

AlliSyia Flexi Medical

Merupakan produk asuransi kesehatan individu syariah yang memberikan manfaat yang komprehensif dan fleksibel sesuai perlindungan yang Peserta butuhkan.

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini ditujukan untuk memberikan penjelasan singkat terkait manfaat dan hal-hal penting dari Polis yang akan Peserta miliki. Mohon untuk mendapatkan penjelasan langsung dari Tenaga Pemasar Pengelola sebelum Peserta memutuskan untuk memiliki Polis.

“Pengelola” adalah PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia.

“Peserta” adalah pihak yang namanya dicantumkan dalam Polis sebagai pihak yang mengadakan Perlindungan dengan Pengelola.

“Pihak Yang Diasuransikan” adalah orang atau orang-orang yang menghadapi risiko yang diatur dalam Polis, dan yang namanya tercantum dalam Data Polis atau Endosemen (jika ada).

Definisi dan keterangan lebih lengkap dapat Peserta pelajari pada Polis yang Pengelola terbitkan.

Apa Saja Manfaat Yang Diberikan Pada Produk Ini?

dalam '000 Rupiah

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 KECELAKAAN SAAT MENUNJAIKAN (IBADAH UMRAH ATAU HAJI)		75.000	75.000	75.000	75.000				
MANFAAT MENINGGAL DUNIA AKIBAT BUKAN KECELAKAAN		25.000	25.000	25.000	25.000				
MANFAAT RAWAT INAP									
WILAYAH PERLINDUNGAN		ASIA KECUALI HKG, SG, JPN	ASIA KECUALI HKG, SG, JPN	ASIA + AUSTRALIA	ASIA + AUSTRALIA				
Perawatan Rawat Inap atau Pembedahan									
Kamar & 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 didalam dengan Batas Harga Kamar	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 <i>Intensive Care Unit (ICU)</i>		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								
<i>Alternative Inpatient Care</i> ("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				

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

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



PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia
AlliSyia Flexi Medical

Nama Produk
AlliSyia Flexi Medical

Jenis Produk
Asuransi Kesehatan Individu Syariah

Nama Pengelola
PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia

Jalur Pemasaran
Agency



Allianz
Syariah

PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN (RIPLAY) UMUM PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia

dalam '000 Rupiah

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
PERAWATAN PENYAKIT KRITIS					
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
MANFAAT PERAWATAN DARURAT					
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 Perlindungan**	Berlaku di seluruh dunia kecuali USA Dalam waktu 48 jam sejak mengalami Kecelakaan atau keadaan Darurat				
Rawat Jalan lanjutan karena Darurat atau Kecelakaan**	Berlaku di seluruh dunia kecuali USA Perawatan Rawat Jalan dalam 30 hari sejak Kecelakaan atau Keadaan Darurat				
MANFAAT TAMBAHAN					
Peralatan Medis Yang Tahan Lama**	Per tahun Polis; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Setelah Rawat Inap	15.000	15.000	15.000	15.000
Anggota Tubuh Artifisial**	Per tahun Polis; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Setelah Rawat Inap	250.000	250.000	250.000	250.000
LAYANAN***					
Expert Medical Opinion		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Layanan Bantuan Medis (Medical Assistance)					
Layanan Tanya Dokter Online terkait Kesehatan Mental dan Gizi	12 kali per Tahun Polis				
BATAS MANFAAT TAHUNAN		15.000.000	15.000.000	20.000.000	20.000.000
Risiko Sendiri (Deductible)	Per Rawat Inap/Pembedahan;	20.000	20.000	25.000	25.000
Fasilitas Tambahan Flexi Benefit*	% Kontribusi 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 klaim 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 Pengelola, dan dapat diubah atau dihentikan dari waktu ke waktu. Pengelola tidak bertanggung jawab atas layanan yang disediakan oleh perusahaan rekanan tersebut.

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

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

Pengelola membayar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan kepada Penerima Manfaat jika Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia akibat Kecelakaan. Jumlah Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan adalah sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat.



Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan Saat Menunaikan Ibadah Umrah atau Haji

Pengelola membayar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan Saat Menunaikan Ibadah Umrah atau Haji kepada Penerima Manfaat jika Pihak Yang Diasuransikan Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan pada saat menunaikan Ibadah Umrah atau Haji di Saudi Arabia dengan tunduk pada ketentuan Polis.



Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan

Pengelola membayar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan kepada Penerima Manfaat jika Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia yang bukan diakibatkan karena Kecelakaan. Jumlah Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan adalah sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat.

Flexi Benefit

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

- a. Pengelola akan membuat dan mengelola Akun Flexi Benefit* untuk mengumpulkan Dana Flexi Benefit**;
- b. Dana Flexi Benefit akan terkumpul dan dikreditkan ke dalam Akun Flexi Benefit sesuai dengan syarat dan ketentuan berikut ini:
 - (i) Jika Peserta memilih Polis versi elektronik dan pembayaran Kontribusi dengan cara pendebitan otomatis melalui kartu kredit atau rekening tabungan, maka 5% dari jumlah Kontribusi yang dibayarkan akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit;
 - (ii) Jika Polis memiliki lebih dari 1 Pihak Yang Diasuransikan, maka 5% dari jumlah Kontribusi yang dibayarkan akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit;
 - (iii) Jika klaim atas Santunan Harian Rawat Inap telah Pengelola setuju, maka dana Santunan Harian Rawat Inap (sesuai dengan *Plan* yang dipilih) akan dikreditkan ke dalam Akun Flexi Benefit; dan/atau
 - (iv) 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 Pengelola untuk setiap Polis untuk mengelola Dana Flexi Benefit.

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

- c. Pengelola 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 Pihak Yang Diasuransikan dan tidak ada klaim yang diajukan untuk Manfaat Asuransi (sebagaimana dimaksud dalam Syarat dan Ketentuan Polis) dalam jangka waktu:

- (i) 1 tahun Masa Asuransi, 5% dari jumlah Kontribusi yang telah dibayarkan di 1 tahun Masa Asuransi sebelum Tanggal Perpanjangan Polis akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit;
- (ii) 2 tahun Masa Asuransi berturut-turut, 10% dari jumlah Kontribusi 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 Kontribusi 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 Pengelola 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 Pihak Yang Diasuransikan dalam Polis lebih dari 1 orang, pengkreditan Dana Flexi Benefit ke dalam Akun Flexi Benefit akan didasarkan pada setiap Pihak Yang Diasuransikan yang memenuhi syarat dan ketentuan Fasilitas Tambahan Flexi Benefit, dan sepanjang Pihak Yang Diasuransikan tersebut masih menjadi "Pihak Yang Diasuransikan" di Masa Asuransi perpanjangan Polis tahun berikutnya; dan
- (4) Apabila Pihak Yang Diasuransikan melakukan Pelayanan Kesehatan namun tidak ada klaim yang Pengelola bayarkan karena jumlah klaim tersebut masih dalam batas Risiko Sendiri; dan/atau Dana Flexi Benefit digunakan untuk melunasi seluruh biaya Pelayanan Kesehatan bagi Pihak Yang Diasuransikan tersebut, maka Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan;
- Pembayaran Ekses klaim dan/atau Risiko Sendiri (*Deductible*) atas Rawat Inap atau Pembedahan yang sebelumnya telah dilakukan Pihak Yang Diasuransikan; dan/atau
- Pembayaran biaya konsultasi *online* dengan Dokter melalui platform Perusahaan Rekanan yang telah bekerja sama dengan Pengelola (sebagaimana Pengelola informasikan dari waktu ke waktu), termasuk pembelian Obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter tersebut,

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

Jika terdapat lebih dari 1 Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan. Jika satu Pihak Yang Diasuransikan tidak memenuhi syarat untuk pengumpulan Dana Flexi Benefit, hal tersebut tidak akan memengaruhi pengumpulan Dana Flexi Benefit untuk Pihak Yang Diasuransikan lainnya yang memenuhi syarat; dan
- Akumulasi Dana Flexi Benefit yang terkumpul dapat digunakan oleh seluruh Pihak Yang Diasuransikan dalam Polis. Klaim Dana Flexi Benefit oleh salah satu atau lebih Pihak Yang Diasuransikan akan mengurangi saldo Dana Flexi Benefit yang tersedia.

Catatan:

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

Family Package

- Polis AlliSya Flexi Medical dapat memiliki lebih dari 1 Pihak Yang Diasuransikan.
- Jika Polis memiliki lebih dari 1 Pihak Yang Diasuransikan, tambahan Dana Flexi Benefit 5% dari Kontribusi yang dibayarkan akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit.

