

ALLIANZ PREFERRED MEDICAL

Produk asuransi kesehatan individu yang memberikan manfaat utama berupa Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan, Manfaat Penyakit Major, Manfaat Perawatan Darurat, dan Manfaat Tambahan. Produk ini berlaku selama 1 tahun terhitung sejak Tanggal Polis Mulai Berlaku dan diperpanjang secara otomatis pada setiap Ulang Tahun Polis untuk Masa Asuransi 1 tahun Polis berikutnya.

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

"Kami/Penanggung" adalah PT Asuransi Allianz Life Indonesia.

"Anda/Pemegang Polis" adalah Orang yang namanya dicantumkan dalam Data Polis sebagai pihak yang mengadakan pertanggungan dengan Penanggung.

"Tertanggung" adalah Orang yang jiwanya dipertanggungkan berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis dan yang namanya tercantum dalam Data Polis.

"Premi" adalah Sejumlah uang yang Anda atau Pembayar Premi (yang mana yang sesuai) bayarkan kepada Kami sehubungan dengan Pertanggungan, yang mencakup Premi Asuransi Dasar dan Premi Asuransi Tambahan (jika ada). Premi harus dibayar pada setiap tanggal Jatuh Tempo Pembayaran Premi sesuai dengan yang telah diperjanjikan dalam Polis.

Definisi dan keterangan lebih lengkap dapat Anda pelajari pada Polis yang Kami terbitkan.

APA SAJA MANFAAT ASURANSI PADA PRODUK INI?



Manfaat Rawat Inap & Pembedahan

Penggantian Biaya Yang Wajar atas Pelayanan Kesehatan yang Dibutuhkan Secara Medis, termasuk Rawat Inap dan Pembedahan, berdasarkan Tabel Manfaat sesuai dengan *Plan* yang dipilih.



Manfaat Penyakit Major

Penggantian Biaya Yang Wajar atas Pelayanan Kesehatan untuk Perawatan Penyakit Major bagi Tertanggung yang Dibutuhkan Secara Medis berdasarkan Tabel Manfaat sesuai dengan *Plan* yang dipilih.



Manfaat Perawatan Darurat

Penggantian Biaya Yang Wajar atas Pelayanan Kesehatan untuk Perawatan Darurat bagi Tertanggung yang Dibutuhkan Secara Medis yang terjadi karena keadaan Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan atau Insiden, berdasarkan Tabel Manfaat sesuai *Plan* yang dipilih.



Manfaat Tambahan

Penggantian Biaya Yang Wajar atas Pelayanan Kesehatan, berdasarkan Tabel Manfaat sesuai dengan *Plan* yang dipilih.



Manfaat Meninggal Dunia

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



Fasilitas Hemat Premi

Pengurangan Premi pada saat perpanjangan Polis/Masa Asuransi berikutnya, yaitu sebesar 5% dari Premi Perpanjangan. Fasilitas Hemat Premi tersedia apabila tidak ada klaim selama 1 Periode Pengamatan, dan nasabah memilih pembayaran Premi dengan cara Auto debet (Rekening Tabungan atau Kartu Kredit).



PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Allianz Preferred Medical

Nama Produk

Allianz Preferred Medical

Jenis Produk

Produk Asuransi Kesehatan Individu

Lini Usaha Produk Asuransi

Asuransi Kesehatan

Nama Penanggung

PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Jalur Pemasaran

Allianz Star Network

APA SAJA MANFAAT ASURANSI PADA PRODUK INI?

MANFAAT	PENJELASAN	PLAN STANDARD	PLAN EXTRA	PLAN PREMIER
MANFAAT MENINGGAL DUNIA		15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000	15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000	15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000
MANFAAT RAWAT INAP				
Wilayah Pertanggunggaan		Indonesia	Asia kecuali Singapura, Hong Kong, Jepang	Asia + Australia
Manfaat Rawat Inap atau Pembedahan				
Biaya Kamar dan Akomodasi			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 dan kamar mandi didalam dengan Batas Harga Kamar
	Batas Harga Kamar Per Hari; Maksimum 365 Hari	700.000	1.300.000	1.650.000
Biaya Unit Perawatan Intensif atau <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	Per Hari; Maksimum 365 Hari	1.200.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Pembedahan	Per Rawat Inap	60.000.000		
Biaya Perawatan Bedah Sehari	Per Perawatan	15.000.000		
Biaya Prostesis dan Implan		-		
Biaya Kunjungan Dokter Umum	Per Hari; Maksimum 365 Hari	225.000		
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Per Hari; Maksimum 365 Hari	325.000		
Biaya Lain-Lain Rawat Inap	Per Rawat Inap	12.000.000		
Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap*	Per Rawat Inap; Maks. 60 hari Sebelum Rawat Inap	1.800.000		
Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap*	Per Rawat Inap; Maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	1.800.000		
Biaya Perawatan Fisioterapi Rawat Jalan*	Per Tahun Polis; Maks. 60 hari Sebelum Rawat Inap Maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	-		
Biaya Perawatan Di Rumah*	Per Tahun Polis;	-	200.000.000	300.000.000
Biaya Rehabilitasi Lanjutan*	Per Tahun Polis; Maks. 90 hari Sesudah Manfaat Perawatan Fisioterapi Rawat Jalan berakhir	-	15.000.000	25.000.000
Biaya Pengobatan Tradisional	Per Tahun Polis; Selama Rawat Inap, Maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	-	15.000.000 Maksimum 1.000.000 per klaim	25.000.000 Maksimum 1.000.000 per klaim
Biaya Konsultasi Psikiater Rawat Jalan*	Per Tahun Polis; Maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	-	15.000.000	25.000.000
Biaya Ambulan Lokal	Per Rawat Inap	400.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan

*) Klaim hanya dapat dilakukan *reimbursement*

APA SAJA MANFAAT ASURANSI PADA PRODUK INI?

