

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

Asuransi Kesehatan Kumpulan “Bebas Sehat”

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 Kesehatan Kumpulan “**Bebas Sehat**” merupakan asuransi kesehatan kumpulan yang memberikan Manfaat Asuransi Rawat Inap sebagai Manfaat Asuransi Dasar dan Manfaat Asuransi Tambahan (jika mengambil Manfaat Asuransi Tambahan) yang berupa Penggantian biaya Persalinan, Rawat Jalan, Rawat Gigi, Kacamata, Perawatan Pencegahan, Prothesa dan Manfaat Penyangga (*Buffer Benefit*), dengan periode Polis adalah 1 tahun dan dapat diperbaharui.

Pemegang Polis	<ul style="list-style-type: none"> Perusahaan/Asosiasi/ Badan Hukum Minimal Kepesertaan 10 peserta dewasa 	Mata Uang :	Rupiah atau Dolar Amerika Serikat
Usia Masuk Tertanggung :	maksimal 69 tahun untuk Karyawan/ anggota dan Istri/Suami (Tanggung) dan 0-23 tahun untuk Anak (Tanggung). *Ulang tahun terakhir.	Minimum Premi :	Rp.5.000.000,-
		Cara Bayar :	Tahunan, Semesteran, Triwulanan

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

Manfaat Asuransi

Manfaat Asuransi Dasar

Manfaat Asuransi Dasar berupa:

1. Kamar & Pelayanan (IP1)

Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis di kamar perawatan biasa, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit untuk Kamar & Pelayanan dewasa atau anak termasuk makan, pelayanan perawatan umum dan pemeliharaan kamar untuk setiap hari Rawat Inap dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

2. Unit Perawatan Intensif (IP2)

Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis di Unit Perawatan Intensif (ICU/ICCU/NICU), maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit yang dibebankan untuk kamar termasuk untuk makan, pelayanan perawatan umum dan pemeliharaan kamar untuk setiap hari Rawat Inap dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

3. Unit Perawatan Khusus (IP3)

Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis di Unit Perawatan Khusus (ruang intermediate atau isolasi), maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit yang dibebankan untuk kamar termasuk makan, pelayanan perawatan umum dan pemeliharaan kamar untuk setiap hari Rawat Inap dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

4. Aneka Perawatan Rumah Sakit (IP4)

Apabila dalam menjalani Rawat Inap Tertanggung membutuhkan aneka perawatan yang Dibutuhkan Secara Medis sehubungan langsung dengan Rawat Inap yang dijalani Tertanggung, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis atas aneka perawatan yang berupa biaya Obat-obatan yang diresepkan selama atau maksimum 7 (tujuh) hari sesudah Rawat Inap, perban, pembelat tangan, gips, penyewaan peralatan medis, oksigen, infus intravena darah, transfusi darah, plasma darah, pemeriksaan diagnostik dan biaya administrasi Rumah Sakit sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

5. Pembedahan (IP5)

Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan harus melakukan Pembedahan yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti biaya Pembedahan yang terjadi untuk setiap Rawat Inap, termasuk biaya jasa profesi yang dibebankan oleh Dokter Spesialis untuk melakukan Pembedahan dan anestesi umum termasuk biaya kamar operasi, biaya Obat-obatan, biaya sewa alat dan biaya alat bantu yang ditanam di dalam tubuh yang dibutuhkan selama Pembedahan berlangsung sehubungan dengan Rawat Inap yang dijalani Tertanggung sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

6. Kunjungan Dokter di Rumah Sakit (IP6)

Selama Tertanggung menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti biaya jasa profesi yang sebenarnya yang dibebankan untuk jasa Pelayanan Medis yang diberikan oleh Dokter atau Dokter Spesialis atas perawatan di dalam kamar selama Tertanggung dirawat di Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

