

## Tentang Grup Allianz

Allianz Group adalah perusahaan asuransi dan manajemen aset terkemuka di dunia dengan lebih dari 122 juta nasabah individu dan perusahaan di lebih dari 70 negara. Nasabah Allianz mendapatkan manfaat dari berbagai layanan asuransi individu dan kumpulan, mulai dari asuransi properti, jiwa dan kesehatan, sampai layanan bantuan asuransi kredit dan asuransi bisnis secara global. Allianz adalah salah satu investor terbesar di dunia, dengan dana kelolaan nasabah asuransi lebih dari 714 miliar Euro. Sementara manajer aset kami, PIMCO dan Allianz Global Investors mengelola aset tambahan sebesar 1,7 triliun Euro milik pihak ketiga. Berkat integrasi sistematis ekologis dan kriteria sosial pada proses bisnis dan keputusan investasi, Allianz memegang posisi terdepan untuk perusahaan asuransi dalam Dow Jones Sustainable Index. Pada tahun 2022, Allianz Group memiliki 159.000 karyawan dan meraih total pendapatan 152,7 miliar Euro serta laba operasional sebesar 14,2 miliar Euro.

## Tentang Allianz di Asia

Asia adalah salah satu wilayah pertumbuhan inti untuk Allianz, yang ditandai dengan keragaman budaya, bahasa dan adat istiadat. Allianz telah hadir di Asia sejak 1910, menyediakan asuransi kebakaran dan maritim di kota-kota pesisir Tiongkok. Saat ini, Allianz aktif di 15 pasar di wilayah tersebut, menawarkan beragam asuransi dengan bisnis inti pada asuransi kerugian, asuransi jiwa, perlindungan dan solusi kesehatan, dan manajemen aset. Dengan lebih dari 36.000 staf, Allianz melayani kebutuhan lebih dari 21 juta nasabah di wilayah ini melalui berbagai saluran distribusi dan platform digital.

## Tentang Allianz Indonesia

Allianz memulai bisnisnya di Indonesia dengan membuka kantor perwakilan di tahun 1981. Pada tahun 1989, Allianz mendirikan PT Asuransi Allianz Utama Indonesia, perusahaan asuransi umum. Kemudian, Allianz memasuki bisnis asuransi jiwa, kesehatan dan dana pensiun dengan mendirikan PT Asuransi Allianz Life Indonesia di tahun 1996. Di tahun 2006, Allianz Utama dan Allianz Life memulai bisnis asuransi syariah. Pada tahun 2023, PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia resmi beroperasi sebagai entitas terpisah yang memberikan perlindungan asuransi dan pengelolaan risiko keuangan yang berbasis syariah. Kini, Allianz Indonesia didukung oleh lebih dari 1.000 karyawan dan lebih dari 40.000 Tenaga Pemasar dan ditunjang oleh jaringan mitra perbankan dan mitra distribusi lainnya. Saat ini, Allianz menjadi salah satu asuransi terkemuka di Indonesia yang dipercaya untuk melindungi lebih dari 10 juta tertanggung.

PT Asuransi Allianz Life Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan, dan Tenaga Pemasarnya telah memegang lisensi dari Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia.

## Catatan Penting untuk Diperhatikan

- **Allianz Flexi Medical** adalah produk asuransi yang diterbitkan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia.
- Premi yang dibayarkan sudah termasuk komisi Tenaga Pemasar.
- Brosur ini bukan merupakan bagian dari Polis Produk Asuransi ("Polis") dan bukan suatu bentuk perjanjian asuransi antara PT Asuransi Allianz Life Indonesia dengan Nasabah. Nasabah terikat penuh dengan setiap ketentuan yang terdapat dalam Polis.
- Penjelasan lebih lengkap mengenai syarat, ketentuan termasuk pembebanan biaya secara rinci dan pengecualian dapat Anda pelajari pada Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum dan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Personal serta Polis.
- PT Asuransi Allianz Life Indonesia berhak menolak pengajuan Polis, apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.

Apabila Anda memiliki pertanyaan dan keluhan terkait produk dan/atau layanan kami, Anda dapat menyampaikannya melalui Customer Center kami:

**Customer Lounge**  
World Trade Centre 6, Ground Floor  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 29-31  
Jakarta Selatan 12920, Indonesia

**Corporate Number** : +62 21 2926 8888  
**AllianzCare** : 1500 136  
**Email** : [ContactUs@allianz.co.id](mailto:ContactUs@allianz.co.id)  
**Webiste** : [www.allianz.co.id](http://www.allianz.co.id)

Allianz 



# Allianz Flexi Medical

Asuransi Kesehatan Flexible untuk GenerAZi FLEXIBLE

No.0403/AZLI-BRAND/RE/1/XI/2025

PT Asuransi Allianz Life Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan, dan Tenaga Pemasarnya telah memegang lisensi dari Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia.

## Terdapat kenaikan biaya kesehatan di Indonesia sebesar

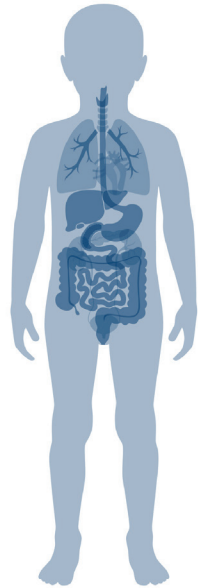
# 13,6%



## dan di Asia Tenggara sebesar

# 10-13% per Tahun.<sup>(1)</sup>

(1) Sumber: Medical Trend Summary Mercer Marsh Benefits, 2023



### Stroke

Biaya pengobatan  
± Rp150.000.000 – Rp450.000.000



### Jantung Koroner

Biaya pengobatan (Ring Jantung)  
± Rp40.000.000 – Rp80.000.000



### Kanker

Biaya Kemoterapi  
± Rp1.000.000 – Puluhan Juta Rupiah



### Gagal Ginjal

Biaya Cuci Darah  
± Rp400.000 – Rp5.000.000 Per Sekali Cuci Darah

#### Sumber:

Artikel Hellosehat.com/Biaya Pengobatan Stroke 2022  
BPJSKesehatan/Pasang Ring Jantung, 2022  
Artikel BPJSKesehatan/Biaya Cuci Darah Indonesia, 2022  
Finansialku/Perkiraan Biaya Kemoterapi Di Indonesia, 2023

## Allianz Flexi Medical

Produk Asuransi Kesehatan Individu yang memberikan manfaat yang komprehensif dan fleksibel sesuai perlindungan yang Anda butuhkan.

Berikut **Keunggulan** dari **Allianz Flexi Medical**:



Tersedia fitur **Flexi Benefit** yang dapat digunakan untuk membayar klaim Rawat Jalan, eksek klaim dan/atau Risiko Sendiri (*Deductible*).



Nikmati manfaat **Fasilitas Tambahan Flexi Benefit** hingga **20%** dari Premi yang dibayarkan di Masa Asuransi sebelum Tanggal Perpanjangan Polis jika tidak melakukan Klaim di periode Pertanggungans Asuransi.



Beragam **pilihan plan** dan **wilayah perlindungan hingga Asia + Australia** yang dapat dipilih sesuai kebutuhan.



Perlindungan Kesehatan yang **Komprehensif** sampai dengan usia **100 tahun**.



Perlindungan **Maksimal** dengan **Pilihan Batas Manfaat Tahunan sesuai dengan kebutuhan Anda**.



Tersedia **tambahan Dana Flexi Benefit** untuk **Polis Keluarga**.