MANFAAT	PENJELASAN	PLAN STANDARD	PLAN EXTRA	PLAN PREMIER
MANFAAT MENINGGAL DUNIA		15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000	15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000	15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000
MANFAAT RAWAT INAP				
Wilayah Pertanggungungan		Indonesia	Asia kecuali Singapura, Hong Kong, Jepang	Asia + Australia
Manfaat Penyakit Major				
Biaya Perawatan Dialisis*	Per Tahun Polis	60.000.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Transplantasi Organ		-		
Biaya Donor Transplantasi Organ*		-		
Biaya Perawatan Rawat Jalan Kanker, termasuk: Pemeriksaan remisi kanker & tes laboratorium	Per Tahun Polis	120.000.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Perawatan HIV/AIDS	Per Tahun Polis	-		
Biaya Perawatan Paliatif (Manfaat Penyakit Kritis)	Per Tahun Polis	-		
Manfaat Perawatan Darurat				
Biaya Rawat Jalan karena Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden termasuk Perawatan Gigi karena Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden*	Per Tahun Polis Dalam waktu 2 hari kalender sejak mengalami keadaan Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden	5.000.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Perawatan Rawat Jalan lanjutan karena Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden*	Perawatan rawat jalan dalam 30 hari sejak mengalami keadaan Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden	-		

*) Klaim hanya dapat dilakukan *reimbursement*

APA SAJA MANFAAT ASURANSI PADA PRODUK INI?

Dalam '000' Rupiah (Rp)

MANFAAT	PENJELASAN	PLAN STANDARD	PLAN EXTRA	PLAN PREMIER
MANFAAT MENINGGAL DUNIA		15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000	15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000	15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000
MANFAAT RAWAT INAP				
Wilayah Pertanggunggaan		Indonesia	Asia kecuali Singapura, Hong Kong, Jepang	Asia + Australia

Manfaat Tambahan

Biaya Perawatan Rawat Jalan karena Demam Berdarah dan/atau Demam Tifoid/Paratifoid*				
a) Demam Berdarah Pemeriksaan laboratorium NS1 dengan hasil positif (+) atau Dengue IgM dengan hasil positif (+) dan trombosit kurang dari atau sama dengan 150.000 per mikroliter darah	Per Tahun Polis	8.000.000	8.000.000	8.000.000
b) Demam Tifoid/Paratifoid Pemeriksaan laboratorium Tubex dengan hasil positif (+) dengan skor lebih dari atau sama dengan 6, atau Widal dengan skor lebih dari 1/160, atau kultur <i>Salmonella typhoidal</i> dengan hasil positif (+)				
Biaya Peralatan Medis Yang Tahan Lama*	Per Tahun Polis; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	-	15.000.000	15.000.000
Biaya Anggota Tubuh Artifisial*	Per Tahun Polis; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	-	250.000.000	250.000.000

Layanan**

Expert Medical Opinion	-	Tersedia	Tersedia
Medical Assistance	-	Tersedia	Tersedia
Batas Manfaat Tahunan	1.000.000.000	15.000.000.000	20.000.000.000
Batas Manfaat Tahunan Tambahan	1.000.000.000	15.000.000.000	20.000.000.000

*) Klaim hanya dapat dilakukan *reimbursement*

**) 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.

APA SAJA MANFAAT ASURANSI PADA PRODUK INI?

MANFAAT	PENJELASAN	PLAN STANDARD	PLAN EXTRA		PLAN PREMIER		
MANFAAT MENINGGAL DUNIA		15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000	15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000		15.000.000 Mulai Usia 80: 30.000.000		
MANFAAT RAWAT INAP							
Wilayah Pertanggungungan		Indonesia	Asia kecuali Singapura, Hong Kong, Jepang		Asia + Australia		
Risiko Sendiri Per Tahun Polis			Preferred Network	Other Network (Asia kecuali SG, HK, JP)	Preferred Network	Other Network (Asia kecuali SG, HK, JP)	Other Network (SG, HK, JP,AUS)
	Risiko Sendiri Opsi 1	-	6.000.000	12.000.000	6.000.000	12.000.000	25.000.000
	Risiko Sendiri Opsi 2	-	10.000.000	20.000.000	10.000.000	20.000.000	40.000.000

Catatan:

a. SG, HK, JP, AUS : Singapura, Hong Kong, Jepang, Australia

b. Batas Manfaat Tahunan Tambahan diberikan ketika Tertanggung menderita salah satu dari kondisi berikut:

- Serangan Jantung
- Stroke
- Kanker Invasif

LAYANAN

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:

1. Tertanggung ingin memahami atau memvalidasi situasi medis yang serius dan kompleks;
2. Tertanggung perlu membuat keputusan medis, seperti Pembedahan atau tindakan medis penting lainnya;
3. Tertanggung didiagnosis menderita kondisi medis kritis dan ingin mempelajari pengobatan alternatif lain; dan/atau
4. Tertanggung perlu mencari pendapat tentang pengobatan alternatif lain.

