat Keterangan lain yang diperlukan menurut pertimbangan Penanggung.

3.2. Tata Cara Pengajuan Klaim Rawat Inap dan Melahirkan di Rumah Sakit Provider

- 3.2.1. Sebelum Tertanggung masuk ke Rumah Sakit Provider, Tertanggung harus melaporkan kepada Penanggung untuk mendapatkan Surat Jaminan dari Penanggung.
- 3.2.2. Dalam keadaan darurat dimana tidak memungkinkan bagi Tertanggung untuk memberitahukan terlebih dahulu kepada Penanggung bahwa Tertanggung akan dirawat inap di Rumah Sakit Provider, maka Tertanggung dapat menunjukkan Kartu Peserta Asuransi kepada Rumah Sakit Provider agar mendapatkan perawatan segera. Sebelum Tertanggung lepas rawat inap di Rumah sakit, Tertanggung atau wakil dari Tertanggung sudah harus memberitahukan kepada Penanggung mengenai perawatan inap tersebut. Jika tidak, maka menjadi tanggung jawab Tertanggung untuk terlebih dahulu membayar seluruh tagihan dari Rumah Sakit untuk selanjutnya ditagih kembali kepada Penanggung.
- 3.2.3. Tertanggung harus menunjukkan Kartu Peserta Asuransi dan KTP yang masih berlaku. Untuk Tanggungan Tertanggung dibawah umur dapat menggunakan KTP Tertanggung

- 3.2.4. Tertanggung harus mengisi dan menandatangani Formulir Klaim Asuransi yang akan diberikan oleh Rumah Sakit Provider yang bersangkutan.

- 3.2.5. Jika karena sebab apapun Tertanggung dirawat inap pada Kamar yang Biaya Kamar dan Menginapnya lebih tinggi dari yang tercantum pada kartu Peserta Asuransi maka Tertanggung berkewajiban menanggung seluruh kelebihan biaya yang berada di atas batas maksimum jaminan untuk Tertanggung tersebut.

- 3.2.6. Batasan Sistem Provider Sistem Provider tidak berlaku untuk jaminan-jaminan dibawah ini :

- Perawatan Harian/One Day Care
- Tindakan "One Day Surgery"
- Konsultasi dan Pemeriksaan Laboratorium sebelum Perawatan Menginap di Rumah Sakit
- Konsultasi dan pengobatan setelah Rawat Inap
- Perawatan Darurat Gigi akibat Kecelakaan
- Rawat Jalan Darurat akibat Kecelakaan

Atas jaminan tersebut diatas berlaku sistem Non Provider (sistem Reimbursement)

Pasal 4

PROSEDUR KLAIM DI RUMAH SAKIT NON PROVIDER (SYSTEM REIMBURSEMENT)

Prosedur Klaim di Rumah Sakit

Definisi "Rumah Sakit" adalah sebagaimana yang tercantum pada Pasal 1 Syarat-Syarat Umum Polis yang dapat dipilih sendiri oleh Tertanggung di mana saja di seluruh dunia.

4.1. Dokumen yang Dibutuhkan

4.1.1. Perawatan terjadi di Indonesia/Luar Negeri

- a. Formulir Klaim Asuransi
- b. Kwitansi Asli dari Rumah Sakit beserta perincian dari biaya-biaya yang dikeluarkan (asli).
- c. Surat Persetujuan untuk Melakukan Penyelidikan Data Klaim ke Rumah Sakit.
- d. Surat kuasa dan photocopy SIM
- e. Surat-surat Keterangan lain yang diperlukan menurut pertimbangan Penanggung

4.1.2. Perawatan terjadi di Luar Negeri

- a. Formulir Klaim Asuransi
- b. Kwitansi Asli dari Rumah Sakit beserta perincian dari biaya-biaya yang dikeluarkan (asli) dalam bahasa Inggris.
- c. Surat Persetujuan untuk Melakukan Penyelidikan Data Klaim ke Rumah Sakit.
- d. Surat kuasa dan photocopy SIM.
- e. Fotocopy passport peserta
- f. Fotocopy visa peserta
- g. Fotocopy Surat Tugas (jika bepergian ke luar negeri dalam rangka tugas kantor
- h. Surat-surat Keterangan lain yang diperlukan menurut pertimbangan Penanggung.

