

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

Asuransi Bebas Handal

Ringkasan Informasi Produk Layanan Umum ini (“RIPLAY Umum”) merupakan penjelasan singkat tentang produk Asuransi dan bukan merupakan bagian dari Polis. Jika terdapat perbedaan antara RIPLAY Umum dengan Polis, maka yang berlaku adalah ketentuan dalam Polis. Harap dibaca dan dipelajari dengan seksama.

Tentang PT FWD Insurance Indonesia (“FWD Insurance”):

PT FWD Insurance Indonesia (“FWD Insurance”) adalah perusahaan asuransi jiwa, bagian dari FWD Group, yang hadir dengan visi mengubah cara pandang masyarakat tentang asuransi.

Berfokus pada kebutuhan nasabah, FWD Insurance menawarkan asuransi yang berbeda didukung oleh teknologi maju dan memiliki berbagai rangkaian produk, mencakup produk asuransi yang berkaitan dengan investasi, asuransi berjangka individu & kumpulan, asuransi kecelakaan diri individu & kumpulan, dan asuransi kesehatan kumpulan melalui jalur distribusi yang didukung teknologi terintegrasi termasuk keagenan, bancassurance, e-commerce dan korporasi.

FWD Insurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (“OJK”).

FWD Insurance adalah anggota dari Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan.

Untuk informasi lebih lanjut, silakan kunjungi www.fwd.co.id

FWD Group adalah bisnis asuransi jiwa di wilayah Asia Pasifik yang telah menjangkau sekitar 10 juta nasabah di 10 jaringan usaha, termasuk beberapa pasar asuransi dengan pertumbuhan yang cepat di dunia. Berdiri sejak 2013, FWD fokus dalam menciptakan pengalaman berasuransi menjadi lebih simpel, cepat, dan lancar dengan produk yang inovatif dan mudah dipahami, yang didukung oleh teknologi digital. Melalui pendekatan yang berfokus pada nasabah, FWD berkomitmen mengubah cara pandang masyarakat tentang asuransi.

Untuk informasi lebih lanjut, silakan kunjungi www.fwd.com

Jenis Produk dan Fitur Utama

Asuransi Bebas Handal adalah asuransi kesehatan berbasis syariah yang memberikan manfaat rawat inap di Rumah Sakit, akibat suatu Penyakit atau Cedera Tubuh sampai dengan usia 60 tahun. Produk ini memiliki pilihan plan dengan besaran Manfaat yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan, dan produk ini hanya tersedia dalam mata uang Rupiah.

Usia Masuk Peserta	Minimum 18 Tahun (ulang tahun terakhir)	Masa Asuransi	1 tahun, diperpanjang secara otomatis hingga usia Pihak Yang Diasuransikan mencapai 60 tahun.
Usia Masuk Pihak Yang Diasuransikan	30 hari – 55 tahun (ulang tahun terakhir)		
Kontribusi	Sesuai dengan usia dan plan yang dipilih. Besarnya Kontribusi akan berubah seiring bertambahnya Usia Pihak Yang Diasuransikan serta peningkatan biaya kesehatan. Penjelasan lengkap dapat dilihat dalam Polis.	Masa Pembayaran	1 tahun, diperpanjang secara otomatis hingga usia Pihak Yang Diasuransikan mencapai 59 tahun.
Santunan Asuransi	Sesuai dengan Tabel Manfaat Asuransi Bebas Handal		

Santunan Asuransi					
Manfaat	Rincian	Plan			
		A	B	C	D
Manfaat Rawat Inap					
Batas Manfaat per Tahun Polis		50.000.000	50.000.000	100.000.000	100.000.000
Biaya Kamar	Maksimum 150 hari kalender per Tahun Polis Maksimum per hari	250.000	350.000	250.000	350.000
Kunjungan Dokter	Maksimum 1 kunjungan per hari	Sesuai Tagihan			
Biaya Obat-obatan	Maksimum per Tahun Polis	Sesuai Tagihan			

Biaya Pemeriksaan Laboratorium	Maksimum per Tahun Polis	Sesuai Tagihan
Perawatan Sebelum Rawat Inap	30 hari kalender sebelum perawatan Maksimum per Tahun Polis	Sesuai Tagihan
Perawatan Setelah Rawat Inap	30 hari kalender sebelum perawatan Maksimum per Tahun Polis	Sesuai Tagihan
Biaya Tindakan Bedah	Maksimum per Tahun Polis	Sesuai Tagihan