### Layanan Allianz Flexi Medical\*



**Expert Medical Opinion.**



**Layanan Bantuan Medis (Medical Assistance).**



**Layanan Tanya Dokter Online Terkait Kesehatan Mental & Gizi.**

\*) Layanan ini adalah layanan tambahan yang disediakan oleh perusahaan rekanan yang ditunjuk oleh Allianz, dan dapat diubah atau dihentikan dari waktu ke waktu. Allianz tidak bertanggung jawab atas layanan yang disediakan oleh perusahaan rekanan tersebut.

## Manfaat Asuransi

Manfaat Asuransi untuk Asuransi Dasar berdasarkan Polis adalah sebagai berikut:

### A. Perawatan Rawat Inap atau Pembedahan



Penggantian biaya Perawatan Rawat Inap atau Pembedahan karena penyakit maupun Kecelakaan dengan tunduk pada Batas Dalam Tabel Manfaat dan Batas Manfaat Tahunan sesuai *Plan* yang dipilih.

### B. Manfaat Penyakit Kritis dan Perawatan Darurat



Penggantian biaya-biaya Manfaat Penyakit kritis merujuk pada Tabel Manfaat sesuai *Plan* yang dipilih.



Penggantian biaya-biaya Manfaat Perawatan Darurat merujuk pada Tabel Manfaat sesuai *Plan* yang dipilih.

### C. Manfaat Tambahan



Penggantian biaya-biaya Manfaat Tambahan seperti Peralatan Medis Yang Tahan Lama dan Anggota Tubuh Artifisial merujuk pada Tabel Manfaat sesuai *Plan* yang dipilih

### D. Manfaat Meninggal Dunia

#### Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan



Kami membayar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan kepada Penerima Manfaat jika Tertanggung meninggal dunia akibat Kecelakaan. Jumlah Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan adalah sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat.

#### Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan



Kami membayar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan kepada Penerima Manfaat jika Tertanggung meninggal dunia yang bukan diakibatkan karena Kecelakaan. Jumlah Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan adalah sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat.

## Flexi Benefit

Kami akan memberikan Manfaat Flexi Benefit sesuai syarat dan ketentuan di bawah ini:

- Kami akan membuat dan mengelola Akun Flexi Benefit\* untuk mengumpulkan Dana Flexi Benefit\*\*;
- Dana Flexi Benefit akan terkumpul dan dikreditkan ke dalam Akun Flexi Benefit sesuai dengan syarat dan ketentuan berikut ini:
  - Jika Anda memilih Polis versi elektronik dan pembayaran Premi dengan cara pendebitan otomatis melalui kartu kredit atau rekening tabungan, maka 5% dari jumlah Premi yang dibayarkan akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit;
  - Jika Polis memiliki lebih dari 1 Tertanggung, maka 5% dari jumlah Premi yang dibayarkan akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit;
  - Jika klaim atas Santunan Harian Rawat Inap telah Kami setujui, maka dana Santunan Harian Rawat Inap (sesuai dengan *Plan* yang dipilih) akan dikreditkan ke dalam Akun Flexi Benefit; dan/atau
  - Jika Polis diperpanjang sesuai Syarat dan Ketentuan Polis, dan syarat dan ketentuan Fasilitas Tambahan Flexi Benefit yang diatur dalam bagian "Fasilitas Tambahan Flexi Benefit" di bawah ini terpenuhi.

#### Catatan:

\*)Akun Flexi Benefit adalah akun yang dibuat dan dikelola oleh Penanggung untuk setiap Polis untuk mengelola Dana Flexi Benefit.

\*\*)Dana Flexi Benefit adalah dana yang diberikan oleh Penanggung untuk secara eksklusif dimasukkan/dikreditkan ke dalam Akun Flexi Benefit, dan yang hanya dapat digunakan oleh Tertanggung untuk setiap peristiwa yang memenuhi syarat dan ketentuan yang diatur dalam Syarat dan Ketentuan Polis.

- Kami juga akan mengkreditkan Dana Flexi Benefit sebesar yang diatur di bawah ini jika syarat dan ketentuan di bawah ini terpenuhi ("**Fasilitas Tambahan Flexi Benefit**"):

Tidak ada Pelayanan Kesehatan yang dilakukan oleh Tertanggung dan tidak ada klaim yang diajukan untuk Manfaat Asuransi (sebagaimana dimaksud dalam Syarat dan Ketentuan Polis) dalam jangka waktu:

- 1 tahun Masa Asuransi, 5% dari jumlah Premi yang telah dibayarkan di 1 tahun Masa Asuransi sebelum Tanggal Perpanjangan Polis akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit;

## Flexi Benefit

- (ii) 2 tahun Masa Asuransi berturut-turut, 10% dari jumlah Premi yang telah dibayarkan di 1 tahun Masa Asuransi sebelum Tanggal Perpanjangan Polis akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit; dan/atau
- (iii) 3 tahun Masa Asuransi berturut-turut atau lebih, 20% dari jumlah Premi yang telah dibayarkan di 1 tahun Masa Asuransi sebelum Tanggal Perpanjangan Polis akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit, dengan ketentuan tambahan bahwa:
- (1) Polis diperpanjang untuk periode Masa Asuransi tahun berikutnya, dan pengkreditan Dana Flexi Benefit ke dalam Akun Flexi Benefit akan Kami lakukan setelah Tanggal Perpanjangan Polis;
  - (2) Polis tidak pernah berakhir (*lapsed*) di Masa Asuransi sebelum Dana Flexi Benefit dikreditkan ke Akun Flexi Benefit. Khusus untuk poin (ii) dan (iii) Fasilitas Tambahan Flexi Benefit, Polis harus tidak pernah berakhir (*lapsed*) selama 2 atau 3 tahun (atau lebih) Masa Asuransi berturut-turut (yang mana yang berlaku) sebelum Dana Flexi Benefit dikreditkan ke Akun Flexi Benefit;
  - (3) Dalam hal jumlah Tertanggung dalam Polis ini lebih dari 1 orang, pengkreditan Dana Flexi Benefit ke dalam Akun Flexi Benefit akan didasarkan pada setiap Tertanggung yang memenuhi syarat dan ketentuan Fasilitas Tambahan Flexi Benefit, dan sepanjang Tertanggung tersebut masih menjadi "Tertanggung" di Masa Asuransi perpanjangan Polis tahun berikutnya; dan
  - (4) Apabila Tertanggung melakukan Pelayanan Kesehatan namun tidak ada klaim yang Kami bayarkan karena jumlah klaim tersebut masih dalam batas Risiko Sendiri; dan/atau Dana Flexi Benefit digunakan untuk melunasi seluruh biaya Pelayanan Kesehatan bagi Tertanggung tersebut, maka Tertanggung tersebut dianggap masih memenuhi syarat Fasilitas Tambahan Flexi Benefit.

d. Dana Flexi Benefit dalam Akun Flexi Benefit hanya dapat digunakan mulai Tahun Polis ke-3, dan terbatas untuk tujuan berikut:



Penggantian biaya Rawat Jalan yang dilakukan oleh Tertanggung;

## Flexi Benefit



Pembayaran Ekses klaim dan/atau Risiko Sendiri (*Deductible*) atas Rawat Inap atau Pembedahan yang sebelumnya telah dilakukan Tertanggung; dan/atau



Pembayaran biaya konsultasi *online* dengan Dokter melalui platform Perusahaan Rekanan yang telah bekerja sama dengan Penanggung (sebagaimana Penanggung informasi-kan dari waktu ke waktu), termasuk pembelian Obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter tersebut.

Dengan ketentuan bahwa setiap Pelayanan Kesehatan yang dilakukan oleh Tertanggung tersebut di atas harus memenuhi ketentuan Dibutuhkan Secara Medis dan syarat serta ketentuan lainnya dalam Polis. Untuk menghindari keraguan, Anda dan/atau Tertanggung tidak dapat menarik Dana Flexi Benefit atas alasan apa pun.