Ketentuan

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

Expert Medical Opinion

Ruang Lingkup Layanan Expert Medical Opinion

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

- Pihak Yang Diasuransikan ingin memahami atau memvalidasi situasi medis yang serius dan kompleks;
- Pihak Yang Diasuransikan perlu membuat keputusan medis, seperti Pembedahan atau tindakan medis penting lainnya;
- Pihak Yang Diasuransikan didiagnosis menderita penyakit kritis dan ingin mempelajari pengobatan alternatif lain; dan/atau
- Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan apabila Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia, mengalami Kecelakaan, menderita Penyakit yang terjadi selama periode berlakunya Layanan Bantuan Medis ini dengan ketentuan bahwa:

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

Perlindungan dalam Polis memberikan layanan konsultasi Dokter online yang dapat digunakan oleh Pihak Yang Diasuransikan, 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.

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 total klaim yang diajukan kepada Pengelola; dan
 - Setelah memperhitungkan Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), atau pihak lain yang memberikan perlindungan sejenis yang juga dicakup oleh Polis.
- Apabila besarnya Risiko Sendiri (*Deductible*) lebih kecil dari *Eligible Claim*, maka Pengelola akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa selisih dari total biaya Pelayanan Kesehatan yang disetujui oleh Pengelola dan besarnya Risiko Sendiri (*Deductible*); atau
 - Apabila besarnya Risiko Sendiri (*Deductible*) lebih besar dari *Eligible Claim*, maka Pengelola tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi Perawatan Rawat Inap.
- Peserta tidak dapat mengubah keberlakuan Risiko Sendiri (*Deductible*) ini tanpa persetujuan tertulis sebelumnya dari Pengelola. Jika Peserta mengajukan permohonan untuk mengubah keberlakuan Risiko Sendiri (*Deductible*), Pengelola berhak untuk melakukan seleksi ulang risiko dan menyetujui atau menolak permohonan perubahan tersebut.

Data Ringkas

Tipe Produk

Asuransi Kesehatan Individu Syariah.

Usia Masuk Peserta (ulang tahun terdekat)

Minimum Usia 18 tahun.

Usia Masuk Pihak Yang Diasuransikan (ulang tahun terdekat)

Usia 1 bulan-75 tahun

Masa Asuransi

1 tahun dan dapat diperpanjang setiap tahun hingga usia 100 tahun.

Mata Uang

Rupiah.

Masa Pembayaran Kontribusi

- Masa Pembayaran Kontribusi mengikuti Masa Perlindungan Asuransi.
- Besarnya Kontribusi meningkat sesuai usia Pihak Yang Diasuransikan pada saat perpanjangan polis.

Cara Pembayaran Kontribusi

- Bulanan, kuartalan, semesteran dan tahunan.
- Faktor pengali untuk frekuensi pembayaran Kontribusi:

Frekuensi Pembayaran	Faktor Pengali
Tahunan	100%
Semesteran	52%
Kuartalan	27%
Bulanan	10%

Grace Period

45 hari kalender sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Kontribusi terakhir.

Underwriting

Full Underwriting.

Periode Eliminasi Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker

Kanker yang didiagnosa dalam 3 bulan sejak (i) Tanggal Efektif Perlindungan; (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 Perlindungan, tanggal Pemulihan Polis, atau tanggal disetujuinya secara tertulis peningkatan *plan* Asuransi, mana yang paling akhir terjadi.

**) Sejak Periode Eliminasi berakhir.

Surplus Underwriting

Jika terjadi Surplus *Underwriting* atas Dana *Tabarru'*, Pengelola akan memasukkan seluruh hasil Surplus *Underwriting* Dana *Tabarru'* tersebut ke dalam Dana *Tabarru'*.

Perhitungan Surplus *Underwriting* Dana *Tabarru'* akan dilakukan oleh Pengelola, perhitungan mana akan bersifat final dan mengikat bagi Peserta.