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

Medical Assistance

Ruang Lingkup Layanan Bantuan Medis (Medical Assistance)

Layanan Bantuan Medis di bawah ini akan diberikan kepada Tertanggung apabila Tertanggung meninggal dunia, mengalami Insiden, menderita Penyakit atau mengalami keadaan tertentu sebagaimana dijelaskan di bawah ini, sepanjang peristiwa tersebut terjadi selama periode berlakunya Layanan Bantuan Medis ini, DENGAN KETENTUAN sebagai berikut:

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 wajib menghubungi Bantuan Darurat 24 Jam melalui nomor telepon yang tercantum pada kartu bantuan medis sebelum mengatur atau melakukan tindakan apa pun yang memerlukan pengaturan/biaya dari Perusahaan Rekanan.

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

DATA RINGKAS

Jenis Produk

Asuransi Kesehatan Individu.

Usia Masuk (ulang tahun terdekat)

Tertanggung

1 bulan – 75 tahun.

Pemegang Polis

Minimum Usia 18 tahun.

Masa Asuransi

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

Mata Uang

Rupiah.

Periode Eliminasi Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker

3 bulan pertama sejak dan termasuk Tanggal Efektif Pertanggungan.

Masa Tunggu

Plan Standard

Untuk setiap Penyakit dan Manfaat Asuransi, kecuali Kecelakaan, Insiden, atau Keadaan Kahar: 30 hari*.

Untuk Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker: 3 bulan setelah berakhirnya Periode Eliminasi.

Untuk Penyakit Khusus atau Pelayanan Kesehatan terkait Penyakit Khusus: Penyakit Khusus tidak akan ditanggung, kecuali apabila Polis diperpanjang maka Penyakit Khusus ini akan ditanggung untuk tahun perpanjangan berikutnya.

Plan Extra dan Premier

Untuk setiap Penyakit dan Manfaat Asuransi, kecuali Kecelakaan, Insiden, atau Keadaan Kahar: 30 hari*.

Untuk Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker: 3 bulan setelah berakhirnya Periode Eliminasi.

Untuk Penyakit Khusus atau Pelayanan Kesehatan terkait Penyakit Khusus: 6 bulan Masa Tunggu dilanjutkan 6 bulan Risiko Sendiri atas Penyakit Khusus sebesar Rp100.000.000.

Untuk Perawatan HIV/AIDS: 6 bulan*.

*) Sejak Tanggal Efektif Pertanggungan.

Masa Pembayaran Premi

Tahunan dan dapat diperpanjang setiap tahun hingga usia 99 tahun.

Frekuensi Pembayaran Premi

Bulanan, kuartalan, semesteran dan tahunan.

Faktor pengali untuk frekuensi pembayaran premi:

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

Grace Period

Masa leluasa pembayaran Premi adalah 1 bulan kurang 1 hari.

Underwriting

Full Underwriting.

DATA RINGKAS

RISIKO SENDIRI

- Besar Risiko Sendiri yang harus Anda bayarkan untuk setiap Rawat Inap atau Pembedahan akan berlaku sesuai Kategori Rumah Sakit atau Klinik, sebagaimana dijelaskan pada Tabel Manfaat.
- Besarnya Risiko Sendiri yang menjadi tanggungan Anda ditentukan berdasarkan kategori Rumah Sakit atau Klinik tempat Tertanggung menerima Pelayanan Kesehatan, yaitu *Preferred Network* atau *Other Network*.
- Kami dapat memperbarui Daftar Rumah Sakit dan Klinik, termasuk perubahan kategori terkait Fasilitas *Cashless*, *Preferred Network*, *Other Network*, dan/atau penetapan Rumah Sakit/Klinik Di Luar Cakupan Pertanggungan, dengan ketentuan bahwa Daftar Rumah Sakit dan Klinik akan diperbarui pada setiap tanggal 1 setiap bulan. Apabila tanggal 1 tersebut jatuh pada hari libur dan/atau bukan hari kerja (termasuk Sabtu dan Minggu), pembaruan akan dilakukan pada hari kerja terdekat sebelumnya. Versi yang berlaku adalah Daftar Rumah Sakit dan Klinik yang tersedia pada situs resmi Kami dan/atau portal nasabah pada saat Tertanggung menerima Pelayanan Kesehatan. Anda dan/atau Tertanggung wajib memeriksa Daftar Rumah Sakit dan Klinik yang paling terbaru sebelum Tertanggung menerima Pelayanan Kesehatan.
- **Risiko Sendiri tidak berlaku untuk:**
 - a. Penyakit Kritis (Perawatan Paliatif)
 - b. Pelayanan Rawat Jalan
 - c. Perawatan HIV/AIDS
 - d. Kecelakaan
 - e. Keadaan Kahar (bencana yang dideklarasikan oleh Pemerintah (Presiden, Gubernur, Bupati/Walikota))
- **Untuk Plan Extra dan Plan Premier, Penyakit Khusus** akan dikenakan sebesar Rp100.000.000 secara agregat per Tahun Polis selama 6 bulan setelah 6 bulan masa tunggu berakhir dan berlaku untuk semua *plan*. Mulai tahun ke-2 dan seterusnya, Risiko Sendiri akan berlaku sesuai dengan jaringan *Preferred Network*.

Penyakit Khusus tersebut diantaranya:

- 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; dan/atau

o. Tukak lambung (ulkus peptikum).

DEFINISI

Anda

Pemegang Polis.

Kami

PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Tertanggung

Individu yang jiwanya dipertanggungkan di dalam Polis.