7. **Konsultasi Bersama Dokter Spesialis Selama Rawat Inap (IP7)**
Selama Tertanggung menjalani Rawat Inap membutuhkan pelayanan konsultasi dari Dokter Spesialis berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter atau Dokter Spesialis yang merawat Tertanggung yang Dibutuhkan Secara Medis dan pelayanan dimaksud berhubungan langsung dengan Rawat Inap yang dijalani Tertanggung, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis atas biaya jasa profesi yang sebenarnya yang dibebankan untuk jasa pelayanan konsultasi yang diberikan oleh Dokter Spesialis selama Tertanggung dirawat di Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
8. **Perawat Pribadi (IP8)**
Selama Tertanggung menjalani Rawat Inap membutuhkan pelayanan atau perawatan dari seorang Perawat Pribadi berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter atau Dokter Spesialis yang merawat Tertanggung yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti biaya jasa profesi yang sebenarnya yang dibebankan untuk jasa pelayanan yang diberikan oleh seorang Perawat Pribadi selama Tertanggung dirawat di Rumah Sakit sampai dengan maksimum 30 (tiga puluh) hari setelah keluar dari Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
9. **Biaya Ambulan (IP9)**
Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan membutuhkan ambulan yang terdaftar yang Dibutuhkan Secara Medis yang berupa mobil, atau kapal dan harus memberikan Pelayanan Medis profesional oleh Tenaga Medis secara terus-menerus selama dalam perjalanan ke Rumah Sakit atau dari Rumah Sakit ke Rumah Sakit lain, maka Penanggung akan mengganti biaya yang terjadi untuk ambulan yang berhubungan dengan Rawat Inap yang dijalani Tertanggung dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
10. **Perawatan Darurat Rawat Jalan (IP10)**
Apabila Tertanggung harus menjalani Perawatan Medis Rawat Jalan yang Dibutuhkan Secara Medis yang berkaitan secara langsung dengan keadaan Gawat Darurat dan/atau Kecelakaan dalam jangka waktu 48 (empat puluh delapan) jam sejak terjadinya keadaan Gawat Darurat dan/atau Kecelakaan, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit atau Klinik untuk Perawatan Medis dan Pelayanan Medis darurat Rawat Jalan termasuk biaya jasa profesi yang sebenarnya yang dibebankan oleh seorang Dokter akan tetapi tidak termasuk perawatan gigi dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

11. Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan (IP11)

Apabila Tertanggung harus menjalani Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan di Rumah Sakit atau Klinik yang Dibutuhkan Secara Medis dalam jangka waktu 48 (empat puluh delapan) jam sejak terjadinya Kecelakaan, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit atau Klinik untuk perawatan gigi termasuk jasa profesi yang sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter Gigi atau Dokter dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

12. Perawatan Sebelum Rawat Inap (IP12a)

Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Jalan yang Dibutuhkan Secara Medis dalam jangka waktu tertentu sebelum Rawat Inap dilakukan sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis atas Rawat Jalan sesuai dengan jumlah yang ditagihkan oleh Rumah Sakit atau Klinik termasuk jasa Dokter, biaya Obat-obatan yang diresepkan dan pemeriksaan diagnostik dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

13. Perawatan Sesudah Rawat Inap (IP12b)

Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Jalan yang Dibutuhkan Secara Medis dalam jangka waktu tertentu sesudah Rawat Inap dilakukan sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis atas Rawat Jalan sesuai dengan jumlah yang ditagihkan oleh Rumah Sakit atau Klinik termasuk jasa Dokter, biaya Obat-obatan yang diresepkan dan pemeriksaan diagnostik dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

14. Pembedahan Tanpa Rawat Inap (IP13)

Apabila Tertanggung menjalani Pembedahan Tanpa Rawat Inap (One Day Surgery) yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis atas Pembedahan Tanpa Rawat Inap termasuk jasa profesi yang sebenarnya yang dibebankan oleh seorang Dokter Spesialis untuk melakukan Pembedahan, jasa pelayanan yang diberikan oleh Dokter Spesialis untuk melaksanakan anestesi umum selama Pembedahan berlangsung, biaya kamar operasi, biaya Obat-obatan, sewa alat yang dibutuhkan selama Pembedahan dan alat bantu yang ditanam di dalam tubuh selama Pembedahan dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

15. Rawat Jalan Kemoterapi/Radioterapi/ Hemodialisa (IP14)

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Jalan untuk perawatan Kemoterapi dan/atau Radioterapi dan/atau Hemodialisa yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti jasa profesi yang sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter atau Dokter Spesialis, biaya Obat-obatan dan peralatan kesehatan yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk Kemoterapi dan/atau Radioterapi dan/atau Hemodialisa termasuk semua komplikasinya dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