Kontribusi

1. Kontribusi Bulanan

Usia Masuk (tahun)	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
0	283,300	341,700	483,300	583,300
1 - 5	150,000	200,000	283,300	375,000
6 - 10	100,000	133,300	191,700	241,700
11 - 15	83,300	100,000	141,700	183,300
16 - 20	83,300	100,000	141,700	183,300
21 - 25	75,000	100,000	150,000	187,500
26 - 30	90,000	125,000	175,000	225,000
31 - 35	100,000	150,000	200,000	262,500
36 - 40	125,000	175,000	225,000	300,000
41 - 45	175,000	200,000	300,000	375,000
46 - 50	225,000	300,000	400,000	475,000
51 - 55	333,300	408,300	575,000	700,000
56 - 59	500,000	600,000	858,300	1,041,700

Catatan :

Besarnya Kontribusi akan berubah seiring bertambahnya Usia Pihak Yang Diasuransikan serta peningkatan biaya kesehatan. Penjelasan lengkap dapat dilihat dalam Polis.

2. Kontribusi Tahunan

Apabila Kamu pilih Kontribusi tahunan, Kamu cukup membayar 11x Kontribusi bulanan.

Manfaat Produk, Risiko, Biaya dan Hal-Hal Yang Dapat Menyebabkan Manfaat Tidak Dibayarkan

Manfaat Produk

1. Biaya Kamar

- a. Penggantian biaya yang meliputi biaya kamar dan layanan perawatan bagi Pihak Yang Diasuransikan, namun tidak mencakup biaya layanan yang tidak terkait dengan perawatan Pihak Yang Diasuransikan,
- b. Besar manfaat adalah sama dengan Biaya Medis yang dibebankan oleh Rumah Sakit secara penuh selama Pihak Yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap, namun manfaat tersebut tidak lebih besar dari manfaat biaya kamar per hari sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi, dan
- c. Maksimum jumlah hari Rawat Inap sebagaimana yang ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi ini adalah 150 (seratus lima puluh) hari kalender per 1 (satu) Tahun Polis termasuk Pelayanan Medis di Unit Perawatan Intensif.

2. Biaya Kunjungan Dokter di Rumah Sakit

- a. Penggantian Biaya Medis untuk kunjungan Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis selama Pihak Yang Diasuransikan sebagai pasien Rawat Inap.
- b. Maksimum 1 (satu) kali kunjungan per dokter per hari.

3. Biaya Obat-obatan

Penggantian biaya obat-obatan yang diresepkan selama Pihak Yang Diasuransikan di Rawat Inap, termasuk perban, kasa, plester, jarum suntik, biaya diagnostik dan laboratorium, fisioterapi, radioterapi, oksigen, perangkat infus, biaya transfusi darah atau plasma, peralatan dan sarana Rumah Sakit lainnya, biaya administrasi dan pajak yang dikenakan oleh Rumah Sakit atas pelayanan yang diberikan kepada Pihak Yang Diasuransikan sehubungan dengan Rawat Inap.

4. Biaya Pemeriksaan Laboratorium

Suatu tindakan/prosedur pemeriksaan khusus dengan mengambil bahan atau sampel dari pasien dalam bentuk darah, sputum (dahak), urine (air kencing/air seni), kerokan kulit, dan cairan tubuh lainnya dengan tujuan untuk menentukan diagnosis atau membantu menegakkan diagnosis penyakit, yang dilakukan selama Pihak Yang Diasuransikan di Rawat Inap di Rumah Sakit.

Manfaat Produk

5. Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap

Penggantian Biaya Medis atas biaya konsultasi, pengobatan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi dan radiologi yang dibebankan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis, atau Rumah Sakit karena suatu Penyakit/Cedera Tubuh yang menyebabkan Pihak Yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap, dimana biaya perawatan tersebut harus timbul dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum tanggal masuk Rumah Sakit karena Rawat Inap, dengan maksimum sebesar Batas Manfaat per tahun Polis pada Plan Asuransi Pihak Yang Diasuransikan yang tercantum pada tabel Manfaat Asuransi.