Alokasi Kontribusi*

Pembayaran Kontribusi Melalui Auto Debet

Iuran <i>Tabarru'</i>				
Tahun Polis	Essential Pro	Essential Plus	Elite Pro	Elite Plus
1	22,5%	22,5%	22,5%	22,5%
2	36,0%	36,0%	36,0%	36,0%
3	49,5%	49,5%	49,5%	49,5%
4+	57,0%	57,0%	57,0%	57,0%

Ujrah Akuisisi dan Pemeliharaan				
Tahun Polis	Essential Pro	Essential Plus	Elite Pro	Elite Plus
1	77,5%	77,5%	77,5%	77,5%
2	64,0%	64,0%	64,0%	64,0%
3	50,5%	50,5%	50,5%	50,5%
4+	43,0%	43,0%	43,0%	43,0%

Pembayaran Kontribusi Melalui Transfer

Iuran <i>Tabarru'</i>				
Tahun Polis	Essential Pro	Essential Plus	Elite Pro	Elite Plus
1	17,5%	17,5%	17,5%	17,5%
2	31,0%	31,0%	31,0%	31,0%
3	44,5%	44,5%	44,5%	44,5%
4+	52,0%	52,0%	52,0%	52,0%

Ujrah Akuisisi dan Pemeliharaan				
Tahun Polis	Essential Pro	Essential Plus	Elite Pro	Elite Plus
1	82,5%	82,5%	82,5%	82,5%
2	69,0%	69,0%	69,0%	69,0%
3	55,5%	55,5%	55,5%	55,5%
4+	48,0%	48,0%	48,0%	48,0%

***)Catatan:**

- Selain *Ujrah* Akuisisi dan Pemeliharaan dan luran *Tabarru'* di atas, Pengelola juga berhak untuk membebaskan *Ujrah* Pengelolaan Dana *Tabarru'* yang dibebankan secara langsung kepada Dana *Tabarru'* selama Polis masih berlaku. Frekuensi dan besarnya ditentukan oleh Pengelola dan akan diinformasikan kepada Peserta, dari waktu ke waktu. Atas kebijakan Pengelola semata, Pengelola berhak untuk tidak membebaskan *Ujrah* Pengelolaan Dana *Tabarru'* ini.
- Jumlah *Ujrah* Akuisisi dan Pemeliharaan, *Ujrah* Pengelolaan Dana *Tabarru'*, dan luran *Tabarru'* dapat berubah sewaktu-waktu. Pengelola akan menginformasikan kepada Peserta paling lambat 30 hari kerja sebelum berlakunya perubahan tersebut.

Akad *Tabarru'*

Akad hibah dalam bentuk pemberian luran *Tabarru'* dari Peserta kepada Dana *Tabarru'* untuk tujuan tolong menolong di antara Para Peserta sebagaimana diatur dalam Polis, yang tidak bersifat dan bukan untuk tujuan komersial.

Akad *Wakalah bil Ujrah*

Akad antara Para Peserta dan Pengelola yang memberikan kuasa kepada Pengelola sebagai wakil Para Peserta untuk mengelola Asuransi Kesehatan Syariah, termasuk untuk melakukan kegiatan administrasi, *underwriting*, pembayaran klaim, pemasaran, dan/atau investasi Dana *Tabarru'*, masing-masing sesuai dengan kuasa atau wewenang yang diberikan dan ketentuan-ketentuan lainnya yang ditetapkan oleh Pengelola dan dengan imbalan berupa *Ujrah*.

Dana *Tabarru'*

Kumpulan dana yang berasal dari kontribusi Para Peserta, yang mekanisme penggunaannya sesuai dengan perjanjian asuransi Syariah yang disepakati.

Luran *Tabarru'*

Sejumlah uang yang diambil dari Kontribusi untuk tujuan tolong-menolong di antara Para Peserta yang akan dimasukkan ke dalam Dana *Tabarru'*.

Ujrah Akuisisi dan Pemeliharaan

Ujrah yang diterima oleh Perusahaan sehubungan dengan permohonan asuransi dan penerbitan Polis, yang antara lain meliputi biaya-biaya pemeriksaan kesehatan, biaya-biaya pengadaan Polis dan pencetakan dokumen *ujrah* lapangan, *ujrah* pos dan telekomunikasi serta remunerasi karyawan dan agen.

Ujrah Pengelolaan Dana *Tabarru'*

Ujrah atas pengelolaan Dana *Tabarru'*.