### Jika terdapat lebih dari 1 Tertanggung dalam Polis:

- Pengumpulan Dana Flexi Benefit dalam Akun Flexi Benefit berdasarkan Poin (b) Flexi Benefit di atas dan Fasilitas Tambahan Flexi Benefit akan dihitung untuk masing-masing Tertanggung. Jika satu Tertanggung tidak memenuhi syarat untuk pengumpulan Dana Flexi Benefit, hal tersebut tidak akan memengaruhi pengumpulan Dana Flexi Benefit untuk Tertanggung lainnya yang memenuhi syarat; dan
- Akumulasi Dana Flexi Benefit yang terkumpul dapat digunakan oleh seluruh Tertanggung dalam Polis. Klaim Dana Flexi Benefit oleh salah satu atau lebih Tertanggung akan mengurangi saldo Dana Flexi Benefit yang tersedia.

### Catatan:

- Setelah Polis berakhir atau diakhiri dengan alasan apa pun (termasuk karena alasan Tertanggung meninggal dunia), semua sisa Dana Flexi Benefit dalam Akun Flexi akan hangus dan tidak akan dibayarkan kepada Pemegang Polis.
- Kami akan menginformasikan kepada Anda saldo Dana Flexi Benefit yang tersedia dalam Akun Flexi Benefit Anda secara berkala melalui metode atau sarana komunikasi yang Kami tentukan.
- Jika setelah Kami melakukan penambahan atau pengkreditan Dana Flexi Benefit ke dalam Akun Flexi Benefit, Kami menemukan bahwa syarat-syarat Flexi Benefit tersebut ternyata tidak terpenuhi, Kami berhak untuk membatalkan penambahan atau pengkreditan tersebut.
- Untuk menghindari keraguan, Anda dan/atau Tertanggung tidak dapat menarik Dana Flexi Benefit atas alasan apa pun.

## Family Package

Polis Allianz Flexi Medical dapat memiliki lebih dari 1 Tertanggung.

Jika Polis memiliki **lebih dari 1 Tertanggung** (Polis keluarga), **tambahan Dana Flexi Benefit 5%** dari Premi yang dibayarkan akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit.

Family Package



### Ketentuan:

- Tidak ada batasan jumlah maksimum Tertanggung dalam 1 polis selama memenuhi kriteria Keluarga. (Keluarga: Orang Tua, Pasangan, Anak, Kakak, Adik Tertanggung dari Pemegang Polis).
- Manfaat dan plan yang diambil untuk semua Tertanggung harus sama.
- Pengajuan Klaim harus melampirkan dokumen pendukung yang valid terkait hubungan dengan Pemegang Polis.

## Expert Medical Opinion

### Ruang Lingkup Layanan *Expert Medical Opinion*

Layanan *Expert Medical Opinion* dapat digunakan oleh Tertanggung dengan tunduk pada Batas Dalam Tabel Manfaat. Layanan *Expert Medical Opinion* ini hanya dapat digunakan Tertanggung dalam hal:

01

Tertanggung ingin memahami atau memvalidasi situasi medis yang serius dan kompleks;

02

Tertanggung perlu membuat keputusan medis, seperti Pembedahan atau tindakan medis penting lainnya;

03

Tertanggung didiagnosis menderita penyakit kritis dan ingin mempelajari pengobatan alternatif lain; dan/atau

04

Tertanggung perlu mencari pendapat tentang pengobatan.



Untuk Informasi lebih lengkap mengenai Layanan *Expert Medical Opinion*, silahkan akses link berikut <https://alz.id/EMO>.

## Layanan Bantuan Medis (Medical Assistance)

### Ruang Lingkup Layanan Bantuan Medis (*Medical Assistance*)

Layanan di bawah ini akan diberikan kepada Tertanggung apabila Tertanggung meninggal dunia, mengalami Kecelakaan, menderita Penyakit, yang terjadi selama periode berlakunya Layanan Bantuan Medis ini dengan ketentuan bahwa:



1

Tertanggung sedang melakukan perjalanan > 100 kilometer dari Tempat Tinggalnya atau ketika Tertanggung berada di luar negeri, untuk jangka waktu yang tidak melebihi 90 hari; dan

2

Tertanggung harus menghubungi Bantuan Darurat 24 Jam melalui nomor telepon yang tercantum pada kartu bantuan medis.

Untuk Informasi lebih lengkap mengenai Layanan Bantuan Medis silahkan akses link berikut <https://www.allianz.co.id/layanan/customer-service/evakuasi-medis.html#>.

## Layanan Tanya Dokter Online Terkait Kesehatan Mental & Gizi

Pertanggung dalam Polis ini memberikan layanan konsultasi Dokter online yang dapat digunakan oleh Tertanggung, dengan:



- Psikolog klinis
- Psikiater
- Spesialis gizi klinik

Manfaat ini tidak termasuk obat-obatan yang diresepkan dan/atau pemeriksaan lanjutan yang dirujuk oleh Dokter online tersebut.

# Tabel Manfaat

## Rawat Inap & Pembedahan

Dalam Ribuan Rupiah (Rp'000)

MANFAAT	PENJELASAN	ESSENTIAL PRO	ESSENTIAL PLUS	ELITE PRO	ELITE PLUS
MANFAAT MENINGGAL DUNIA AKIBAT KECELAKAAN		50.000	50.000	50.000	50.000
MANFAAT MENINGGAL DUNIA AKIBAT BUKAN KECELAKAAN		25.000	25.000	25.000	25.000
<b>MANFAAT RAWAT INAP</b>					
WILAYAH PERTANGGUNGAN		ASIA, KECUALI HKG, SG, JPN	ASIA, KECUALI HKG, SG, JPN	ASIA + AUSTRALIA	ASIA + AUSTRALIA
<b>Perawatan Rawat Inap atau Pembedahan</b>					
Kamar dan Akomodasi	Tidak ada batas maksimum hari	Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 1 tempat tidur (di Indonesia) / 2 tempat tidur (di luar Indonesia) dan kamar mandi didalam dengan Batas Harga Kamar	Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 1 tempat tidur dan kamar mandi didalam dengan Batas Harga Kamar	Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 1 tempat tidur (di Indonesia) / 2 tempat tidur (di luar Indonesia) dan kamar mandi	Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 1 tempat tidur dan kamar mandi didalam dengan Batas Harga Kamar
	Batas Harga Kamar	900	1.300	1.100	1.650
Unit Perawatan Intensif atau Intensive Care Unit (ICU)		Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Pembedahan					
Prostesis dan Implan					
Biaya Kunjungan Dokter					
Biaya Lain-lain Rawat Inap					
Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap**	Per Tahun Polis; Maks. 60 hari Sebelum Rawat Inap				
Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap**	Per Tahun Polis; Maks. 90 hari Setelah Rawat Inap				
Perawatan Fisioterapi Rawat Jalan**	Per Tahun Polis; Maks. 60 hari Sebelum Rawat Inap Maks. 90 hari Setelah Rawat Inap				
Alternative Inpatient Care ("Perawatan di Rumah")**	Per Tahun Polis;	200.000	200.000	300.000	300.000
Rehabilitasi Lanjutan**	Per Tahun Polis; Maks. 90 hari Setelah Manfaat Perawatan Fisioterapi Rawat Jalan berakhir	15.000	15.000	25.000	25.000
Pengobatan Tradisional	Per Tahun Polis; Selama Rawat Inap, Maks. 90 hari Setelah Rawat Inap	15.000 maksimum 1,000 untuk obat-obatan per rawat inap	15.000 maksimum 1,000 untuk obat-obatan per rawat inap	25.000 maksimum 1,000 untuk obat-obatan per rawat inap	25.000 maksimum 1,000 untuk obat-obatan per rawat inap
Konsultasi Psikiater Rawat Jalan**	Per Tahun Polis; Maks. 90 hari Setelah Rawat Inap	15.000	15.000	25.000	25.000
Santunan Harian Rawat Inap*	Per hari; maks. 90 hari Per Tahun polis	350	650	550	850
Biaya Ambulan Lokal		Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan

## Manfaat Penyakit Kritis & Perawatan Darurat

Dalam Ribuan Rupiah (Rp'000)

MANFAAT	PENJELASAN	ESSENTIAL PRO	ESSENTIAL PLUS	ELITE PRO	ELITE PLUS
WILAYAH PERTANGGUNGAN		ASIA, KECUALI HKG, SG, JPN	ASIA, KECUALI HKG, SG, JPN	ASIA + AUSTRALIA	ASIA + AUSTRALIA
<b>Manfaat Penyakit Kritis</b>					
Perawatan Dialisis**		Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Transplantasi Organ					
Donor Transplantasi Organ**					
Perawatan Kanker termasuk Pemeriksaan Remisi Kanker & Tes Laboratorium ("Manfaat Perawatan Kanker")	Perawatan Remisi Kanker, Maks. 5 tahun sejak akhir perawatan aktif				
Perawatan HIV/AIDS	Per Tahun Polis	15.000	15.000	15.000	15.000
Perawatan Paliatif	Per Tahun Polis	250.000	250.000	250.000	250.000
<b>Manfaat Perawatan Darurat</b>					
Rawat Inap karena Darurat atau Kecelakaan Di Luar Wilayah Pertanggungsaan**	Berlaku di seluruh dunia kecuali USA Dalam waktu 48 jam sejak mengalami Kecelakaan atau keadaan Darurat	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Rawat Jalan karena Darurat atau Kecelakaan termasuk Perawatan Gigi karena Kecelakaan, di dalam dan di luar Wilayah Pertanggungsaan**	Berlaku di seluruh dunia kecuali USA Dalam waktu 48 jam sejak mengalami Kecelakaan atau keadaan Darurat	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Rawat Jalan lanjutan karena Darurat atau karena Darurat atau Kecelakaan**	Berlaku di seluruh dunia kecuali USA Perawatan Rawat Jalan dalam 30 hari sejak Kecelakaan atau keadaan Darurat				

\*Dibayarkan ke akun "Flexi Benefit". \*\*Klaim hanya dapat dilakukan secara reimbursement.

HKG, SG, JPN : Hong Kong, Singapura, Jepang.

# Tabel Manfaat

## Manfaat Tambahan & Layanan

Dalam Ribuan Rupiah (Rp'000)

MANFAAT	PENJELASAN	ESSENTIAL PRO	ESSENTIAL PLUS	ELITE PRO	ELITE PLUS
WILAYAH PERTANGGUNGAN		ASIA, KECUALI HKG, SG, JPN	ASIA, KECUALI HKG, SG, JPN	ASIA + AUSTRALIA	ASIA + AUSTRALIA
<b>Manfaat Tambahan</b>					
Peralatan Medis Yang Tahan Lama**	Per Tahun Polis; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	15.000	15.000	15.000	15.000
Anggota Tubuh Artifisial**	Per Tahun Polis; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	250.000	250.000	250.000	250.000
<b>Layanan***</b>					
Expert Medical Opinion		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Layanan Bantuan Medis (Medical Assistance)		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Layanan Tanya Dokter Online terkait Kesehatan Mental dan Gizi	12 kali per Tahun Polis	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
<b>Batas Manfaat Tahunan</b>		<b>15.000.000</b>	<b>15.000.000</b>	<b>20.000.000</b>	<b>20.000.000</b>
Risiko Sendiri (Deductible)	Per Rawat Inap/Pembedahan;	20.000	20.000	25.000	25.000
Fasilitas Tambahan Flexi Benefit*	% Premi pada periode Tahun Polis sebelumnya	Tahun ke-1: 5% Tahun ke-2: 10%, Tahun ke-3 dst: 20%	Tahun ke-1: 5% Tahun ke-2: 10%, Tahun ke-3 dst: 20%	Tahun ke-1: 5% Tahun ke-2: 10%, Tahun ke-3 dst: 20%	Tahun ke-1: 5% Tahun ke-2: 10%, Tahun ke-3 dst: 20%
Flexi Benefit	Dapat diklaim sejak tahun Polis ke-3	Tersedia selama memenuhi ketentuan	Tersedia selama memenuhi ketentuan	Tersedia selama memenuhi ketentuan	Tersedia selama memenuhi ketentuan

\*Dibayarkan ke akun "Flexi Benefit".

\*\*Klaim hanya dapat dilakukan secara *reimbursement*.

\*\*\*Layanan ini adalah layanan tambahan yang disediakan oleh perusahaan rekanan yang ditunjuk oleh Penanggung, dan dapat diubah atau dihentikan dari waktu ke waktu. Penanggung tidak bertanggung jawab atas layanan yang disediakan oleh perusahaan rekanan tersebut.

HKG, SG, JPN : Hong Kong, Singapura, Jepang.

## Syarat & Ketentuan

<b>Tipe Produk</b>	Asuransi Kesehatan Individu.										
<b>Usia Masuk Pemegang Polis (ulang tahun terdekat)</b>	Minimum Usia 18 tahun.										
<b>Usia Masuk Tertanggung (ulang tahun terdekat)</b>	Usia 1 bulan - 75 tahun.										
<b>Masa Asuransi</b>	1 tahun dan dapat diperpanjang setiap tahun hingga usia 100 tahun.										
<b>Mata Uang</b>	Rupiah.										
<b>Masa Pembayaran Premi</b>	Masa Pembayaran Premi mengikuti Masa Pertanggungans Asuransi. Besarnya Premi meningkat sesuai usia Tertanggung pada saat perpanjangan polis.										
<b>Cara Pembayaran Premi</b>	Bulanan, kuartalan, semesteran dan tahunan. Faktor pengali untuk frekuensi pembayaran premi: <table><thead><tr><th>Frekuensi Pembayaran</th><th>Faktor Pengali</th></tr></thead><tbody><tr><td>Tahunan</td><td>100%</td></tr><tr><td>Semesteran</td><td>52%</td></tr><tr><td>Kuartalan</td><td>27%</td></tr><tr><td>Bulanan</td><td>10%</td></tr></tbody></table>	Frekuensi Pembayaran	Faktor Pengali	Tahunan	100%	Semesteran	52%	Kuartalan	27%	Bulanan	10%
Frekuensi Pembayaran	Faktor Pengali										
Tahunan	100%										
Semesteran	52%										
Kuartalan	27%										
Bulanan	10%										
<b>Grace Period</b>	45 hari kalender sejak tanggal jatuh tempo pembayaran premi terakhir.										
<b>Underwriting</b>	Full Underwriting.										

## Syarat & Ketentuan

### Periode Eliminasi Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker

Kanker yang didiagnosa dalam 3 bulan sejak (i) Tanggal Efektif Pertanggungans; (ii) tanggal Pemulihan Polis; atau (iii) tanggal disetujuinya peningkatan Manfaat Asuransi, mana yang paling akhir.

### Masa Tunggu

**Penyakit selain Penyakit Khusus, HIV/AIDS, dan Penyakit kanker/Manfaat Perawatan Kanker**  
30 hari\*.

**Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker**  
9 Bulan\*\*.

**Penyakit Khusus dan HIV/AIDS**  
12 bulan\*.

**Tidak ada masa tunggu untuk perawatan kecelakaan.**

\*) Sejak Tanggal Efektif Pertanggungans, tanggal Pemulihan Polis, atau tanggal disetujuinya secara tertulis peningkatan *plan* Asuransi, mana yang paling akhir terjadi.