Penggantian Biaya Medis diberikan hanya apabila Rawat Jalan yang dilakukan Pihak Yang Diasuransikan tersebut berhubungan langsung dan memiliki diagnosa yang sama dengan Rawat Inap dimaksud.

6. Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap

Penggantian Biaya Medis atas biaya konsultasi, pengobatan lanjutan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi dan radiologi yang dibebankan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis, klinik atau Rumah Sakit karena suatu Penyakit/Cedera Tubuh yang menyebabkan Pihak Yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap, dimana biaya perawatan tersebut harus timbul dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal Pihak Yang Diasuransikan keluar dari Rumah Sakit karena Rawat Inap, dengan maksimum sebesar Batas Manfaat per tahun Polis pada Plan Asuransi Pihak Yang Diasuransikan yang tercantum pada tabel Manfaat Asuransi.

Penggantian ini dikecualikan untuk manfaat-manfaat untuk protesa, implan, fisioterapi, Rawat Jalan cuci darah dan perawatan kanker.

7. Biaya Tindakan Bedah

Penggantian Biaya Medis yang dibebankan oleh Rumah Sakit selama Pihak Yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap untuk suatu Tindakan Bedah yang Dibutuhkan Secara Medis, yang mencakup biaya pemakaian kamar bedah, sarana dan prasarana Tindakan Bedah yang diperlukan, obat-obatan yang diresepkan, dan biaya professional dari Ahli Bedah atau Dokter Spesialis lain yang memiliki kualifikasi tertentu untuk melakukan Tindakan Bedah untuk suatu Penyakit/Cedera Tubuh, berikut biaya professional untuk asisten Ahli Bedah/Dokter Spesialis tersebut.

Manfaat Produk

8. Santunan Dana Tunai Harian

Apabila Pihak Yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit dengan menggunakan manfaat yang diberikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) selama Masa Asuransi dan tidak mengajukan penggantian atas Biaya Medis tersebut kepada Pengelola, maka Pengelola akan membayarkan Santunan Dana Tunai Harian sebesar 50% (lima puluh persen) dari Biaya Kamar sesuai dengan hari Rawat Inap, maksimal 30 (tiga puluh) hari kalender per Tahun Polis.

Manfaat ini tidak akan mengurangi Batas Manfaat per Tahun Polis.

9. Manfaat Layanan Bantuan Medis Darurat

Dalam hal terjadi kondisi Darurat Medis dimana tidak ada fasilitas kesehatan yang memadai untuk dilakukannya pengobatan yang dibutuhkan kepada Pihak Yang Diasuransikan pada fasilitas medis setempat, maka Pengelola akan menyediakan layanan Evakuasi Medis dari fasilitas medis setempat ke fasilitas medis terdekat yang memadai yang dilakukan oleh penyedia layanan Evakuasi Darurat Medis rekanan Pengelola dimana evakuasi kepada Pihak Yang Diasuransikan dengan persetujuan dari Pengelola dan penyedia layanan Evakuasi Darurat Medis.

Pengelola tidak bertanggung jawab atas segala kualitas dan hasil Perawatan dan Pelayanan Medis yang dilakukan oleh penyedia layanan Evakuasi Darurat Medis kepada Pihak Yang Diasuransikan.

Manfaat ini tidak akan mengurangi Batas Manfaat per Tahun Polis.

Risiko-risiko Yang Perlu Diketahui

- **Risiko Klaim**

Risiko tidak dibayarkannya klaim karena risiko yang terjadi termasuk dalam Pengecualian Polis.

- **Risiko Pembatalan Polis**

Risiko yang terjadi karena Kamu/ Pihak Yang Diasuransikan tidak memberikan informasi yang benar.

- **Risiko Operasional**

Risiko yang timbul dari proses internal yang tidak memadai/ gagal, atau dari perilaku karyawan dan sistem operasional, atau dari peristiwa eksternal yang dapat mempengaruhi kegiatan operasional perusahaan.

Biaya-biaya Yang Dikenakan

Iuran *Tabarru'*, *Ujrah* dan Komisi/imbal jasa sudah termasuk dalam Kontribusi yang dibayarkan.