16. HIV/AIDS karena Tranfusi Darah dan Pekerjaan (IP15)

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis dan didiagnosa oleh Dokter terinfeksi HIV dan/atau menderita AIDS yang disebabkan oleh transfusi darah atau Kecelakaan akibat dari pekerjaannya sebagai Karyawan dari Pemegang Polis yang terjadi pada Masa Kepesertaan Tertanggung sebagaimana dibuktikan dengan hasil pemeriksaan laboratorium, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang terjadi sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit untuk pengobatan HIV/AIDS dan semua komplikasinya dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

17. Dana Tunai Harian, jika Klaim Tertanggung ditanggung sepenuhnya oleh BPJS Kesehatan (IP16)

Apabila Tertanggung melakukan Rawat Inap di Rumah Sakit dengan menggunakan manfaat yang diberikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) selama Masa Kepesertaan dan tidak mengajukan penggantian atas Biaya Medis tersebut kepada Penanggung, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Dana Tunai Harian sesuai dengan hari Rawat Inap sesuai dengan Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

18. Manfaat Penyakit Kritis, jika Klaim Tertanggung ditanggung sepenuhnya oleh BPJS Kesehatan (IP17)

Apabila Tertanggung untuk pertama kalinya didiagnosa menderita Penyakit Kritis sebagaimana tercantum dalam Daftar Penyakit Kritis, dan Tertanggung bertahan hidup sampai dengan 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal didiagnosa dan Tertanggung melakukan Rawat Inap di Rumah Sakit dengan menggunakan manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan dan tidak mengajukan penggantian atas Biaya Medis tersebut kepada Penanggung, maka Penanggung akan membayarkan Uang Pertanggunganan Manfaat Penyakit Kritis sesuai dengan Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

Batas Keseluruhan (OL)

Jumlah total penggantian Biaya Medis atas Manfaat Asuransi Dasar sebagaimana diatur dalam Polis ini bagi seorang Tertanggung tidak dapat melebihi jumlah batas keseluruhan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat dalam setiap satu Periode Polis.

Manfaat Asuransi Tambahan

Manfaat Asuransi Tambahan Rawat Inap (IP) berupa:

1. Persalinan Normal (IP18)

Apabila Tertanggung menjalani persalinan secara normal termasuk persalinan dengan alat bantu *vacuum* atau *forceps*, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan Rumah Sakit/Klinik untuk persalinan normal, termasuk atas biaya jasa pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter atau Dokter Spesialis atau Bidan dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

2. Operasi Caesar (IP19)

Apabila Tertanggung harus menjalani persalinan melalui operasi caesar yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan Rumah Sakit untuk persalinan melalui operasi caesar, termasuk atas biaya jasa pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter atau Dokter Spesialis dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

3. Keguguran (IP20)

Apabila Tertanggung mengalami Keguguran, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan Rumah Sakit/Klinik, termasuk atas biaya jasa pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter atau Spesialis atau Bidan dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

4. Operasi Gigi (IP21)

Apabila Tertanggung harus menjalani operasi gigi yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit/Klinik, termasuk atas biaya jasa pelayanan yang diberikan oleh Dokter Spesialis atau Dokter Gigi untuk melakukan Pembedahan dan anestesi umum, kamar operasi, Obat-obatan sewa alat dan semua komplikasinya dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

5. Penyewaan alat selama di Rumah Sakit (IP22)

Apabila dalam menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis, Tertanggung membutuhkan peralatan medis yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti biaya atas penyewaan peralatan medis tersebut sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

6. Penggantian Kelebihan Biaya Medis Rawat Inap (IP23)
Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap pada Kamar & Pelayanan yang sesuai Batas Manfaat (IP1) pada Plan Asuransi Tertanggung dan masih terdapat kelebihan Biaya Medis yang tidak bisa diganti karena melebihi Batas Keseluruhan (OL) per Periode Polis, maka Penanggung akan mengganti kelebihan Biaya Medis tersebut dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
7. Evakuasi Darurat Medis (IP24)
Dalam hal terjadi kondisi Darurat Medis dimana tidak ada fasilitas kesehatan yang memadai untuk dilakukannya pengobatan yang dibutuhkan kepada Tertanggung pada fasilitas medis setempat, maka Penanggung akan menyediakan layanan Evakuasi Medis dari fasilitas medis setempat ke fasilitas medis terdekat yang memadai yang dilakukan oleh penyedia layanan Evakuasi Darurat Medis rekanan Penanggung dimana evakuasi kepada Tertanggung dengan persetujuan dari Penanggung dan penyedia layanan Evakuasi Darurat Medis dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
8. Meninggal Dunia (IP25)
Apabila dalam Masa Kepesertaan Tertanggung meninggal dunia akibat Penyakit atau Kecelakaan dan kepesertaan Tertanggung masih aktif, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi Tambahan Manfaat Meninggal Dunia sesuai dengan Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat dan kepesertaan Tertanggung berakhir.
9. Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan (IP26)
Apabila dalam Masa Kepesertaan Tertanggung meninggal dunia akibat Kecelakaan dalam waktu tidak lebih dari 180 (seratus delapan puluh) hari sejak terjadinya Kecelakaan atau 30 (tiga puluh) hari jika akibat menghirup gas atau uap atau kelalaian dalam mengkonsumsi bahan beracun sejak tanggal terjadinya Kecelakaan dan kepesertaan Tertanggung masih aktif, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi Tambahan Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan Tambahan sesuai dengan Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat dan kepesertaan Tertanggung berakhir.