Manfaat Asuransi

Manfaat yang menjadi hak Tertanggung, Pemegang Polis, atau Penerima Manfaat (yang mana yang sesuai) berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis dan tertera pada Tabel Manfaat.

Risiko Sendiri

Jumlah yang harus dibayar oleh Pemegang Polis atau Tertanggung untuk setiap Pelayanan Kesehatan yang diterima oleh Tertanggung sebelum Kami berkewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis. Risiko Sendiri terdiri dari (i) Risiko Sendiri Opsi 1 atau Risiko Sendiri Opsi 2; dan (ii) Risiko Sendiri untuk klaim Penyakit Khusus, yang masing-masing diatur lebih lanjut dalam Syarat dan Ketentuan Polis.

Grace Period

Periode yang dimulai pada Tanggal Jatuh Tempo Pembayaran Premi dan berakhir 1 hari sebelum tanggal yang sama pada bulan berikutnya jika tanggal tersebut ada, atau pada hari kalender terakhir di bulan berikutnya jika pada bulan tersebut tidak terdapat tanggal yang sama dengan Tanggal Jatuh Tempo Pembayaran Premi.

APA SAJA RISIKO YANG TERKAIT DENGAN PRODUK INI?

Risiko Kredit

Risiko yang berkaitan dengan kemampuan Allianz dalam membayar kewajiban terhadap Nasabahnya. Allianz terus mempertahankan kinerjanya untuk melebihi minimum kecukupan modal yang ditentukan oleh Pemerintah.

Risiko Operasional

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

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 Kami.

Risiko Pengecualian

Risiko yang berkaitan dengan ketentuan Kami tidak dapat memenuhi Manfaat Asuransi sebagaimana tercantum pada ketentuan pengecualian pada Polis.

APA SAJA BIAYA YANG DIBERLAKUKAN?

Ada pembebanan biaya materai kepada Tertanggung hanya untuk pembayaran Premi pertama saja.

BAGAIMANA CARA MENGAJUKAN POLIS ANDA?

1. Melengkapi dan menandatangani Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan (FAAKP).
2. Menandatangani ilustrasi manfaat dan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Personal.
3. Fotokopi kartu identitas calon Pemegang Polis dan Tertanggung yang masih berlaku (KTP/KITAS/KIMS) dan melengkapi dokumen-dokumen lain apabila diperlukan.

APA SAJA KEWAJIBAN ANDA SEBAGAI PEMEGANG POLIS?

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

APAKAH ANDA BOLEH MEMBATALKAN POLIS?

1. Anda berhak untuk membatalkan dan mengembalikan Polis kepada Kami apabila Anda tidak menyetujui syarat dan ketentuan yang tercantum di dalamnya dalam waktu 14 hari kalender sejak tanggal Polis Anda terima (*Cooling-Off Period*).
2. Atas pembatalan dan pengembalian Polis sebagaimana tercantum pada poin 1, Kami akan mengembalikan paling sedikit sejumlah Premi yang telah Anda bayarkan dikurangi biaya-biaya (apabila ada), dalam waktu selambat-lambatnya 7 hari kerja sejak permohonan pembatalan beserta dokumen pendukung yang disyaratkan telah Kami terima secara lengkap dan benar dan permohonan pembatalan tersebut telah Kami setujui, dan untuk selanjutnya Pertanggungan 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).
3. Setelah *Cooling-Off Period* sebagaimana tercantum pada Poin 1, Anda dapat mengakhiri Pertanggungan atas Tertanggung 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 Premi dalam hal Polis diakhiri setelah *Cooling-Off Period*.

BAGAIMANA CARA MENGAJUKAN KLAIM?

Klaim Reimbursement

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

Dokumen Klaim Reimbursement

1. 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);
2. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan yang telah diisi lengkap dan benar dan ditandatangani oleh Tertanggung dan/atau Anda;
3. Formulir Resume Medis yang telah diisi lengkap dan telah ditandatangani oleh Dokter yang merawat dengan cap/stempel asli dari Rumah Sakit;
4. Bukti pembayaran asli atas perawatan berupa kuitansi asli beserta rincian biaya-biaya masing-masing tindakan dan/atau Pelayanan Kesehatan;
5. Salinan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik;
6. Salinan resep yang berkaitan dengan perawatan;
7. Surat rujukan dari Dokter untuk perawatan dan pengobatan ke Dokter spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan Fisioterapi;
8. Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan/atau Data Medik;
9. Surat Keterangan dari Kepolisian dalam hal Tertanggung mengalami Kecelakaan;
10. Dokumen tambahan dari Dokter dalam hal Tertanggung mengalami kondisi Darurat; dan
11. 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 atau Klinik, yang mana yang terjadi paling akhir. Dalam hal ketentuan ini tidak dipenuhi, Kami tidak akan membayarkan klaim Tertanggung.

Apabila klaim disetujui oleh Kami, dan dengan tunduk pada syarat dan ketentuan lainnya dalam Syarat dan Ketentuan Polis (termasuk ketentuan yang mengatur mengenai *Eligible Claim* dan Risiko Sendiri), Kami akan membayar Manfaat Asuransi atas klaim tersebut kepada Pemegang Polis dalam waktu paling lama 7 hari kerja sejak dokumen klaim telah Kami terima dengan benar dan lengkap.