Hal-Hal Yang Dapat Menyebabkan Manfaat Tidak Dibayarkan

Pengelola tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi sebagaimana diatur dalam Polis ini, apabila Pihak Yang Diasuransikan menjalani atau menerima Pelayanan Medis yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, oleh hal-hal berikut:

Jika Kamu/Pihak Yang Diasuransikan tidak jujur atau tidak memberikan informasi dengan lengkap dalam mengisi antara lain data kesehatan dan pekerjaan.

Apabila Pihak Yang Diasuransikan menjalani atau menerima Pelayanan Medis yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, oleh hal-hal berikut:

- a. Mencoba bunuh diri atau melukai diri sendiri baik dilakukan dalam keadaan sadar atau tidak sadar oleh Pihak Yang Diasuransikan;
- b. Biaya pengobatan atau perawatan yang tidak berhubungan dengan :
 - i. diagnosis / alasan Rawat Inap,
 - ii. biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Tenaga Medis,
 - iii. biaya preventif (pencegahan penyakit) termasuk imunisasi/vaksinasi dan komplikasinya,
 - iv. perawatan dan/atau pembedahan untuk mengubah jenis kelamin termasuk komplikasinya,
 - v. perawatan dan atau tindakan sirkumsisi/khitanan/sunat termasuk segala komplikasinya,
 - vi. perawatan dan/atau tindakan/pembedahan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan, bulimia, anoreksia nervosa termasuk komplikasinya;
 - vii. suplemen makanan, vitamin yang tidak direkomendasikan oleh Tenaga Medis, biaya istirahat, biaya telekomunikasi, biaya penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan perawatan medis.
- c. Semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan atau pembedahan gigi termasuk bedah mulut, gusi, atau struktur penyangga gigi secara langsung dan pengobatan yang terkait dengannya kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan;
- d. Kesehatan reproduksi termasuk Infertilitas atau sterilisasi atau persalinan, kehamilan dan komplikasinya kecuali komplikasi kehamilan yang terjadi lebih dari 12 (dua belas) bulan setelah Tanggal Berlaku Polis atau tanggal perubahan plan Manfaat Asuransi (untuk manfaat yang lebih tinggi), dan didiagnosis oleh Tenaga Medis spesialis kebidanan, termasuk dan tidak terbatas pada:


Hal-Hal Yang Dapat Menyebabkan Manfaat Tidak Dibayarkan

- i. Perdarahan postpartum yang membutuhkan histerektomi;
- ii. Abrupsi plasenta yang membutuhkan intervensi medis;
- iii. Kondisi tromboemboli (emboli pulmoner atau trombosis vena dalam);
- iv. Gangguan Pembekuan Darah (Disseminated Intravascular Coagulation);
- v. Eklampsia yang menyebabkan kejang tonik-klonik, hipertensi terkait kehamilan, dan proteinuria.
- e. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau komplikasi yang berhubungan dengan keduanya;
- f. Gangguan/cacat mental dan/atau kejiwaan (termasuk neurosis, psikosomatis, psikosis) atau perawatan yang ditangani oleh psikolog/psikiater;
- g. Keterlibatan dari Pihak Yang Diasuransikan melakukan tindakan ilegal, melalaikan dan/atau melawan/melanggar hukum, termasuk tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki atau turut memiliki kepentingan dalam manfaat asuransi ini dan/atau yang bertentangan dengan syariah;
- h. Perang (baik dinyatakan maupun tidak), invasi oleh negara lain, operasi yang bersifat permusuhan atau menyerupai perang (baik dinyatakan atau tidak), pemberontakan, huruhara atau kerusuhan, kudeta, perlawanan, revolusi, kekuatan militer atau bersenjata, atau ikut serta dalam aksi/kegiatan militer; atau
- i. Reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasinya.