Manfaat Asuransi Tambahan Persalinan (MA) berupa:

1. Persalinan Normal (MA1)

Apabila Tertanggung menjalani persalinan secara normal termasuk persalinan dengan alat bantu vacuum atau forceps, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan Rumah Sakit/ Klinik untuk persalinan normal, termasuk atas biaya jasa pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter atau Dokter Spesialis atau Bidan dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

2. Operasi Caesar (MA2)

Apabila Tertanggung harus menjalani persalinan melalui operasi caesar yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan Rumah Sakit untuk persalinan melalui operasi caesar, termasuk atas biaya jasa pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter atau Dokter Spesialis dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

3. Keguguran (MA3)

Apabila Tertanggung mengalami Keguguran, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan Rumah Sakit/Klinik, termasuk atas biaya jasa pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter atau Spesialis atau Bidan dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

4. Perawatan Sebelum dan Sesudah Melahirkan (MA4)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit/Klinik, termasuk biaya atas jasa pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter atau Dokter Spesialis atau Bidan untuk Perawatan Medis yang dilakukan sebelum melahirkan dan Perawatan Medis yang dilakukan 40 (empat puluh) hari sesudah melahirkan atau 21 (dua puluh satu) hari sesudah Keguguran serta biaya perawatan dan imunisasi bayi sehat yang baru lahir dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

5. Batas Keseluruhan (OL)

Jumlah total penggantian Biaya Medis atas Manfaat Asuransi Tambahan untuk Manfaat Persalinan ini sebagaimana diatur dalam Polis ini bagi seorang Tertanggung tidak dapat melebihi jumlah batas keseluruhan sesuai Plan Asuransi tertanggung sebagaimana tercantum pada Daftar Manfaat dalam setiap satu Periode Polis.

Manfaat Asuransi Tambahan Rawat Jalan (OP) berupa:

- 1. Konsultasi Dokter Rawat Jalan (OP1)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas Pelayanan Medis yang diberikan oleh Dokter dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
- 2. Konsultasi Dokter Spesialis Rawat Jalan (OP2)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas Pelayanan Medis yang diberikan oleh Dokter Spesialis atau akupuntur yang dilakukan oleh Dokter yang ahli di bidang tersebut dan chiropractic yang dilakukan oleh Dokter yang memiliki lisensi serta Obat-obatan dan alat kesehatan yang digunakan saat akupuntur atau chiropractic dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
- 3. Konsultasi Dokter dan Obat Rawat Jalan (OP3)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas Pelayanan Medis yang diberikan oleh Dokter dan biaya Obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter tanpa rincian pemisahan biaya dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
- 4. Biaya Obat yang diresepkan Rawat Jalan (OP4)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas biaya yang dibebankan untuk pembelian Obat-obatan yang diresepkan termasuk biaya administrasi dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat. Pembelian Obat-obatan harus dilakukan di apotik yang mempunyai izin resmi dan hanya apabila berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter atau Dokter Spesialis yang merawat, termasuk untuk vitamin dan/atau suplemen selama berhubungan secara langsung dengan diagnosa, bukan merupakan obat yang berdiri sendiri dan tidak didistribusikan melalui pemasaran multi level.
- 5. Pelayanan Diagnostik Rawat Jalan (OP5)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan untuk pemeriksaan diagnostik termasuk biaya administrasi dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat. Penggantian diberikan hanya apabila berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter atau Dokter Spesialis yang merawat dan berhubungan secara langsung dengan diagnosa.
- 6. Fisioterapi (OP6)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan untuk fisioterapi yang berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter atau Dokter Spesialis yang merawat dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