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:

1. Tertanggung wajib menjalani Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang Kami tetapkan dari waktu ke waktu.
2. Tertanggung menunjukkan Kartu Tertanggung dan identitas diri lainnya kepada Jaringan Layanan Kesehatan pada saat akan melakukan Pelayanan Kesehatan.
3. Jaringan Layanan Kesehatan akan melakukan proses verifikasi dengan Kami sebelum Jaringan Layanan Kesehatan memberikan Pelayanan Kesehatan.
4. Anda, Tertanggung dan/atau Jaringan Layanan Kesehatan harus menyediakan informasi dan/atau data medis sehubungan dengan rencana Pelayanan Kesehatan tersebut secara lengkap dan benar. Atas informasi dan/atau data medis yang diberikan, Kami akan melakukan pemeriksaan awal untuk menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang diminta termasuk dalam cakupan Syarat dan Ketentuan Polis. Kami berhak meminta tambahan dokumen/rekam medis, hasil pemeriksaan penunjang, dan/atau informasi lain yang Kami anggap perlu untuk proses penilaian, dan berhak menunda atau menolak pemberian Fasilitas *Cashless* apabila informasi yang diminta tidak diberikan. Setelah Kami melakukan pemeriksaan awal:

- a. Jika Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Syarat dan Ketentuan 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 atau perawatan termasuk dalam hal-hal yang tidak dijamin atau dikecualikan dalam Syarat dan Ketentuan Polis atau apabila terdapat ketidaksesuaian antara informasi awal dengan kondisi/diagnosis/tindakan yang sebenarnya. **Surat persetujuan Rawat Inap bersifat sementara dan administratif, diterbitkan berdasarkan informasi awal, dan bukan merupakan jaminan bahwa klaim akan dibayar, yang tetap tunduk pada penilaian klaim akhir berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis; atau**

- b. Jika Kami belum dapat menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Syarat dan Ketentuan 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 Syarat dan Ketentuan Polis.

Catatan

- i. Sebelum Tertanggung meninggalkan Rumah Sakit atau Klinik, Anda dan/atau Tertanggung harus membayar seluruh biaya Pelayanan Kesehatan yang tidak ditanggung (Ekses Klaim) berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis (termasuk biaya yang timbul sebagai akibat diberlakukannya ketentuan Pembayaran Pro Rata serta biaya lain yang tidak dijamin, melebihi Batas Dalam Tabel Manfaat, Batas Manfaat Tahunan, Batas Manfaat Tahunan Tambahan, atau timbul karena peningkatan kelas kamar/layanan atas permintaan Tertanggung.
- 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 Pertanggungan ini (termasuk perubahan Jaringan Layanan Kesehatan dari waktu ke waktu).

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 atau Insiden, 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 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).

Catatan:

- Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani serta dokumen pendukung lainnya sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam Syarat dan Ketentuan Polis dan formulir klaim harus sudah diterima di Kantor Pusat Kami di Jakarta paling lambat 60 hari setelah tanggal terjadinya risiko. Dalam hal ketentuan ini tidak dipenuhi, Kami tidak akan membayarkan klaim Tertanggung.
- 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.

Ekses Klaim

Saat meninggalkan Rumah Sakit atau Klinik, Anda dan/atau Tertanggung bertanggung jawab untuk membayar biaya yang tidak ditanggung (Ekses Klaim) berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis. 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 Klinik; atau

- b. Setelah Kami menerima dokumen klaim dari Rumah Sakit atau Klinik (termasuk tagihan dan rincian Pelayanan Kesehatan dan biaya), Kami menemukan bahwa:
 - 1) Rumah Sakit atau Klinik tidak menagihkan atau terdapat kekurangan dalam menagihkan Ekse Klaim kepada Anda dan/atau Tertanggung;
 - 2) Terdapat kondisi yang tidak sesuai dengan Syarat dan Ketentuan Polis atau jika terdapat indikasi bahwa diagnosis perawatan termasuk dalam hal-hal yang tidak dijamin atau dikecualikan dalam Syarat dan Ketentuan Polis; dan/atau
 - 3) Terdapat penyesuaian Manfaat Asuransi (termasuk berdasarkan ketentuan Batas Dalam Tabel Manfaat, Batas Manfaat Tahunan, Batas Manfaat Tahunan Tambahan, atau ketentuan lain dalam Polis) yang menyebabkan adanya selisih yang menjadi tanggungan Anda dan/atau Tertanggung.

Catatan:

Dalam hal tersebut di atas, Kami akan menagihkan Ekse Klaim tersebut kepada Anda. Anda dan/atau Tertanggung harus membayar Ekse Klaim tersebut kepada Kami dalam waktu 14 hari sejak tanggal tagihan Ekse Klaim diterbitkan oleh Kami. Kami tidak akan membayar Manfaat Asuransi apapun dan/atau memberikan Fasilitas *Cashless* selanjutnya apabila Kami belum menerima pembayaran Ekse Klaim tersebut setelah 14 hari sejak tanggal tagihan Ekse Klaim tersebut. Jika Anda dan/atau Tertanggung belum membayar Ekse Klaim tersebut dalam waktu 30 hari sejak tanggal tagihan Ekse Klaim diterbitkan oleh Kami, Kami berhak untuk melakukan satu atau lebih tindakan-tindakan berikut ini: (a) memperhitungkan (*set-off*) Ekse Klaim dengan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan pada kemudian hari; dan/atau (b) mengakhiri Polis Anda, tanpa menghilangkan kewajiban Anda dan/atau Tertanggung untuk membayar Ekse Klaim yang terutang kepada Kami.

PENGECUALIAN

- I. Kami tidak berkewajiban membayar Manfaat Meninggal Dunia berdasarkan Syarat dan Ketentuan 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 Pertanggungan 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.