Persyaratan & Tata Cara

Persyaratan Dan Tata Cara	
<p>Pengajuan Asuransi Kesehatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kamu harus melengkapi persyaratan dan dokumen berikut: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kamu berusia minimal 18 (delapan belas) tahun (ulang tahun terakhir). ✓ Pihak Yang Diasuransikan berusia 30 (tiga puluh) hari sampai dengan 55 (lima puluh lima) tahun (ulang tahun terakhir). ✓ Tersedia dalam mata uang Rupiah. ✓ Melengkapi proses pengajuan asuransi melalui online. ✓ Melakukan pembayaran Kontribusi. <input type="checkbox"/> Melengkapi dokumen-dokumen lain yang Pengelola butuhkan sebagai syarat penerbitan Polis. <input type="checkbox"/> Kamu wajib memberikan keterangan, data dan pernyataan dengan benar dan lengkap, memahami dokumen sebelum ditandatangani, dan memberikan persetujuan atas dokumen tersebut. Apabila ternyata keterangan, data dan pernyataan tersebut tidak sesuai dengan keadaan atau kondisi sebenarnya, maka Kami berhak membatalkan Polis dengan pemberitahuan secara tertulis sebelumnya kepada Kamu.

Persyaratan & Tata Cara

Persyaratan Dan Tata Cara	
Pengajuan Asuransi Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Pengajuan asuransi dinyatakan diterima apabila semua syarat dan ketentuan sudah terpenuhi dan Kami telah menerima Kontribusi pertama sebagai salah satu syarat penerbitan dan berlakunya Polis. ❑ Apabila keterangan atau pernyataan dalam dokumen sebagai dasar pengajuan tersebut berubah, maka Kamu wajib memberitahukan kepada Kami selambat-lambatnya 30 hari kalender sejak adanya perubahan tersebut.
Pembayaran Kontribusi	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Pembayaran Kontribusi harus mencantumkan nama Pengelola dan pembayaran hanya akan dinyatakan lunas pada tanggal Kontribusi diterima dan tercatat pada rekening Pengelola sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan dalam Polis. ❑ Besarnya Kontribusi akan berubah seiring bertambahnya Usia Pihak Yang Diasuransikan serta peningkatan biaya kesehatan. Penjelasan lengkap dapat dilihat dalam Polis.
Pengajuan Klaim	<p>Kamu dapat mengajukan klaim Manfaat Asuransi dengan cara:</p> <p>Mengisi dan melengkapi dokumen yang disyaratkan secara digital, melalui:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Pada Aplikasi</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>Fitur E-Services</p>  </div> </div>
Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi	<p>Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Formulir Klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap; b. Fotokopi tanda bukti diri yang sah dan masih berlaku dari Kamu dan Pihak Yang Diasuransikan; c. Surat kuasa asli dari Kamu (apabila dikuasakan); d. Surat keterangan dari Tenaga Medis yang sah dan berwenang mengenai indikasi perawatan medis; e. Kuitansi asli dan perincian tagihan dari Rumah Sakit; f. Surat rekomendasi dari Tenaga Medis untuk Pemeriksaan Penunjang Diagnostik dan Laboratorium Sebelum Rawat Inap atau Tindakan Bedah, Implan dan/atau Protesa, Fisioterapi, Cuci Darah dan Perawatan Kanker; g. Salinan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep yang berkaitan dengan perawatan; h. Dokumen lain yang dinyatakan perlu oleh Pengelola yang berkaitan dengan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi.

Persyaratan Dan Tata Cara	
<p>Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi</p>	<p>Catatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Berkas-berkas klaim manfaat Asuransi di atas harus diajukan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak berakhirnya Pelayanan Medis sebagaimana tercantum dalam kuitansi asli dan/atau rincian biaya dari Rumah Sakit. ✓ Dalam hal berkas-berkas yang diajukan atas permintaan pembayaran/klaim Manfaat Asuransi tidak lengkap, maka Peserta wajib untuk mengirimkan kelengkapan berkas-berkas tersebut dalam waktu tidak melebihi dari 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal surat pemberitahuan ketidaklengkapan dokumen klaim oleh Pengelola. ✓ Apabila disetujui pembayaran klaim akan dilakukan 14 hari setelah dokumen (<i>hardcopy</i>) yang disyaratkan telah diterima oleh Kami. ✓ Info lebih lanjut, Kamu dapat mengakses melalui website atau FWD Customer Care.
<p>Pengaduan Terkait Produk dan Layanan</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <p>FWD Customer Care</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hotline di 1500525 • Live Chat melalui website Kami di fwd.co.id • WhatsApp di (+62) 8551500525 • Email ke CustomerCare.id@fwd.com </div> <div style="width: 45%;">  <p>Kantor Pusat FWD Insurance</p> <p>PT FWD Insurance Indonesia Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot 10, Jl. Jend Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan 12910, Indonesia</p> </div> </div>