Risiko

Risiko Kredit

Risiko yang berkaitan dengan kemampuan Pengelola dalam rangka memenuhi kewajiban pembayaran kepada Peserta/Pihak Yang Diasuransikan. Pengelola senantiasa mempertahankan kinerja untuk melebihi minimum kecukupan modal sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Risiko Operasional

Risiko yang berkaitan dengan proses operasional Pengelola, termasuk aplikasi sistem, maupun peristiwa eksternal yang dapat memengaruhi kegiatan operasional Pengelola.

Risiko Perubahan Kondisi Ekonomi dan Politik

Risiko perubahan kondisi ekonomi dan stabilitas politik di dalam dan di luar negeri, atau perubahan undang-undang, kebijakan dan peraturan pemerintah yang berkaitan dengan dunia usaha serta dapat memengaruhi kinerja investasi dan kinerja Pengelola.

Risiko Pengecualian

Risiko yang berkaitan dengan ketentuan Pengelola tidak dapat memenuhi Manfaat Asuransi sebagaimana tercantum pada ketentuan Pengecualian pada Polis.

Bagaimana Cara Mengajukan Polis Peserta?

- Melengkapi dan menandatangani Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan Syariah (FAAKPS).
- Menandatangani ilustrasi manfaat dan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Personal.
- Fotokopi kartu identitas calon Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan yang masih berlaku (KTP/KITAS/KIMS) dan melengkapi dokumen-dokumen lain apabila diperlukan.

Apa Saja Kewajiban Sebagai Peserta?

- Peserta harus menjawab semua pertanyaan pada lembar Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan Syariah (FAAKPS) dengan lengkap dan benar. Peserta bertanggung jawab sepenuhnya atas keakuratan dan kelengkapan data yang Peserta berikan kepada Pengelola, karena apabila terdapat kesalahan atau ketidaklengkapan data yang diminta oleh Pengelola dapat menyebabkan Polis Peserta menjadi batal dan Pengelola dibebaskan dari segala kewajibannya membayar Uang Perlindungan, segala gugatan, tuntutan, klaim atau bagian dari itu dalam bentuk dan nama apapun, maupun mengembalikan Kontribusi, baik saat ini maupun di kemudian hari.
- Peserta harus membaca dan memahami lembar Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan Syariah (FAAKPS), lembar ilustrasi manfaat dan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum dan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Personal sebelum menandatangani.
- Peserta harus membayar Kontribusi tepat waktu

Apakah Peserta Boleh Membatalkan Polis?

- Peserta berhak untuk membatalkan dan mengembalikan Polis kepada Pengelola apabila Peserta tidak menyetujui syarat dan ketentuan yang tercantum di dalamnya dalam waktu 14 hari kalender sejak tanggal Polis Peserta terima (*Cooling-Off Period*).
- Atas pembatalan dan pengembalian Polis sebagaimana tercantum pada Polis, Pengelola akan mengembalikan paling sedikit sejumlah Kontribusi yang telah Peserta bayarkan dikurangi biaya-biaya (apabila ada), dalam waktu selambat-lambatnya 7 hari kerja sejak permohonan pembatalan beserta dokumen pendukung yang disyaratkan telah Pengelola terima secara lengkap dan benar dan permohonan pembatalan tersebut telah Pengelola setujui, dan untuk selanjutnya Perlindungan secara otomatis batal sejak Tanggal Polis Mulai Berlaku. Komponen biaya pengurang tersebut termasuk namun tidak terbatas pada bea meterai dan biaya pemeriksaan kesehatan (apabila ada).
- Setelah (*Cooling-Off Period*) sebagaimana Polis, Peserta dapat mengakhiri Perlindungan ini atas Pihak Yang Diasuransikan yang diasuransikan dalam Polis dan pengakhiran tersebut menjadi efektif pada tanggal diterimanya surat pengakhiran atau pada tanggal yang tercantum dalam pemberitahuan, tanggal mana yang paling akhir. Tidak ada pengembalian Kontribusi dalam hal Polis diakhiri setelah *Cooling-Off Period*.