- II. Kami tidak akan membayar setiap Manfaat Asuransi untuk setiap Pelayanan Kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan yang timbul dari, disebabkan oleh, atau terkait dengan:

1. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang terjadi sebelum Tanggal Efektif Pertanggungan.
2. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang berhubungan dengan Kondisi *Pre-Existing*, termasuk komplikasinya.
3. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang terjadi dalam Masa Tunggu.

Untuk menghindari keraguan, apabila suatu Penyakit (termasuk kanker dan HIV/AIDS), Penyakit Khusus, kondisi, atau Cedera, keadaan kesehatan, atau ketidakmampuan termasuk dalam Kondisi *Pre-Existing* atau termasuk dalam pengecualian lain berdasarkan

Syarat dan Ketentuan Polis, maka Pertanggungan berdasarkan Polis tidak berlaku (meskipun Pelayanan Kesehatan untuk Penyakit (termasuk kanker dan HIV/AIDS), Penyakit Khusus, kondisi, atau Cedera, keadaan kesehatan atau ketidakmampuan tersebut dilakukan setelah berakhirnya Masa Tunggu).

4. Kanker yang terjadi dalam Periode Eliminasi; dalam hal tersebut, Kami tidak akan membayar setiap Manfaat Asuransi (termasuk Manfaat Perawatan Kanker) 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 dan/atau Manfaat Perawatan Kanker berakhir.
5. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang tidak Dibutuhkan Secara Medis dan/atau yang menimbulkan biaya yang melebihi Biaya Yang Wajar.
6. 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, serta perawatan dan/atau pengobatan pada saat Tertanggung di bawah pengaruh atau terlibat dalam penggunaan narkotika, alkohol, psikotropika, racun, gas, atau kecanduan atau bahan – bahan sejenis atau Obat – obatan, kecuali yang digunakan sebagai obat menurut resep Dokter.
7. Kehamilan (pra/selama/pasca kehamilan), termasuk komplikasi kehamilan karena Kecelakaan, Insiden, keguguran atau kelahiran, penghentian kehamilan, perawatan pra-kehamilan atau setelah melahirkan, atau komplikasi akibat disfungsi atau kekurangan fungsi, 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.
8. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan untuk mengurangi atau menambah berat badan, termasuk semua komplikasi yang terjadi.
9. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang berkaitan dengan kosmetik, termasuk bedah plastik, kecuali 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.
10. 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.
11. Pemeriksaan fisik secara berkala, pemeriksaan kesehatan (*Medical Check Up*) (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan genetik yang bertujuan memprediksi risiko penyakit dan/atau sebagai pencegahan dini suatu penyakit) atau pemeriksaan penunjang yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosis dari Penyakit atau Cedera yang ditanggung.
12. Biaya yang dikeluarkan bukan untuk pengobatan langsung pada Penyakit atau Cedera (biaya non medis), namun tidak termasuk biaya administrasi.
13. Imunisasi dan vaksinasi, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.

PENGECUALIAN

14. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan, 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 terlihat pada, atau 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 Cedera.
 15. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan, termasuk komplikasinya yang berkaitan dengan Penyakit menular seksual, perubahan jenis kelamin, pergantian kelamin atau Penyakit seksual.
 16. Keluarga Berencana, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.
 17. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan, termasuk komplikasinya akibat:
 - a. Terlibat aktif dalam perang, kerusakan, perkelahian, atau perbuatan kejahatan,
 - b. Cedera yang disengaja serta percobaan bunuh diri, dan/atau
 - c. Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan, 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.
 18. 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 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.
 19. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan, 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.
 20. Rawat Jalan kecuali Rawat Jalan yang harus dilakukan Tertanggung akibat Kecelakaan, Insiden, kondisi Darurat, dan/atau Keadaan Kahar.
 21. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang berhubungan dengan gigi beserta komplikasinya, kecuali yang dilakukan sebagai akibat keadaan Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden. Namun demikian, pemasangan gigi palsu, mahkota gigi, dan implan gigi dengan sebab apapun, termasuk akibat keadaan Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden dikecualikan dari Pertanggungannya berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis.
 22. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang telah mendapat penggantian dari Pemerintah, BPJS Kesehatan, asuransi kesehatan lainnya dan/atau pihak lain.
 23. 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 termasuk namun tidak terbatas pada Pedoman Nasional Pelayanan Kesehatan dan Standar Pelayanan Medik yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
 24. Khusus untuk *Plan Standard*, setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang timbul dari, disebabkan oleh, atau terkait HIV/AIDS.
 25. Khusus untuk *Plan Standard*, perawatan di rumah atau *home care* (termasuk kunjungan perawat/tenaga medis dan layanan pendamping); rehabilitasi (termasuk program rehabilitasi medis maupun non-medis); pengobatan tradisional, komplementer, atau alternatif (termasuk akupunktur, herbalisme/jamu, *chiropractic*, homeopati, dan sejenisnya); transplantasi organ atau jaringan (termasuk evaluasi donor/penerima, tindakan, obat-obatan terkait transplantasi, dan kontrol lanjutan); pembelian peralatan medis tahan lama untuk membantu aktivitas sehari-hari Tertanggung; pembelian anggota tubuh artifisial; serta perawatan paliatif.
 26. Khusus untuk *Plan Standard*, setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang berhubungan Penyakit Khusus, termasuk komplikasi yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari Penyakit Khusus tersebut.*
- III. Jika Tertanggung telah mengungkapkan Kondisi *Pre-Existing* secara benar dan lengkap pada saat mengisi dan mengajukan FAAKP, berlaku ketentuan sebagai berikut:
- a. Jika pengajuan FAAKP tersebut telah Kami setujui, baik dengan syarat tambahan Premi (*sub-standard*) atau tanpa tambahan Premi (*standard*), Kami berhak untuk tidak menerapkan pengecualian yang disebutkan dalam Poin (II)(2) di atas, terbatas pada Kondisi *Pre-Existing* yang telah diungkapkan secara benar dan lengkap tersebut.
 - b. Jika pengajuan FAAKP tersebut telah disetujui namun Kami menerbitkan dokumen yang menyatakan bahwa Kondisi *Pre-Existing* yang diungkapkan tersebut dikecualikan selamanya dari Manfaat Asuransi dalam Syarat dan Ketentuan Polis (*permanent exclusion*), pengecualian yang diatur dalam Poin (II)(2) di atas berlaku, dan Kami tidak akan membayar klaim yang timbul, baik secara langsung maupun tidak langsung, dari Kondisi *Pre-Existing* yang diungkapkan tersebut dan segala komplikasinya.
- Catatan Khusus untuk *Plan Standard*:
- *) Jika Kami telah memperpanjang Masa Asuransi, maka terhitung sejak Tanggal Perpanjangan Masa Asuransi yang pertama sejak Tanggal Efektif Pertanggungannya, pengecualian atas Penyakit Khusus sebagaimana diatur pada Pengecualian poin II nomor 26 diatas tidak berlaku kembali untuk Masa Asuransi berikutnya.