4.2. Tata Cara Klaim Perawatan Inap di Rumah Sakit dan Kecelakaan Diri

- 4.2.1. Laporan tertulis atas Cedera atau Penyakit atas mana klaim dapat didasarkan dan yang dijamin oleh Polis ini, harus diserahkan kepada Penanggung sesegera mungkin tetapi tidak boleh lebih dari 20 (dua puluh) hari dari saat kejadian atau dari mulainya perawatan-inap atau operasi di Rumah

Sakit. Laporan yang diberikan oleh dan atas nama seorang peserta yang diasuransikan kepada Penanggung dengan data-data yang cukup untuk mengidentifikasi peserta yang diasuransikan, akan dianggap sebagai laporan kepada Penanggung. Apabila laporan tidak diberikan dalam jangka waktu yang disyaratkan oleh Polis, maka hal itu tidak akan membuat suatu klaim menjadi tidak berlaku jika dapat dibuktikan bahwa memang tidak memungkinkan bagi si Tertanggung untuk memberikan laporan pada jangka waktu yang ditentukan dan bahwa laporan tersebut telah diberikan secepat mungkin. Penanggung mempunyai hak untuk memeriksa Tertanggung yang diasuransikan yang Cedera atau Penyakitnya menjadi dasar dari pengajuan klaim ketika dan sesering dibutuhkan selama berlangsungnya proses klaim.

- 4.2.2. Tertanggung harus membayar sendiri terlebih dahulu seluruh biaya perawatan inap di Rumah Sakit.
- 4.2.3. Tertanggung harus mengisi dan menandatangani Formulir Klaim yang dapat diminta kepada Penanggung sebelum lepas rawat dari Rumah Sakit.
- 4.2.4. Halaman Belakang dari Formulir Klaim tersebut harus pula diisi, dilengkapi dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat serta Dokter Bedah (bila ada pembedahan).
- 4.2.5. Tertanggung harus mengisi dan menandatangani Formulir Klaim yang dapat diminta kepada Penanggung sebelum lepas rawat dari Rumah Sakit.
- 4.2.6. Formulir Klaim dan Surat Kuasa yang sudah diisi, dilengkapi dan ditandatangani sebagaimana diatur pada bagian 2.3 dan 2.4. di atas bersama dengan kwitansi-kwitansi asli sebagaimana diatur dalam bagian 2.5. di atas termasuk dokumen lainnya, harus dikirimkan kepada Penanggung atas biaya Tertanggung sesegera mungkin dan selambat-lambatnya dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari setelah berakhirnya periode perawatan atas mana klaim diajukan (setelah lepas rawat inap dari Rumah Sakit).
- 4.2.7. Semua jaminan yang berhubungan dengan Polis akan dibayar dengan check atas nama Pemegang Polis kecuali jika diinginkan lain oleh Pemegang Polis, atau Penanggung yang atas kebijaksanaannya, mempertimbangkan lebih memilih melakukan pembayaran dengan cara lain. Dalam hal perawatan-inap terjadi diluar negara Republik Indonesia, biaya-biaya yang dikeluarkan dalam mata uang selain Rupiah, akan dikonversikan terhadap Rupiah Indonesia atas dasar kurs jual valuta asing standar Bank Indonesia yang berlaku pada saat pembayaran klaim.
- 4.2.8. Jika terjadi kematian akibat kecelakaan, harus melampirkan Surat Keterangan dari yang Berwajib/ Kepolisian tentang adanya kecelakaan tersebut.

Pasal 5

PROSEDUR KLAIM SANTUNAN TUNAI HARIAN ATAS PERAWATAN INAP DI FASKES BPJS KESEHATAN

- 5.1. Prosedur Klaim Santunan Tunai Harian atas perawatan inap di faskes BPJS Kesehatan
Dokumen yang dibutuhkan :
 - 5.1.1. Kartu Peserta Asuransi (copy)
 - 5.1.2. Formulir Klaim Asuransi (asli)
 - 5.1.3. Surat pernyataan jaminan pelayanan BPJS kesehatan (asli)
 - 5.1.4. Kartu BPJS Kesehatan (copy) atau Surat Eligibilitas Peserta (copy)
 - 5.1.5. Resume Medik (copy)
 - 5.1.6. Lampiran perhitungan INA CBG dengan kop kementerian kesehatan republik indonesia (copy) atau perincian biaya rawat inap (copy)

5.2. Tata Cara Pengajuan Klaim Santunan Tunai Harian atas perawatan inap di faskes BPJS Kesehatan

- 5.2.1. Dokumen klaim harus diserahkan kepada Penanggung sesegera mungkin tetapi tidak boleh lebih dari 90 (sembilan puluh) hari setelah berakhirnya periode perawatan atas mana klaim diajukan (setelah lepas rawat inap dari Rumah sakit). Ketentuan ini juga berlaku untuk proses ulang klaim.
- 5.2.2. Tertanggung harus mengikuti tahapan prosedur BPJS Kesehatan termasuk tidak naik kelas kamar
- 5.2.3. Tertanggung harus mengisi dan menandatangani Formulir Klaim yang dapat diminta kepada Penanggung dan melengkapi dokumen penunjang lainnya.
- 5.2.4. Dokumen klaim yang diajukan ke Penanggung akan selesai diproses paling lambat 10 (sepuluh) hari kerja setelah dokumen klaim tersebut diterima oleh Penanggung secara lengkap.

BAB V

PENUTUP

Untuk hal-hal yang belum cukup atau tidak diatur dalam Polis ini, berlaku ketentuan Kitab Undang-undang Hukum Dagang dan peraturan perundangan lainnya.