Pengecualian

- I. Pengelola tidak berkewajiban membayar Manfaat Meninggal Dunia Bukan Akibat Kecelakaan berdasarkan Polis apabila Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia disebabkan secara langsung maupun tidak langsung karena:
 1. Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia karena bunuh diri.
 2. Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia akibat tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki atau turut memiliki kepentingan dalam Polis.
- II. Pengelola tidak berkewajiban membayar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan dan Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan Saat Menunaikan Ibadah Umrah atau Haji berdasarkan Polis apabila Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan atau perlawanan yang dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan pada saat terjadinya penahanan atas diri seseorang (termasuk Pihak Yang Diasuransikan) yang dijalankan oleh pihak yang berwenang.
4. Tindakan kriminal yang dilakukan dengan maksud tertentu oleh Peserta, Pihak Yang Diasuransikan atau Penerima Manfaat
5. Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan, misalnya dalam militer, polisi, pemadam kebakaran, pertambangan atau pekerjaan/profesi lain dengan risiko tinggi.
7. Olahraga atau hobi Pihak Yang Diasuransikan 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 (Pihak Yang Diasuransikan berada di bawah pengaruh alkohol), penggunaan narkotik dan atau obat terlarang.

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

- III. Pengelola 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 Perlindungan;
 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).Untuk menghindari keraguan, Penyakit, kondisi, atau cedera, keadaan kesehatan atau ketidakmampuan yang termasuk dalam Kondisi *Pre Existing* atau jika pengecualian lainnya dalam Polis berlaku, Perlindungan 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 Pihak Yang Diasuransikan, atau yang telah didiagnosis atau mendapat perawatan atau pengobatan dalam waktu 3 bulan sejak, mana yang paling akhir (i) Tanggal Efektif Perlindungan; (ii) tanggal Pemulihan Polis; atau (iii) tanggal disetujuinya secara tertulis peningkatan *Plan* dalam Polis oleh Pengelola sebagaimana dicantumkan dalam Endorsemen (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, Pengelola 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 Perlindungan ini telah berlaku selama 12 bulan berturut-turut, terhitung sejak, mana yang paling akhir (i) Tanggal Efektif Perlindungan; (ii) tanggal Pemulihan Polis; atau (iii) tanggal disetujuinya secara tertulis peningkatan Manfaat Asuransi atas perlindungan dalam Polis oleh Pengelola sebagaimana dicantumkan dalam Endorsemen (jika ada). Penyakit-penyakit khusus tersebut di antaranya:
- Batu di Ginjal, Saluran/Kandung Kemih, Saluran/Kandung Empedu;
 - Penyakit jantung, Pembuluh darah jantung dan Pembuluh darah otak (contoh : Gagal jantung, Penyakit Jantung Koroner, Stroke);
 - Katarak;
 - Segala jenis tumor jinak/massa/kista/polip;
 - Penyakit amandel atau adenoid dan kondisi abnormal dari rongga hidung, septum intranasal atau konka turbin, termasuk sinus yang mengakibatkan intervensi bedah;
 - Kencing Manis;
 - Tuberkulosis dan semua komplikasinya;
 - Gangguan Kelenjar Tiroid;
 - Hipertensi, Hiperlipidemia (contoh: Hiperkolesterol, Hipertrigliserid)
 - Gagal Ginjal Kronis;
 - Segala jenis Hernia, Intervertebral Disc prolaps;
 - Segala jenis gangguan hematologi, autoimmune;
 - Wasir;
 - Semua jenis gangguan sistem reproduksi pria atau wanita, termasuk namun tidak terbatas pada fibroid/mioma di rahim; atau
 - Tukak lambung (ulkus peptikum).

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

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, psikogeriatik dan manifestasi fisiologis atau psikosomatis, perawatan pada saat Pihak Yang Diasuransikan di bawah pengaruh atau terlibat dalam penggunaan narkotika, alkohol, psikotropika, 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 pembelihan/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 dilindungi dalam Polis.
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:
- 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 akan mengacu pada, antara lain, diagnosis Dokter dan/atau literatur atau jurnal kedokteran (baik dalam dan luar negeri);
 - Kelainan dan/atau keterlambatan tumbuh kembang; dan/atau
 - Sunat yang tidak berkaitan dengan Penyakit atau Kecelakaan.
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 Pihak Yang Diasuransikan atau perlawanan yang dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan pada saat terjadinya penahanan atas diri seseorang (termasuk Pihak Yang Diasuransikan) yang dijalankan oleh pihak yang berwenang.
19. Pihak Yang Diasuransikan 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 atau alat 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 Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan 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 Perlindungan berdasarkan Polis.
 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 Pengelola menjalani perawatan dan/atau pengobatan.