Simulasi

Kamu membeli Asuransi Bebas Handal untuk diri Kamu sendiri



Asuransi Bebas Handal

Usia : 25 Tahun
 Kontribusi : Rp187.500
 Cara Bayar : Bulanan
 Kelas Kamar : Rp350.000
 Batas Manfaat per tahun polis : Rp100.000.000

Simulasi

Jika Kamu menjalani rawat inap di Rumah Sakit akibat suatu Penyakit selama 5 hari dan total biaya yang ditagihkan oleh pihak Rumah Sakit sebagai berikut:

Berikut beberapa skenario yang mungkin terjadi pada saat Kamu menjalani rawat inap:

Skenario 1

Apabila Kamu menggunakan Asuransi Bebas Handal untuk rawat inap di Rumah Sakit, maka Kamu berhak menerima perawatan pada kelas kamar sampai dengan Rp350.000 per hari (sesuai dengan Tabel manfaat Asuransi Bebas Handal).

- Biaya Perawatan : Rp15.625.000
- Biaya Perawatan yang dibayar dari manfaat Asuransi Bebas Handal : Rp15.625.000
- Biaya Perawatan yang dibayarkan oleh Kamu : Rp0

Skenario 2

Apabila Kamu menggunakan BPJS untuk Rawat Inap di Rumah Sakit, maka Kamu akan menerima manfaat Dana Tunai Harian sebesar:

$(50\% \times \text{Rp}350.000) \times 5 \text{ hari} = \text{Rp}875.000$

Skenario 3

Apabila Kamar Perawatan dengan biaya per hari Rp350.000 tidak tersedia atau penuh, Kamu berhak mendapatkan perawatan Kelas Kamar di atasnya yang terdekat selama 3 hari dan Manfaat Asuransi pada hari selanjutnya akan dihitung secara proporsional.

Contohnya sebagai berikut:

- **Kelas kamar yang terdekat adalah kelas kamar dengan biaya per hari Rp400.000**
Biaya perawatan hari ke-1 s/d ke-3 Rp9.000.000
Biaya perawatan hari ke-4 & ke-5 Rp8.000.000
Total Biaya Perawatan Rp17.000.000
- **Biaya yang dibayarkan dari manfaat Asuransi Bebas Handal**
Biaya perawatan hari ke-1 s/d ke-3 Rp9.000.000
Biaya perawatan hari ke-4 & ke-5
Rp350.000
Rp400.000
Total Biaya Perawatan yang dibayarkan dari manfaat Asuransi Bebas Handal Rp16.000.000
- **Total Biaya Perawatan yang dibayarkan oleh Kamu :**
 $\text{Rp}17.000.000 - \text{Rp}16.000.000 = \text{Rp}1.000.000$

Informasi Tambahan

<p>Masa Peninjauan Polis <i>(Free Look Period)</i></p>	<p>Peserta memiliki Masa Pembelajaran selama 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal Polis diterima oleh Peserta untuk mempelajari syarat dan ketentuan dari Polis yang berlaku telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Peserta, jika tidak Polis ini dapat dibatalkan dengan pemberitahuan tertulis kepada Pengelola.</p>
<p>Ujrah</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ujrah yang dikenakan dalam Polis ini merupakan bagian pendapatan bagi Pengelola, sepanjang tidak Pengelola tentukan lain dengan pemberitahuan tertulis sebelumnya kepada Peserta sebagaimana diatur dalam Polis ini. • Ujrah sebesar 50% (lima puluh persen) dari Kontribusi yang dipotong setiap pembayaran Kontribusi sehubungan dengan pengelolaan Manfaat Asuransi ini.
<p>Pengakhiran Asuransi</p>	<p>Kamu dapat mengajukan pengakhiran asuransi dengan cara mengirimkan permohonan pengakhiran asuransi secara online (melalui e-services) atau secara tertulis (mengirimkan formulir pengakhiran asuransi), dan akan berlaku efektif pada saat perubahan tersebut disetujui dan tercatat oleh Kami.</p>
<p>Berakhirnya Kepesertaan</p>	<p>Polis secara otomatis akan berakhir pada saat:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia dalam Masa Asuransi; atau b) Masa Asuransi telah berakhir; atau c) Kontribusi belum dibayar setelah melewati Masa Leluasa; atau d) Pengelola tidak menyetujui perpanjangan Polis ini; atau e) Polis dibatalkan atas permintaan secara tertulis dari Kamu; atau f) Apabila ternyata keterangan, data dan pernyataan tidak sesuai dengan keadaan atau kondisi sebenarnya dalam SPAKS atau formulir-formulir lain yang diajukan kepada Kami. <p>Hal mana yang lebih dahulu terjadi.</p>
<p>Masa Leluasa <i>(Grace Period)</i></p>	<p>Masa selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal Jatuh Tempo dimana Polis akan tetap berlaku walaupun Kontribusi belum di bayar lunas.</p>