Bapak Lutfi
(Tertanggung sebagai Pemegang Polis dan Pembayar Premi)
Usia Masuk 30 tahun, saat membeli **Allianz Preferred Medical**

Plan yang dipilih : Plan Premier

Premi : Rp18.828.000/tahun

Melakukan Pemilihan
Risiko Sendiri Opsi 2

Memilih metode pembayaran
Autodebit Rekening Tabungan

Skenario Klaim Ilustrasi



Bapak Lutfi terdiagnosis penyakit Gagal Ginjal pada tahun ke-2 setelah membeli Polis Allianz Preferred Medical.



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



60 hari kemudian Bapak Lutfi menjalani Rawat Inap dan Perawatan Dialisis selama 30 hari di Rumah Sakit.

Asumsi biaya yang timbul atas perawatan Gagal Ginjal Bapak Lutfi selama 30 hari

Manfaat	Biaya	Total Biaya (Per 30 hari)
Kamar (1 tempat tidur terendah)	Rp1.650.000/hari	Rp49.500.000/hari
Kunjungan Dokter Spesialis	Rp500.000/hari	Rp15.000.000/hari
Perawatan Dialisis	Rp50.000.000/paket	Rp50.000.000/paket
Pemeriksaan Penunjang	Rp60.000.000	Rp60.000.000
Biaya Lain-Lain Rawat Inap	Rp20.000.000	Rp20.000.000
Total Tagihan		Rp194.500.000
Klaim yang disetujui		Rp194.500.000

Kategori Rumah Sakit	Preferred Network	Other Network (Asia kecuali SG, HK, JP)	Other Network (SG, HK, JP, AUS)
Risiko Sendiri (Biaya yang ditanggung sendiri)	Rp10.000.000	Rp20.000.000	Rp40.000.000
Yang dibayarkan oleh Allianz	Rp184.500.000	Rp174.500.000	Rp154.500.000

ILUSTRASI MANFAAT

Skenario 1 – Klaim di Rp100 Juta

Plan	Plan Premier (As Charged)			
Klaim Dalam 1 Tahun Polis	Kategori Rumah Sakit			
	Preferred Network	Other Network (Asia kecuali SG, HK, JP)	Other Network (SG, HK, JP, AUS)	
Klaim	Total Eligible Claim	100.000.000	100.000.000	100.000.000
	Risiko Sendiri (Biaya yang ditanggung sendiri)	10.000.000	20.000.000	40.000.000
	Klaim Yang Dibayarkan Oleh Allianz	90.000.000	80.000.000	60.000.000

Skenario 2 – Klaim Mencapai Jumlah Maksimal Risiko Sendiri

Plan	Plan Premier (As Charged)			
Klaim Dalam 1 Tahun Polis	Kategori Rumah Sakit			
	Preferred Network	Other Network (Asia kecuali SG, HK, JP)	Other Network (SG, HK, JP, AUS)	
Klaim 1	Total Eligible Claim	5.000.000	5.000.000	5.000.000
	Risiko Sendiri (Biaya yang ditanggung sendiri)	10.000.000	20.000.000	40.000.000
	Klaim Yang Dibayarkan Oleh Allianz	-	-	-
Klaim 2	Total Eligible Claim	25.000.000	25.000.000	25.000.000
	Risiko Sendiri (Biaya yang ditanggung sendiri)	5.000.000	15.000.000	35.000.000
	Klaim Yang Dibayarkan Oleh Allianz	20.000.000	10.000.000	-
Klaim 3	Total Eligible Claim	100.000.000	100.000.000	100.000.000
	Risiko Sendiri (Biaya yang ditanggung sendiri)	0*	0*	10.000.000
	Klaim Yang Dibayarkan Oleh Allianz	100.000.000	100.000.000	90.000.000

*) Risiko Sendiri yang dibayarkan Nasabah ketika klaim kedua dan seterusnya telah mencapai jumlah maksimal Risiko Sendiri dalam 1 tahun Polis.