Simulasi/Illustrasi Produk



Bapak Aris
Usia masuk 30 tahun, saat mengajukan **AlliSy Flexi Medical**

Plan yang dipilih Essential Pro	Kontribusi Rp7.883.000 /tahun	Melakukan Pemilihan Fitur Risiko Sendiri (Deductible)
---	---	--

Bapak Aris terdiagnosis penyakit kanker hati pada tahun ke-2 setelah memiliki Polis AlliSy 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
Total Tagihan		Rp178.000.000
Klaim yang disetujui		Rp178.000.000

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

Bagaimana Cara Mengajukan Klaim?

Klaim *Reimbursement*

Pelayanan Kesehatan harus dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan di salah satu Rumah Sakit yang tercantum dalam Daftar Rumah Sakit Dan Klinik namun tidak termasuk dalam Rumah Sakit/Klinik Di Luar Cakupan Perlindungan. Pengelola berhak untuk menolak klaim apabila Pelayanan Kesehatan dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan di Rumah Sakit/Klinik Di Luar Cakupan Perlindungan.

Dokumen Klaim *Reimbursement*

Pihak Yang Diasuransikan atau Peserta harus mengajukan kepada Pengelola dokumen-dokumen klaim Pelayanan Kesehatan berikut ini:

- a. Fotokopi Identitas diri Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan dan/atau Peserta;
- 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 Pengelola dalam waktu paling lama 30 hari kalender sejak tanggal penagihan atau tanggal Pihak Yang Diasuransikan meninggalkan Rumah Sakit, yang mana yang terjadi paling akhir. Dalam hal ketentuan ini tidak dipenuhi, Pengelola tidak akan membayarkan klaim Pihak Yang Diasuransikan.

Pengelola berhak untuk mendapatkan segala dokumen tambahan/keterangan/ catatan medis dari Pihak Yang Diasuransikan, Peserta, Rumah Sakit dan/atau pihak lain sehubungan dengan diagnosis dan/atau Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada Pihak Yang Diasuransikan dan/atau data Pihak Yang Diasuransikan yang berhubungan dengan Polis.

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

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

Klaim *Cashless*

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

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

- a. Pihak Yang Diasuransikan wajib menjalani Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang Pengelola tetapkan dari waktu ke waktu;
- b. Pihak Yang Diasuransikan menunjukkan Kartu Pihak Yang Diasuransikan dan identitas diri lainnya kepada Jaringan Layanan Kesehatan pada saat akan melakukan Pelayanan Kesehatan;
- c. Jaringan Layanan Kesehatan akan melakukan proses verifikasi dengan Pengelola sebelum Jaringan Layanan Kesehatan memberikan Pelayanan Kesehatan;
- d. Peserta/Pihak Yang Diasuransikan 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, Pengelola akan melakukan pemeriksaan awal untuk menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang diminta termasuk dalam cakupan Polis. Setelah Pengelola melakukan pemeriksaan awal:
 1. Jika Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Polis, Pengelola akan menerbitkan surat persetujuan Rawat Inap kepada Jaringan Layanan Kesehatan. Namun demikian, Pengelola 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 dilindungi atau dikecualikan dalam Polis; atau
 2. Jika Pengelola belum dapat menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Polis, Pengelola berhak untuk tidak menerbitkan surat persetujuan Rawat Inap sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan yang akan dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan. Namun demikian, Pihak Yang Diasuransikan dapat mengajukan klaim atas biaya Pelayanan Kesehatan tersebut kepada Pengelola secara *Reimbursement*, sesuai dengan prosedur pengajuan klaim secara *Reimbursement* sebagaimana diatur dalam Polis.

Catatan:

- i. Sebelum Pihak Yang Diasuransikan meninggalkan Rumah Sakit, Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan harus membayar seluruh biaya Pelayanan Kesehatan yang tidak dilindungi (Ekses Klaim) berdasarkan Polis (termasuk biaya yang timbul sebagai akibat diberlakukannya ketentuan Pembayaran Pro Rata sebagaimana dimaksud dalam Syarat-Syarat Perlindungan ini);
- ii. Fasilitas *Cashless* merupakan layanan atau fasilitas tambahan untuk memudahkan Pihak Yang Diasuransikan dalam melakukan Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan. Oleh karena itu, Pengelola 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 Pihak Yang Diasuransikan;
- 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 Pihak Yang Diasuransikan yang tidak wajar, tidak diketahui atau akibat Kecelakaan, serta hasil autopsi atau visum dari Dokter;
- f. Surat pernyataan yang menjelaskan kronologis kematian Pihak Yang Diasuransikan yang disiapkan secara lengkap dan benar serta ditandatangani oleh Penerima Manfaat (apabila Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan;
- 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 Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan dengan Penerima Manfaat.
- l. Dokumen lainnya (jika diperlukan).