7. **Biaya Administrasi (OP7)**
Penanggung akan mengganti biaya administrasi yang ditagihkan oleh Rumah Sakit/Klinik yang terkait secara langsung dengan pelayanan yang diberikan oleh Dokter atau Dokter Spesialis dan fisioterapi dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
8. **Imunisasi (OP8)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan oleh Rumah Sakit/Klinik atas perawatan atau pelayanan Imunisasi untuk anak dan/atau orang dewasa dengan rincian sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
9. **Keluarga Berencana (Kontrasepsi) (OP9)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas perawatan atau pelayanan untuk penggunaan kontrasepsi antara lain Spiral, Suntik, Susuk dan Pil dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
10. **Pemeriksaan Medis untuk Karyawan (OP10)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas pemeriksaan fisik atau pemeriksaan berkala (Medical Check-Up) Tertanggung yang merupakan Karyawan dari Pemegang Polis dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
11. **Pemeriksaan Torch (OP11)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas perawatan atau pelayanan untuk biaya jasa profesi Dokter dan laboratorium untuk pemeriksaan Torch atas rekomendasi tertulis dari Dokter yang merawat dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
12. **Pemeriksaan Papsmear untuk Wanita (OP12)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas perawatan atau pelayanan untuk biaya jasa profesi Dokter dan laboratorium untuk pemeriksaan Papsmear atas rekomendasi tertulis dari Dokter yang merawat dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
13. **Refraksi Mata oleh Dokter Spesialis Mata (OP14)**
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas jasa profesi yang dibebankan untuk pelayanan yang diberikan oleh Dokter Spesialis Mata untuk pemeriksaan refraksi mata dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

14. Perawatan Gigi (OP15)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas Biaya Medis yang sebenarnya yang terjadi dan disebabkan oleh Perawatan Medis atau Pelayanan Medis yang berhubungan dengan gigi termasuk atas biaya jasa Dokter Gigi, Obat-obatan dan bahan-bahan dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

15. Batas Keseluruhan (OL)

Jumlah total penggantian Biaya Medis atas Manfaat Asuransi Tambahan untuk Rawat Jalan ini sebagaimana diatur dalam Polis ini bagi seorang Tertanggung tidak dapat melebihi jumlah batas keseluruhan sesuai Plan Asuransi tertanggung sebagaimana tercantum pada Daftar Manfaat dalam setiap satu Periode Polis.

Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Gigi (DT) berupa:

1. Perawatan Dasar (DT1)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter Gigi dan biaya yang dibebankan untuk Obat-obatan dan bahan-bahan, untuk perawatan gigi dasar, yang mencakup penambalan gigi, perawatan saluran akar, pencabutan, perawatan untuk pembengkakan dan rontgen gigi dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

2. Perawatan Pencegahan (DT2)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter Gigi dan biaya yang dibebankan untuk bahan-bahan, untuk prophylaxis dan pembersihan karang gigi dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

3. Perawatan Perbaikan (DT3)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter Gigi dan biaya yang dibebankan untuk Obat-obatan dan bahan-bahan, untuk perawatan perbaikan yang mencakup pembuatan jembatan (bridge) pemasangan mahkota (crown) dan inlay/onlay (tidak termasuk implan) dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

4. Perawatan Kompleks (DT4)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter Gigi dan biaya yang dibebankan untuk Obat-obatan dan bahan-bahan, untuk perawatan kompleks yang mencakup Pembedahan pencabutan gigi bungsu, pembedahan jaringan penunjang gigi, Rawat Inap dan Rawat Jalan yang berhubungan secara langsung dan tidak langsung dengan masalah gigi dan segala komplikasinya dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

5. Perawatan Gusi (DT5)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter Gigi dan biaya yang dibebankan untuk Obat-obatan dan bahan-bahan, untuk perawatan gusi yang mencakup kuretase dan splinting dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

6. Batas Keseluruhan (OL)

Jumlah total penggantian Biaya Medis atas Manfaat Asuransi Tambahan untuk Perawatan Gigi ini sebagaimana diatur dalam Polis ini bagi seorang Tertanggung tidak dapat melebihi jumlah batas keseluruhan sesuai Plan Asuransi tertanggung sebagaimana tercantum pada Daftar Manfaat dalam setiap satu Periode Polis.