\*\*\*) Sejak Periode Eliminasi berakhir.

## Risiko Sendiri (*Deductible*)

- Jumlah Risiko Sendiri (*Deductible*) dihitung berdasarkan ketentuan-ketentuan berikut ini:
  - Untuk setiap kejadian Rawat Inap atau Pembedahan untuk Penyakit atau Cedera yang sama;
  - Berdasarkan *Eligible Claim*, dan bukan dihitung dari jumlah total klaim yang diajukan kepada Kami; dan
  - Setelah memperhitungkan Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), atau pihak lain yang memberikan pertanggungungan sejenis yang juga dicakup oleh Polis.
- Apabila besarnya Risiko Sendiri (*Deductible*) lebih kecil dari *Eligible Claim*, maka Kami akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa selisih dari *Eligible Claim* (total biaya Pelayanan Kesehatan yang disetujui oleh Kami) dan besarnya Risiko Sendiri (*Deductible*); atau
  - Apabila besarnya Risiko Sendiri (*Deductible*) lebih besar dari *Eligible Claim*, maka Perusahaan Asuransi tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi apa pun.
- Anda tidak dapat mengubah keberlakuan Risiko Sendiri (*Deductible*) ini tanpa persetujuan tertulis sebelumnya dari Kami. Jika Anda mengajukan permohonan untuk mengubah keberlakuan Risiko Sendiri (*Deductible*), Kami berhak untuk melakukan seleksi ulang risiko dan menyetujui atau menolak permohonan perubahan tersebut.

## Ilustrasi



### Bapak Aris

Usia Masuk 30 tahun, saat membeli  
**Allianz Flexi Medical**

<b>Plan yang dipilih</b> Essential Pro	<b>Premi</b> Rp9.124.000 / tahun	<b>Melakukan Pemilihan</b> <b>Fitur Risiko Sendiri (<i>Deductible</i>)</b>
---	--	---

Bapak Aris terdiagnosis penyakit kanker hati pada tahun ke-2 setelah membeli Polis Allianz Flexi Medical.

Bapak Aris menjalani pemeriksaan diagnosis untuk menentukan perawatan tahap selanjutnya, biaya yang timbul dibayar sesuai tagihan.

60 hari kemudian Bapak Aris menjalani perawatan kanker selama 30 hari di Rumah Sakit.

### Asumsi biaya yang timbul atas perawatan kanker Bapak Aris selama 30 hari

Manfaat	Biaya	Total Biaya (Per 30 hari)
Kamar (1 tempat tidur terendah)	Rp1.100.000/hari	Rp33.000.000/hari
Kunjungan Dokter	Rp500.000/hari	Rp15.000.000/hari
Kemoterapi	Rp50.000.000/paket	Rp50.000.000/paket
Radioterapi	Rp60.000.000/tindakan	Rp60.000.000/tindakan
Biaya lain-lain Rawat Inap	Rp20.000.000	Rp20.000.000
<b>Total Tagihan</b>		<b>Rp178.000.000</b>
<b>Klaim yang disetujui</b>		<b>Rp178.000.000</b>

Rp178.000.000 – Rp20.000.000 (Risiko Sendiri (*Deductible*))  
= **Rp158.000.000 Ditanggung oleh**  **Allianz Flexi Medical**

## **Klaim Reimbursement**

Pelayanan Kesehatan harus dilakukan oleh Tertanggung di salah satu Rumah Sakit yang tercantum dalam Daftar Rumah Sakit Dan Klinik namun tidak termasuk dalam Rumah Sakit/Klinik Di Luar Cakupan Pertanggungan. Kami berhak untuk menolak klaim apabila Pelayanan Kesehatan dilakukan oleh Tertanggung di Rumah Sakit/Klinik Di Luar Cakupan Pertanggungan.

## **Dokumen Klaim Reimbursement**

Tertanggung atau Anda harus mengajukan kepada Kami dokumen-dokumen klaim Pelayanan Kesehatan berikut ini:

- a. Fotokopi Identitas diri Tertanggung berupa Akte lahir (anak-anak), Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia (dewasa), dan paspor untuk warga negara asing (dewasa);
- b. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan yang telah diisi lengkap dan benar dan ditandatangani oleh Tertanggung dan/atau Anda;
- c. Formulir Resume Medis yang telah diisi lengkap dan telah ditandatangani oleh Dokter yang merawat dengan cap/stempel asli dari Rumah Sakit;
- d. Bukti pembayaran asli atas perawatan berupa kuitansi asli beserta perincian biaya-biaya masing-masing tindakan dan/atau Pelayanan Kesehatan;
- e. Salinan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik;
- f. Salinan resep yang berkaitan dengan perawatan;
- g. Surat rujukan dari Dokter untuk perawatan dan pengobatan ke Dokter spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan fisioterapi;
- h. Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan/atau Data Medik; dan
- i. Dokumen lain yang menunjang, jika diperlukan.

Seluruh dokumentasi klaim harus dibuat dan dikirimkan kepada Kami dalam waktu paling lama 30 hari kalender sejak tanggal penagihan atau tanggal Tertanggung meninggalkan Rumah Sakit, yang mana yang terjadi paling akhir. Dalam hal ketentuan ini tidak dipenuhi, Kami tidak akan membayarkan klaim Tertanggung.

Kami berhak untuk mendapatkan segala dokumen tambahan/keterangan/catatan medis dari Tertanggung, Anda, Rumah Sakit dan/atau pihak lain sehubungan dengan diagnosis dan/atau Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada Tertanggung dan/atau data Tertanggung yang berhubungan dengan Polis.

Apabila klaim disetujui oleh Kami, Kami akan membayarkan kepada Tertanggung atas klaim tersebut dalam waktu paling lama 7 hari kerja sejak dokumen klaim telah Kami terima dengan benar dan lengkap.

Sesuai dengan ketentuan Polis, Kami berhak untuk meminta pendapat dari seorang Dokter independen terhadap klaim yang diajukan oleh Tertanggung, termasuk untuk meminta Tertanggung melakukan pemeriksaan ulang pada Dokter atau laboratorium yang ditunjuk oleh Kami.

## **Klaim Cashless**

Fasilitas *Cashless* dapat digunakan oleh Tertanggung untuk Pelayanan Kesehatan yang dilakukan secara Rawat Inap sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat dan sesuai dengan Plan yang Anda pilih.

Untuk memanfaatkan Fasilitas *Cashless*, berlaku dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Tertanggung wajib menjalani Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang Kami tetapkan dari waktu ke waktu;
- b. Tertanggung menunjukkan Kartu Tertanggung dan identitas diri lainnya kepada Jaringan Layanan Kesehatan pada saat akan melakukan Pelayanan Kesehatan;
- c. Jaringan Layanan Kesehatan akan melakukan proses verifikasi dengan Kami sebelum Jaringan Layanan Kesehatan memberikan Pelayanan Kesehatan;
- d. Anda/Tertanggung dan/atau Jaringan Layanan Kesehatan harus menyediakan informasi dan/atau data medis sehubungan dengan rencana Pelayanan Kesehatan tersebut. Atas informasi dan/atau data medis yang diberikan, Kami akan melakukan pemeriksaan awal untuk menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang diminta termasuk dalam cakupan Polis. Setelah Kami melakukan pemeriksaan awal:
  1. Jika Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Polis, Kami akan menerbitkan surat persetujuan Rawat Inap kepada Jaringan Layanan Kesehatan. Namun demikian, Kami dapat membatalkan surat persetujuan Rawat Inap pada setiap saat jika Pelayanan Kesehatan yang terjadi tidak sesuai dengan Syarat dan Ketentuan Polis atau jika terdapat indikasi bahwa diagnosis perawatan termasuk dalam hal-hal yang tidak dijamin atau dikecualikan dalam Polis; atau
  2. Jika Kami belum dapat menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Polis, Kami berhak untuk tidak menerbitkan surat persetujuan Rawat Inap sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan yang akan dilakukan oleh Tertanggung. Namun demikian, Tertanggung dapat mengajukan klaim atas biaya Pelayanan Kesehatan tersebut kepada Kami secara *Reimbursement*, sesuai dengan prosedur pengajuan klaim secara *Reimbursement* sebagaimana diatur dalam Polis.