Catatan:

- Klaim Manfaat Meninggal Dunia akan Pengelola bayarkan selambat-lambatnya 14 hari kerja sejak Klaim Pengelola setuju dan dokumen klaim telah Pengelola 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 Pengelola 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, Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan bertanggung jawab untuk membayar biaya yang tidak sesuai (Ekses Klaim) dalam Polis. Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan tidak terbebas dari kewajiban membayar Ekses Klaim dan harus tetap bertanggung jawab untuk membayar Ekses Klaim apabila:

- a. Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan tidak membayar Ekses Klaim tersebut pada saat Pihak Yang Diasuransikan meninggalkan Rumah Sakit; atau
- b. Setelah Pengelola menerima dokumen klaim dari Rumah Sakit, Pengelola menemukan bahwa Rumah Sakit tidak menagihkan atau terdapat kekurangan dalam menagihkan Ekses Klaim kepada Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan.

Catatan:

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

Layanan Pengaduan Dan Penyelesaian Sengketa**1. Layanan Pengaduan**

- a. Peserta dapat menyampaikan pengaduan secara tertulis atau lisan kepada Pengelola melalui jalur layanan pengaduan yang disediakan oleh Pengelola.
- b. Pengelola akan menindaklanjuti pengaduan tersebut dalam jangka waktu sebagai berikut:
 - (i) Untuk pengaduan secara lisan: 5 hari kerja sejak pengaduan diterima oleh Pengelola (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 Pengelola (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 Peserta, Pengelola 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 Peserta di situs resmi Pengelola.
- e. Dalam hal tidak terdapat kesepakatan terhadap hasil tindak lanjut pengaduan sebagaimana disebutkan dalam poin (1) ini, Peserta 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 Peserta dan Pengelola 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, Pengelola dan Peserta dapat menyelesaikan sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan agama 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 Pengelola, silakan menyampaikan pertanyaan dan keluhan melalui *Customer Center* Pengelola:

Alamat:

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

Website:

www.allianz.co.id

AllianzCare Syariah:

1500 139

E-mail:

Allianzcaresyariah@allianz.co.id

Catatan Penting untuk Diperhatikan

- AlliSya Flexi Medical merupakan produk asuransi dari PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia dan telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan.
- PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan, dan Tenaga Pemasarnya telah memegang lisensi dari Asosiasi Asuransi Syariah Indonesia.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini bukan merupakan kontrak atau perjanjian asuransi antara PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia dengan nasabah sehingga tidak mengikat PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia/nasabah. Nasabah terikat penuh dengan setiap ketentuan pada Polis.
- Penjelasan perlindungan asuransi yang lengkap terdapat pada Polis AlliSya Flexi Medical. Perlindungan berlaku ketentuan Pengecualian yaitu hal-hal yang tidak dilindungi dalam Polis AlliSya Flexi Medical.
- Kontribusi yang dibayarkan sudah termasuk komisi untuk Tenaga Pemasar.
- Pengelola akan menginformasikan kepada Peserta apabila terjadi perubahan manfaat, biaya, risiko, syarat, dan ketentuan sebagaimana tercantum di dalam Polis AlliSya Flexi Medical paling lambat 30 hari kerja sebelum berlakunya perubahan manfaat, biaya, risiko, syarat, dan ketentuan tersebut.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini hanya sebagai gambaran umum saja. Syarat dan ketentuan lengkap terdapat pada Polis. Untuk informasi lebih lengkap harap menghubungi Pengelola atau Tenaga Pemasar Peserta atau mengunjungi *website* Pengelola di www.allianz.co.id. Semua produk Pengelola dibuat untuk memberikan manfaat bagi Nasabah, tapi belum tentu sesuai dengan kebutuhan Peserta. Apabila Peserta masih belum yakin apakah produk ini sesuai dengan kebutuhan Peserta, Pengelola menyarankan Peserta untuk menghubungi Tenaga Pemasar Peserta.
- Pengelola berhak menolak pengajuan Polis Peserta, apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.