Manfaat Asuransi Tambahan Kacamata (OT) berupa:

1. Bingkai Kacamata (OT2)

Penanggung akan mengganti biaya yang sebenarnya yang dibebankan untuk bingkai kacamata sebagaimana yang diresepkan oleh Spesialis mata tersebut dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

2. Lensa Kacamata (OT3)

Penanggung akan mengganti biaya yang sebenarnya yang dibebankan untuk lensa atau lensa kontak (tidak termasuk cairan pencuci lensa), sebagaimana yang diresepkan oleh Spesialis mata tersebut dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Pencegahan (PC) berupa:

1. Imunisasi (PC1)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan oleh Rumah Sakit/Klinik atas perawatan atau pelayanan Imunisasi untuk anak dan/atau orang dewasa dengan rincian sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

2. Keluarga Berencana (Kontrasepsi) (PC2)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas perawatan atau pelayanan untuk penggunaan kontrasepsi antara lain Spiral, Suntik, Susuk dan Pil dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

3. Pemeriksaan Medis (PC3)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas pemeriksaan fisik atau pemeriksaan berkala (Medical Check-Up) Tertanggung dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

4. Pemeriksaan Torch (PC4)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas perawatan atau pelayanan untuk biaya jasa profesi Dokter dan laboratorium untuk pemeriksaan Torch atas rekomendasi tertulis dari Dokter yang merawat dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

5. Pemeriksaan Papsmear untuk wanita (PC5)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas perawatan atau pelayanan untuk biaya jasa profesi Dokter dan laboratorium untuk pemeriksaan Papsmear atas rekomendasi tertulis dari Dokter yang merawat dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

6. Batas Keseluruhan (OL)

Jumlah total penggantian Biaya Medis atas Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Pencegahan ini sebagaimana diatur dalam Polis ini bagi seorang Tertanggung tidak dapat melebihi jumlah batas keseluruhan sesuai Plan Asuransi Tertanggung sebagaimana tercantum pada Daftar Manfaat dalam setiap satu Periode Polis.

Manfaat Asuransi Tambahan Prothesa (PR) berupa:

1. Protesa (PR1)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas pembelian Protesa antara lain alat bantu pendengaran, tangan palsu, kaki palsu setelah Tertanggung melakukan Rawat Inap di Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

2. Alat Bantu Medis (PR2)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas penyewaan atau pembelian alat bantu yang tidak ditanam di dalam tubuh antara lain kursi roda, korset lumbat, penyangga leher jika sesuai dengan diagnosa dan setelah Tertanggung melakukan Rawat Inap di Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

3. Batas Keseluruhan (OL)

Jumlah total penggantian Biaya Medis atas Manfaat Asuransi Tambahan Protesa ini sebagaimana diatur dalam Polis ini bagi seorang Tertanggung tidak dapat melebihi jumlah batas keseluruhan sesuai Plan Asuransi tertanggung sebagaimana tercantum pada Daftar Manfaat dalam setiap satu Periode Polis.

Manfaat Asuransi Tambahan Penyangga (BB) berupa:

Manfaat Penyangga (BB1)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas perawatan atau pelayanan yang tidak ditanggung dalam Manfaat Asuransi Dasar dan Manfaat Asuransi Tambahan lain pada Daftar Manfaat untuk semua Tertanggung sampai dengan satu Batas Manfaat per Periode Polis yang tercantum dalam Daftar Manfaat, Manfaat ini baru dapat diproses berdasarkan konfirmasi tertulis dari Pemegang Polis dan dibayarkan kepada Pemegang Polis dengan maksimum sebesar Batas Manfaat yang tercantum pada Daftar Manfaat.

Risiko-risiko Yang Perlu Diketahui

- **Risiko Klaim**

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

- **Risiko Pembatalan Polis / Kepesertaan Tertanggung**

Risiko yang terjadi karena Kamu/Tertanggung 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

Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya asuransi, biaya pemeliharaan Polis, biaya administrasi dan komisi/imbal jasa.