Definisi

- **Kamu** berarti individu atau badan hukum yang mengadakan akad asuransi kesehatan sebagai Peserta dengan Kami sebagai Pengelola.
- **Kami** berarti PT FWD Insurance Indonesia, Unit Syariah (FWD Insurance) sebagai Pengelola.
- **Pihak Yang Diasuransikan** berarti yang atas dirinya diadakan Akad asuransi, dimana terdapat kepentingan asuransi atau hubungan kepentingan asuransi (*insurable interest*) dengan Peserta.
- **Polis** berarti dokumen Akad asuransi antara Kamu sebagai Peserta dan Kami sebagai Pengelola.
- **Asuransi Kesehatan Syariah** berarti Usaha saling menolong (ta'awuni) dan melindungi (takafuli) di antara para Peserta melalui pembentukan kumpulan Dana Tabarru' yang dikelola sesuai prinsip syariah untuk menghadapi risiko tertentu sebagaimana diatur dalam Polis.
- **Akad** berarti perjanjian tertulis yang memuat kesepakatan tertentu, beserta hak dan kewajiban para pihak sesuai prinsip syariah.
- **Akad Tabarru'** berarti Akad hibah dalam bentuk pemberian dana dari para Peserta untuk tujuan tolong menolong di antara para Pihak Yang Diasuransikan yang tidak bersifat dan bukan untuk tujuan komersial.
- **Akad Wakalah Bil Ujrah** berarti Akad pemberian kewenangan antara Kamu secara kolektif atau secara individu kepada Kami sebagai wakil Kamu untuk mengelola dan menginvestasikan Dana Tabarru' dan Dana Investasi (jika ada) sesuai kuasa atau wewenang yang diberikan, dengan imbalan berupa Ujrah (biaya) sesuai dengan kesepakatan.
- **Dana Tabarru'** berarti kumpulan dana yang berasal dari luran Tabarru' para Peserta, bagian dari Surplus Underwriting tahun sebelumnya yang ditahan dan hasil pengembangannya (jika ada), yang mekanisme penggunaannya sesuai dengan Akad Tabarru' yang disepakati.
- **Kontribusi** berarti sejumlah uang yang dibayarkan Kamu kepada Kami tepat pada waktunya dan menjadi syarat penutupan Polis.
- **Ujrah** berarti sejumlah biaya yang harus dibayarkan oleh Kamu kepada Kami sehubungan dengan pengelolaan Asuransi Kesehatan Syariah termasuk pengelolaan Dana Tabarru'.



Disclaimer (Penting untuk dibaca!)

- Informasi yang tercakup dalam RIPLAY Umum ini berlaku sampai dengan diterbitkannya RIPLAY Umum baru, dan informasi yang tercantum pada RIPLAY Umum ini dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan adanya perubahan yang dilakukan oleh Kami.
- Kamu harus membaca dengan teliti RIPLAY Umum ini dan berhak bertanya kepada Kami atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
- Definisi dan keterangan lebih lengkap dapat Kamu pelajari pada Polis yang Kami terbitkan jika pengajuan asuransi Kamu disetujui.
- RIPLAY Umum ini hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk Asuransi Bebas Handal, dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat. Kamu wajib membaca dan memahami seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana tercantum dalam Polis Asuransi Bebas Handal.
- Kami dapat menolak pengajuan asuransi yang diajukan Calon Peserta apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
- Kontribusi yang dibayarkan sudah termasuk luran Tabarru', Ujrah dan komisi/imbal jasa.

Tanggal Cetak Dokumen

26 Juli 2023