Skenario 3 – Perhitungan klaim jika Tertanggung melakukan rawat inap di Indonesia dan perhitungan klaim secara Pro Rata

Plan	Plan Premier
Risiko Sendiri di Kategori Rumah Sakit Other Network (Asia kecuali SG, HK, JP)	Deductible sebesar Rp20.000.000,-
Klaim Yang Diajukan	Rawat inap selama 10 hari di Indonesia Tertanggung menempati kamar yang lebih tinggi 1 tingkat harga terdekat dari Plan karena kamar yang sesuai Plan penuh.
Rincian Biaya Per Hari	
Biaya Kamar	Rp2.500.000,- / hari
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Rp600.000,- / hari
Biaya lain-lain Rawat Inap hari ke-1 – 2	Rp30.000.000
Biaya lain-lain Rawat Inap hari ke-3 – 10	Rp100.000.000
Keterangan	Sesuai ketentuan Polis, jika kamar yang sesuai Plan penuh, Tertanggung dapat menempati kamar yang lebih tinggi 1 tingkat harga terdekat dari Plan yang dipilih, selama maksimal 2 hari berturut-turut. Sehingga: • Perawatan hari ke-1 – 2 (2 hari): dibayarkan sesuai tagihan • Perawatan hari ke 3 – 10 (8 hari): dibayarkan secara Pro-Rata
Perhitungan Klaim Pro Rata	$= \frac{\text{Harga Kamar Hak Tertanggung}}{\text{Harga Kamar Yang Digunakan}} \times \text{Total Tagihan Eligible Claim}$ $= \frac{Rp1.650.000}{Rp2.500.000} \times ((8 \times (Rp2.500.000 + Rp600.000)) + Rp100.000.000)$ $= Rp82.368.000$
Rincian Klaim	
Total Pengajuan Klaim	Rp161.000.000
Total Eligible Claim	Biaya hari 1-2: (2 x (Rp2.500.000 + Rp600.000)) + Rp30.000.000 Biaya hari 3-10 (Pro Rata): Rp82.368.000 Total = Rp116.068.000
Total Klaim Yang Dibayarkan Oleh Nasabah	(Rp161.000.000 – Rp116.068.000) + Rp20.000.000 (Deductible) = Rp64.932.000
Total Klaim Yang Dibayarkan Oleh Allianz	Rp161.000.000 – Rp64.932.000 = Rp96.068.000

Catatan:

- SG, HK, JP, AUS : Singapura, Hong Kong, Jepang, Australia
- Skenario perhitungan Risiko Sendiri untuk Plan Extra dan Plan Premier adalah sama (untuk kategori Preferred Network dan Other Network Asia kecuali SG, HK, JP), kecuali skenario untuk kategori Other Network (SG, HK, JP, AUS) hanya berlaku jika Nasabah memilih Plan Premier.

LAYANAN PENGADUAN DAN PENYELESAIAN SENGKETA

1. Layanan Pengaduan

- a. Pemegang Polis 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, 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 di situs resmi Penanggung.
- e. Dalam hal tidak terdapat kesepakatan terhadap hasil tindak lanjut pengaduan sebagaimana disebutkan dalam poin (1) ini, Pemegang Polis 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 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 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 Otoritas Jasa Keuangan (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 & 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

AllianzCare:

1500 136

Email:

contactus@allianz.co.id

Website:

www.allianz.co.id

Catatan-catatan penting untuk diperhatikan:

- PT Asuransi Allianz Life Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan, dan Tenaga Pemasarnya telah memegang lisensi dari Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia.
- Premi yang dibayarkan sudah termasuk dengan komisi agen asuransi/tenaga pemasar.
- Penjelasan pertanggungan asuransi yang lengkap terdapat pada Polis. Pertanggungan asuransi berlaku ketentuan Pengecualian yang terdapat pada Polis, yaitu hal-hal yang tidak ditanggung dalam Polis.
- Kami akan menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat, ketentuan Produk dan layanan ini melalui surat atau melalui cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 hari kerja sebelum berlakunya perubahan tersebut.
- Allianz Preferred Medical adalah produk asuransi kesehatan individu yang diterbitkan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia, oleh karenanya PT Asuransi Allianz Life Indonesia bertanggung jawab atas isi Polis.
- Anda wajib membaca dan memahami dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini sebelum menyetujui pembelian produk dan berhak bertanya kepada Tenaga Pemasar atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini bukan merupakan kontrak atau perjanjian asuransi antara PT Asuransi Allianz Life Indonesia dengan nasabah sehingga tidak mengikat PT Asuransi Allianz Life Indonesia/nasabah. Nasabah terikat penuh dengan setiap ketentuan pada Polis.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini hanya sebagai gambaran umum saja. Syarat dan ketentuan lengkap Allianz Preferred Medical tercantum dalam Polis. Untuk informasi lebih lengkap harap menghubungi Kami atau Tenaga Pemasar Anda atau mengunjungi website Kami di www.allianz.co.id. Semua produk kami dibuat untuk memberikan manfaat bagi nasabah, tapi belum tentu sesuai dengan kebutuhan Anda. Apabila Anda masih belum yakin apakah produk ini sesuai dengan kebutuhan Anda, Kami menyarankan Anda untuk menghubungi Tenaga Pemasar Anda.
- Kami berhak menolak pengajuan Polis Anda, apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.