Hal-Hal Yang Dapat Menyebabkan Manfaat Tidak Dibayarkan

Kecuali jika dinyatakan lain dalam Ketentuan Khusus dan/atau Kondisi Khusus di dalam Polis ini, Penanggung tidak akan membayarkan klaim untuk Manfaat Asuransi ini apabila Penyakit, Ketidakmampuan, Kecelakaan Tertanggung atau segala komplikasinya yang terjadi akibat secara langsung maupun tidak langsung, secara keseluruhan atau sebagian dari:

- a. berpartisipasi aktif dalam perang (baik yang dinyatakan maupun tidak), keadaan seperti perang, pendudukan, gerakan pengacauan, pemberontakan, perebutan kekuasaan, pemogokan, huru-hara, keributan, tugas aktif dalam angkatan bersenjata atau kepolisian; atau
- b. Keterlibatan dari pihak yang dipertanggungkan, termasuk Tertanggung dan/atau Pemegang Polis, dalam melakukan tindakan ilegal, melalaikan dan/atau melanggar hukum, termasuk tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki kepentingan secara langsung maupun tidak langsung dalam pertanggungkan asuransi ini; atau
- c. melukai diri sendiri, Cedera yang terjadi karena Tertanggung tidak mengikuti anjuran medis, bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dengan keadaan sadar atau karena gangguan mental dan/atau kejiwaan; atau
- d. biaya pemeriksaan kesehatan rutin (*Medical Check Up*), Rawat Inap yang bertujuan hanya untuk diagnostik, *Obstructive Sleep Apnea (OSA)*, pemeriksaan sinar-X atau pemeriksaan fisik umum; atau
- e. Biaya pencegahan (*preventive*) penyakit termasuk imunisasi/vaksinasi dan semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
- f. kontrasepsi, diagnosa dan perawatan ketidaksuburan, pengujian atau pengobatan impotensi atau upaya untuk hamil, inseminasi buatan, sterilisasi (*vasektomi/MOP* dan *tubektomi/MOW*), metode pengaturan kelahiran dan terapi hormon termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
- g. Pengecualian lebih lengkap dapat dipelajari pada Polis.

Persyaratan & Tata Cara

Persyaratan Dan Tata Cara	
Pembelian Polis	<p>a) Pemegang Polis : Perusahaan/Asosiasi/Badan Hukum</p> <p>b) Minimal Kepesertaan : 10 peserta dewasa</p> <p>c) Minimal Premi : Rp5.000.000,-</p> <p>d) Usia* masuk Tertanggung maksimal 69 tahun untuk Karyawan/ anggota dan Istri/Suami (Tanggung) dan 0-23 tahun untuk Anak (Tanggung)</p> <p>e) Dokumen yang diperlukan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surat Pengajuan Asuransi Kumpulan(SPAK) yang telah diisi dengan lengkap dan benar oleh calon Pemegang Polis. • Proposal Asuransi dan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Personal yang telah ditandatangani & disetujui oleh calon Pemegang Polis. • Data Peserta yang diikutsertakan dalam Manfaat Asuransi Bebas Sehat. • Kelengkapan Dokumen KYC calon Pemegang Polis: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Akta Perusahaan/perubahan terakhir ✓ SIUP & NPWP ✓ Surat Keterangan Domisili ✓ Laporan keuangan terbaru yang telah diaudit ✓ KTP PIC & KTP Direksi Perusahaan ✓ Surat Kuasa PIC sebagai pihak yang ditunjuk mempunyai wewenang bertindak untuk dan atas nama perusahaan untuk pengajuan asuransi <p>*Ulang tahun terakhir.</p>
Pembayaran Premi	<p>Pembayaran Premi harus mencantumkan nama Penanggung dan pembayaran hanya akan dinyatakan lunas pada tanggal Premi diterima dan tercatat pada rekening Penanggung sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan dalam Polis.</p>
Pengajuan Klaim	<p>Peserta dapat mengajukan klaim Manfaat Asuransi dengan cara:</p> <p><input type="checkbox"/> Mengisi dan melengkapi dokumen yang disyaratkan secara digital, melalui:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Pada Aplikasi</p>  </div> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Fitur eServices</p>  </div> </div>