### **Catatan:**

- i. Sebelum Tertanggung meninggalkan Rumah Sakit, Anda dan/atau Tertanggung harus membayar seluruh biaya Pelayanan Kesehatan yang tidak ditanggung (Ekses Klaim) berdasarkan Polis (termasuk biaya yang timbul sebagai akibat diberlakukannya ketentuan Pembayaran Pro Rata sebagaimana dimaksud dalam Syarat-Syarat Pertanggungan ini);

## Klaim

---

- ii. Fasilitas *Cashless* merupakan layanan atau fasilitas tambahan untuk memudahkan Tertanggung dalam melakukan Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan. Oleh karena itu, Kami sewaktu-waktu berhak untuk membatasi atau menghentikan Fasilitas *Cashless* ini dan/atau menentukan tata cara atau prosedur Fasilitas *Cashless* berdasarkan Polis.

### Klaim Manfaat Meninggal Dunia

Pengajuan klaim pembayaran manfaat Meninggal Dunia wajib dilengkapi dengan berkas-berkas antara lain:

- a. Formulir klaim meninggal dunia yang harus diisi dengan lengkap dan benar oleh Penerima Manfaat;
- b. Formulir klaim meninggal dunia yang harus diisi dengan lengkap dan benar oleh Dokter yang melakukan perawatan atas Tertanggung;
- c. Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan/atau Data Medik yang diisi dan ditandatangani di atas meterai oleh Penerima Manfaat.
- d. Fotokopi Surat Keterangan Meninggal dari Instansi Pemerintahan yang berwenang (Kutipan Akte Kematian).
- e. Fotokopi Surat Keterangan dari Kepolisian dalam hal penyebab kematian Tertanggung yang tidak wajar, tidak diketahui atau karena Kecelakaan, serta hasil autopsi atau visum dari Dokter.
- f. Surat pernyataan yang menjelaskan kronologis kematian Tertanggung yang disiapkan secara lengkap dan benar serta ditandatangani oleh Penerima Manfaat (apabila Tertanggung meninggal dunia di rumah tanpa perawatan Dokter).
- g. Fotokopi hasil pemeriksaan medis yang terkait dengan dengan Polis/pengajuan klaim ini sehubungan dengan tindakan medis, perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang dilakukan dan/atau diterima oleh Tertanggung.
- h. Formulir pemberitahuan nomor rekening yang telah diisi secara lengkap dan benar oleh Penerima Manfaat, dan fotokopi buku rekening Penerima Manfaat.
- i. Fotokopi identitas diri Tertanggung berupa Akte lahir (anak-anak), Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia (dewasa), dan paspor untuk warga negara asing (dewasa).
- j. Fotokopi identitas diri Penerima Manfaat berupa Akte lahir (anak-anak), Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia (dewasa), dan paspor untuk warga negara asing (dewasa).
- k. Fotokopi dokumen pendukung yang menjelaskan hubungan antara Tertanggung dengan Penerima Manfaat.
- l. Dokumen lainnya (jika diperlukan).

## Klaim

---

### Catatan:

- Klaim Manfaat Meninggal Dunia akan Kami bayarkan selambat-lambatnya 14 hari kerja sejak Klaim Kami setuju dan dokumen klaim telah Kami terima dengan benar dan lengkap.
- Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani serta dokumen pendukung lainnya sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam Polis dan formulir klaim harus sudah diterima di Kantor Pusat Kami di Jakarta paling lambat 60 hari setelah tanggal terjadinya risiko. Keterlambatan penyampaian klaim dan/atau berkas-berkas klaim tidak akan menggugurkan keabsahan klaim, asalkan alasan keterlambatan dapat dibuktikan dan diterima secara wajar.

### Ekses Klaim

Saat meninggalkan Rumah Sakit, Anda dan/atau Tertanggung bertanggung jawab untuk membayar biaya yang tidak ditanggung (Ekses Klaim) dalam Polis ini. Anda dan/atau Tertanggung tidak terbebas dari kewajiban membayar Ekses Klaim dan harus tetap bertanggung jawab untuk membayar Ekses Klaim apabila:

- a. Anda dan/atau Tertanggung tidak membayar Ekses Klaim tersebut pada saat Tertanggung meninggalkan Rumah Sakit; atau
- b. Setelah Kami menerima dokumen klaim dari Rumah Sakit, Kami menemukan bahwa Rumah Sakit tidak menagihkan atau terdapat kekurangan dalam menagihkan Ekses Klaim kepada Anda dan/atau Tertanggung.

### Catatan:

Dalam hal tersebut di atas, Kami akan menagihkan Ekses Klaim tersebut kepada Anda. Anda dan/atau Tertanggung harus membayar Ekses Klaim tersebut kepada Kami dalam waktu 14 hari sejak tagihan Ekses Klaim tersebut. Kami tidak akan membayar Manfaat Asuransi apapun dan/atau memberikan Fasilitas *Cashless* selanjutnya apabila Kami belum menerima pembayaran Ekses Klaim tersebut setelah 14 hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim tersebut. Jika Anda dan/atau Tertanggung belum membayar tagihan Ekses Klaim tersebut dalam waktu 30 hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim, Kami akan mengakhiri Polis Anda. Pengakhiran Polis tidak menghilangkan kewajiban Anda dan/atau Tertanggung untuk membayar tagihan yang terhutang kepada Kami.

## Pengecualian

---

**Kami tidak berkewajiban membayar Manfaat Meninggal Dunia Bukan Akibat Kecelakaan berdasarkan Polis apabila Tertanggung meninggal dunia disebabkan secara langsung maupun tidak langsung karena:**

1. Tertanggung meninggal dunia karena bunuh diri dalam jangka waktu 1 tahun sejak Tanggal Efektif Pertanggungans atau tanggal Pemulihan Polis (mana yang paling akhir).
2. Tertanggung meninggal dunia dalam Masa Asuransi karena dihukum mati oleh pengadilan, atau karena dengan sengaja melakukan atau turut serta dalam suatu tindak kejahatan atau suatu percobaan tindak kejahatan, baik aktif maupun tidak, atau apabila Tertanggung meninggal dunia akibat tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki atau turut memiliki kepentingan dalam Polis ini.

## Pengecualian

---

II. Kami tidak berkewajiban membayar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan berdasarkan Polis ini apabila Tertanggung meninggal dunia disebabkan secara langsung maupun tidak langsung karena:

1. Keterlibatannya dalam perkelahian tanding, kecuali jika hal itu merupakan tindakan membela diri.
2. Melukai diri sendiri atau bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dalam keadaan sehat fisik dan mental maupun tidak.
3. Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan atau pelanggaran hukum atau percobaan pelanggaran hukum yang dilakukan oleh Tertanggung atau perlawanan yang dilakukan oleh Tertanggung pada saat terjadinya penahanan atas diri seseorang (termasuk Tertanggung) yang dijalankan oleh pihak yang berwenang.
4. Tindakan kriminal yang dilakukan dengan maksud tertentu oleh Anda, Tertanggung atau Penerima Manfaat
5. Tertanggung turut dalam suatu penerbangan selain sebagai penumpang resmi atau awak pesawat udara dari maskapai penerbangan komersil, yang penerbangannya terjadwal, rutin dan berlisensi.
6. Pekerjaan atau profesi yang berisiko dari Tertanggung, misalnya dalam militer, polisi, pemadam kebakaran, pertambangan atau pekerjaan / profesi lain dengan risiko tinggi.
7. Olahraga atau hobi Tertanggung yang mengandung bahaya, misalnya balap mobil, balap sepeda motor, pacuan kuda, terbang layang, mendaki gunung, tinju, gulat, termasuk olah raga atau hobi lain yang juga mengandung bahaya dan berisiko.
8. Kecelakaan yang terjadi sebagai akibat dari sakit jiwa, penyakit yang menyerang sistem syaraf, mabuk (Tertanggung berada di bawah pengaruh alkohol), penggunaan narkotik dan atau obat terlarang.

Apabila Tertanggung meninggal dunia akibat dari salah satu sebab di atas, maka Kami hanya akan membayarkan maksimal sebesar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan sesuai yang tercantum pada Tabel Manfaat.

III. Kami tidak akan membayar setiap Manfaat Asuransi untuk setiap Pelayanan Kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan:

1. Perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang terjadi sebelum Tanggal Efektif Pertanggungan;
2. Semua perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang berhubungan dengan Kondisi *Pre-Existing*, termasuk komplikasinya.
3. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang terjadi sebelum Masa Tunggu berakhir dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. Masa Tunggu untuk setiap Manfaat Asuransi (kecuali untuk Penyakit-penyakit Khusus dan Penyakit kanker atau Manfaat Perawatan Kanker) adalah 30 hari;
  - b. Masa Tunggu untuk Manfaat Perawatan HIV/ AIDS adalah 12 bulan; dan
  - c. Masa Tunggu untuk Penyakit kanker atau Manfaat Perawatan Kanker adalah 9 bulan setelah berakhirnya Periode Eliminasi (sebagaimana dijelaskan pada poin 4).

## Pengecualian

---

Untuk menghindari keraguan, Penyakit, kondisi, atau cedera, keadaan kesehatan atau ketidakmampuan yang termasuk dalam Kondisi *Pre Existing* atau jika pengecualian lainnya dalam Polis berlaku, Pertanggungan berdasarkan Polis tidak berlaku (meskipun Pelayanan Kesehatan untuk Penyakit, kondisi, atau cedera, keadaan kesehatan atau ketidakmampuan tersebut dilakukan setelah berakhirnya Masa Tunggu).

4. Kanker yang tanda-tanda atau gejalanya muncul, baik disadari atau tidak disadari oleh Tertanggung, atau yang telah didiagnosis atau mendapat perawatan atau pengobatan dalam waktu 3 bulan sejak, mana yang paling akhir (i) Tanggal Efektif Pertanggungan; (ii) tanggal Pemulihan Polis; atau (iii) tanggal disetujuinya secara tertulis peningkatan Plan dalam Polis oleh Kami sebagaimana dicantumkan dalam Endosemen (jika ada) ("Periode Eliminasi").

Dalam hal kanker (termasuk tanda-tanda atau gejalanya) terjadi atau muncul dalam Periode Eliminasi dan berlanjut hingga berakhirnya Masa Tunggu untuk Penyakit kanker, Kami tidak akan membayar setiap Manfaat Asuransi untuk setiap Pelayanan Kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan kanker tersebut, termasuk Pelayanan Kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan lanjutan yang dilakukan setelah Periode Eliminasi dan Masa Tunggu untuk Penyakit kanker.

5. Penyakit – penyakit khusus (apapun penyebabnya termasuk Kecelakaan), kecuali Pertanggungan ini telah berlaku selama 12 bulan berturut-turut, terhitung sejak, mana yang paling akhir (i) Tanggal Efektif Pertanggungan; (ii) tanggal Pemulihan Polis; atau (iii) tanggal disetujuinya secara tertulis peningkatan Manfaat Asuransi atas pertanggungan dalam Polis oleh Kami sebagaimana dicantumkan dalam Endosemen (jika ada). Penyakit-penyakit khusus tersebut di antaranya:
  - a. Batu di Ginjal, Saluran/Kandung Kemih, Saluran/Kandung Empedu;
  - b. Penyakit jantung, Pembuluh darah jantung dan Pembuluh darah otak (contoh : Gagal jantung, Penyakit Jantung Koroner, Stroke);
  - c. Katarak;
  - d. Segala jenis tumor jinak/massa/kista/polip;
  - e. Penyakit amandel atau adenoid dan kondisi abnormal dari rongga hidung, septum intranasal atau konka turbin, termasuk sinus yang mengakibatkan intervensi bedah;
  - f. Kencing Manis;
  - g. Tuberkulosis dan semua komplikasinya;
  - h. Gangguan Kelenjar Tiroid;
  - i. Hipertensi, Hiperlipidemia (contoh: Hiperkolesterol, Hipertrigliserid)
  - j. Gagal Ginjal Kronis;
  - k. Segala jenis Hernia, Intervertebral Disc prolaps;
  - l. Segala jenis gangguan hematologi, autoimmune;
  - m. Wasir;
  - n. Semua jenis gangguan sistem reproduksi pria atau wanita, termasuk namun tidak terbatas pada fibroid/mioma di rahim; atau
  - o. Tukak lambung (ulkus peptikum).

Untuk menghindari keraguan, jika Penyakit-penyakit khusus tersebut termasuk dalam Kondisi *Pre Existing* atau pengecualian-pegecualian lainnya dalam Polis berlaku, Kami tidak akan membayar Manfaat Asuransi sehubungan dengan Penyakit-penyakit khusus tersebut meskipun Pertanggungan telah berlaku selama 12 bulan berturut-turut;

## Pengecualian

---

6. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang tidak Dibutuhkan Secara Medis dan/atau yang menimbulkan biaya yang melebihi Biaya Yang Wajar;
7. Gangguan mental, perilaku, kejiwaan, psikologis atau syaraf termasuk tetapi tidak terbatas pada anxiety, anorexia, depresi, stres, psikosis, neurosis, fatigue, komplikasi kejiwaan fisik, psikiatrik dan manifestasi fisiologis atau psikosomatis, perawatan pada saat Tertanggung di bawah pengaruh atau terlibat dalam penggunaan narkotika, alkohol, psiko tropika, racun, gas, atau kecanduan atas bahan – bahan sejenis atau Obat – obatan selain digunakan sebagai obat menurut resep Dokter.
8. Kehamilan (pra/selama/pasca kehamilan) termasuk komplikasi kehamilan karena Kecelakaan, keguguran atau kelahiran, penghentian kehamilan, perawatan pra-kehamilan atau setelah melahirkan, atau komplikasi disfungsi atau kekurangan, kontrasepsi, sterilisasi, metode pengaturan kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, dan semua jenis bantuan prosedur reproduksi, semua terapi hormonal yang berhubungan dengan syndrome premenopause, termasuk semua komplikasi yang terjadi.
9. Perawatan dan/atau pengobatan untuk mengurangi atau menambah berat badan termasuk semua komplikasi yang terjadi.
10. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kosmetik, termasuk bedah plastik kecuali untuk bedah plastik rekonstruksi fungsional yang Dibutuhkan Secara Medis yang dilakukan dalam kurun waktu 6 bulan sejak tanggal Pembedahan yang dilakukan sebelum dan terkait dengan tindakan bedah plastik rekonstruksi fungsional tersebut.
11. Pemeriksaan mata, kelainan refraksi mata termasuk miopia, dan/atau pembelian/penyewaan kacamata/lensa (termasuk tetapi tidak terbatas pada lensa non monofokal yang digunakan sebagai akibat dari operasi katarak), kecuali untuk perawatan Lasik dengan kelainan refraksi yang lebih dari 5 dioptri.
12. Pemeriksaan fisik secara berkala, pemeriksaan kesehatan (Medical Check Up) atau pemeriksaan penunjang yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa dari Penyakit/luka yang ditanggung.
13. Biaya yang dikeluarkan bukan untuk pengobatan langsung pada Penyakit/ luka (biaya non medis), namun tidak termasuk biaya administrasi.
14. Imunisasi dan vaksinasi, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.
15. Perawatan dan/atau pengobatan, termasuk komplikasinya yang berkaitan dengan:
  - a. Kelainan bawaan. Untuk menghindari keraguan, kelainan bawaan dapat timbul atau muncul di seluruh jenjang usia, dan tidak terbatas pada kelainan bawaan yang gejala atau keluhannya muncul pada saat lahir (*birth defects*). Penentuan kelainan bawaan akan mengacu pada, antara lain, diagnosis Dokter dan/atau literatur atau jurnal kedokteran (baik dalam dan luar negeri);
  - b. Kelainan dan/atau keterlambatan tumbuh kembang; dan/atau
  - c. Sunat yang tidak berkaitan dengan Penyakit atau Kecelakaan.

## Pengecualian

---

16. Perawatan medis dan/atau pengobatan termasuk komplikasinya yang berkaitan dengan Penyakit menular seksual, perubahan jenis kelamin, pergantian kelamin atau Penyakit seksual.
17. Keluarga Berencana, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.
18. Perawatan dan/atau pengobatan termasuk komplikasinya akibat:
  - a. Terlibat aktif dalam perang, kerusuhan, perkelahian atau perbuatan kejahatan,
  - b. Luka yang disengaja serta percobaan bunuh diri, dan/atau
  - c. Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan atau pelanggaran hukum atau percobaan pelanggaran hukum yang dilakukan oleh Tertanggung atau perlawanan yang dilakukan oleh Tertanggung pada saat terjadinya penahanan atas diri seseorang (termasuk Tertanggung) yang dijalankan oleh pihak yang berwenang.
19. Tertanggung melakukan dan/atau berpartisipasi dalam kegiatan atau olahraga yang berbahaya (baik yang dilakukan dengan mendapatkan remunerasi/imbalan atau tidak), termasuk namun tidak terbatas pada, balap, kompetisi atau lomba kecepatan (selain berjalan kaki atau berenang) atau bela diri, potholing, panjat tebing, panjat gunung, mendaki menggunakan tali ataulat bantu, menyelam pada kedalaman lebih dari 30 meter, kegiatan menyelam yang melibatkan penggunaan alat bantu pernapasan, *sky diving*, *cliff diving*, *bungee jumping*, *BASE jumping* (*Building Antenna Span Earth*), paralayang, gantole dan terjun payung.
20. Perawatan dan/atau pengobatan termasuk komplikasinya yang diakibatkan karena Tertanggung turut dalam suatu penerbangan selain sebagai penumpang resmi atau awak pesawat udara dari maskapai penerbangan komersil, yang penerbangannya terjadwal, rutin dan berlisensi.
21. Rawat Jalan kecuali Rawat Jalan yang harus dilakukan Tertanggung akibat Kecelakaan dan kondisi Darurat.
22. Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan gigi beserta komplikasinya kecuali yang dilakukan sebagai akibat Kecelakaan. Namun demikian, pemasangan gigi palsu, mahkota gigi dan implant gigi oleh sebab apapun, termasuk akibat Kecelakaan dikecualikan dari Pertanggungans berdasarkan Polis ini.
23. Perawatan dan/atau pengobatan yang telah mendapat penggantian dari Pemerintah, asuransi kesehatan lainnya dan/atau pihak lain.
24. Perawatan eksperimental termasuk obat-obatan, penggunaan obat-obatan, teknologi dan/atau prosedur medis yang tidak konvensional yang belum terbukti efektif berdasarkan praktik medis yang sudah ada, dan belum mendapatkan persetujuan dari badan yang diakui di negara tempat Tertanggung menjalani perawatan dan/atau pengobatan.

# Layanan Pengaduan Dan Penyelesaian Sengketa

## 1. Layanan Pengaduan

- a. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dapat menyampaikan pengaduan secara tertulis atau lisan kepada Penanggung melalui jalur layanan pengaduan yang disediakan oleh Penanggung.
- b. Penanggung akan menindaklanjuti pengaduan tersebut dalam jangka waktu sebagai berikut:
  - (i) Untuk pengaduan secara lisan: 5 hari kerja sejak pengaduan diterima oleh Penanggung (atau jangka waktu lainnya yang dari waktu ke waktu diatur dalam peraturan yang ditetapkan oleh Otoritas Jasa Keuangan (“OJK”)).
  - (ii) Untuk pengaduan secara tertulis: 10 hari kerja sejak dokumen pendukung diterima secara lengkap oleh Penanggung (atau jangka waktu lainnya yang dari waktu ke waktu diatur dalam peraturan yang ditetapkan oleh OJK).
- c. Jika terdapat kondisi tertentu sebagaimana yang diatur dalam peraturan yang ditetapkan oleh OJK, dan dengan melakukan pemberitahuan sebelumnya kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, Penanggung dapat (i) memperpanjang jangka waktu yang disebutkan dalam poin (1)(b) ini; atau (ii) menindaklanjuti pengaduan tersebut di luar jangka waktu yang disebutkan dalam ayat (1)(b) poin ini.
- d. Informasi lebih lanjut mengenai jalur layanan pengaduan dan prosedur pengaduan tersedia untuk Pemegang Polis dan/atau Tertanggung di situs resmi Penanggung.
- e. Dalam hal tidak terdapat kesepakatan terhadap hasil tindak lanjut pengaduan sebagaimana disebutkan dalam poin (1) ini, Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dapat menyampaikan pengaduan kepada OJK untuk penanganan pengaduan sesuai dengan kewenangan OJK atau menyelesaikan sengketa terkait pengaduan tersebut sesuai dengan ketentuan poin (2) ini.

## 2. Penyelesaian Sengketa

- a. Apabila timbul sengketa antara Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan Penanggung atau pihak lain yang berkepentingan dengan Polis, maka sengketa dapat terlebih dahulu diselesaikan melalui musyawarah untuk mufakat.
- b. Dalam hal sengketa sebagaimana disebutkan dalam poin (2)(a) ini tidak dapat diselesaikan dan tidak mencapai kesepakatan, Penanggung dan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dapat menyelesaikan sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan yang berwenang.
- c. Penyelesaian sengketa di luar pengadilan sebagaimana yang dimaksud pada poin (2)(b) ini, dilakukan melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa yang ditetapkan oleh OJK, antara lain Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan atau Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa lainnya yang berwenang dan ditetapkan oleh OJK dari waktu ke waktu.

# Pelayanan, Penyelesaian Pengaduan Dan Klaim

Apabila ada pertanyaan dan keluhan terkait produk dan/atau layanan Kami, silakan menyampaikan pertanyaan dan keluhan melalui *Customer Center* Kami:

**Alamat:**

PT Asuransi Allianz Life Indonesia  
Customer Lounge  
World Trade Centre 6, Ground Floor  
Jl. Jenderal Sudirman Kav. 29-31  
Jakarta Selatan 12920, Indonesia

**Corporate Number:**

+62 21 2926 8888

**Website:**

[www.allianz.co.id](http://www.allianz.co.id)

**AllianzCare:**

1500 136

**E-mail:**

[ContactUs@allianz.co.id](mailto:ContactUs@allianz.co.id)