Persyaratan Dan Tata Cara	
<p>Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi</p>	<p>Pengajuan klaim Manfaat Asuransi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengajuan klaim Rawat Inap atau Melahirkan harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini: <ol style="list-style-type: none"> i. Formulir Klaim yang telah diisi dengan lengkap dan benar; dan ii. Asli tagihan dan Kuitansi dari Rumah Sakit; dan iii. Fotokopi perincian Biaya Medis lengkap dari Rumah Sakit/Klinik; dan iv. Fotokopi hasil pemeriksaan diagnostic; dan v. Fotokopi Perincian Obat-obatan yang diresepkan; dan vi. Fotokopi Surat Resume Medis dari Dokter dan Rumah Sakit/Klinik; dan vii. Dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim. b. Pengajuan klaim Klaim Biaya Dokter harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini: <ol style="list-style-type: none"> i. Formulir Klaim yang telah diisi dengan lengkap dan benar; dan ii. asli kuitansi biaya Dokter dan/atau Dokter Spesialis dan/atau Dokter Gigi yang merawat Tertanggung beserta diagnosa perawatan Tertanggung; dan iii. asli perincian Biaya Medis tas tindakan/pemeriksaan Dokter dan/atau Dokter Spesialis dan/atau Dokter Gigi; dan iv. dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim c. Pengajuan klaim Biaya Obat-obatan harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini: <ol style="list-style-type: none"> i. asli kuitansi apotek; dan ii. fotokopi dari semua resep Obat-obatandari Dokter yang merawat Tertanggung; dan iii. dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim. d. Pengajuan klaim biaya Laboratorium harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini: <ol style="list-style-type: none"> i. asli kuitansi laboratorium; dan ii. asli Surat Rujukan Dokter yang merawat Tertanggung; dan iii. fotokopi hasil laboratorium; dan iv. fotokopi perincian biaya laboratorium; dan v. dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim. e. Pengajuan klaim Klaim Biaya Optik harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini: <ol style="list-style-type: none"> i. Asli kuitansi optik beserta perinciannya, ii. fotokopi resep Dokter Spesialis mata yang memeriksa Tertanggung; dan iii. dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim.

Persyaratan Dan Tata Cara	
Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi	<p>f. Pengajuan klaim Klaim Biaya Fisioterapi harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. asli kuitansi biaya fisioterapi; dan ii. asli Surat Rujukan Dokter yang merawat Tertanggung; dan iii. dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim. <p>g. Pengajuan klaim Klaim Kematian harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Formulir Klaim yang telah diisi dengan lengkap dan benar; dan ii. fotokopi Identitas dari Tertanggung dan Penerima Manfaat yang masih berlaku; dan iii. asli Surat Keterangan Kematian yang ditandatangani oleh Dokter yang memeriksa penyebab kematian Tertanggung atau fotokopi legalisirnya; dan iv. asli Surat/Akta Kematian atau fotokopi legalisirnya yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang; dan v. asli atau fotokopi legalisir Berita Acara dari Kepolisian apabila Tertanggung meninggal karena Kecelakaan lalu lintas atau karena sebab-sebab yang tidak wajar (jika dibutuhkan); dan vi. Surat Keterangan ahli waris disertai dengan dokumen yang membuktikan hubungan ahli waris dengan Tertanggung (antara lain: Kartu Keluarga/Surat Nikah/Akta Lahir) bila Pemegang Polis menghendaki pembayaran Manfaat Asuransi langsung dibayarkan kepada ahli waris yang sah sesuai ketentuan yang berlaku; dan vii. dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim. <p>k. Pembayaran Klaim</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Setelah Bukti Klaim yang lengkap dan benar diterima, dan klaim telah disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan membayar semua Manfaat Asuransi sesuai ketentuan Polis dalam bentuk transfer ke rekening Pemegang Polis atau Tertanggung atau Penerima Manfaat yang dinyatakan secara tertulis oleh Pemegang Polis. ii. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung akan membebaskan Penanggung dari tuntutan, permintaan, klaim dari pihak manapun termasuk ahli waris dari Tertanggung sehubungan dengan pembayaran klaim Manfaat Asuransi tersebut. iii. Pembayaran klaim akan dilakukan oleh Penanggung setelah semua Premi yang harus dibayar oleh Pemegang Polis telah diterima di rekening bank Penanggung. iv. Setelah berkas-berkas klaim Manfaat Asuransi yang lengkap dan benar diterima dan klaim Manfaat Asuransi telah disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja setelah tanggal keputusan persetujuan klaim dari Penanggung.

Persyaratan Dan Tata Cara		
<p>Pengaduan Terkait Produk dan Layanan</p>	 <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 	 <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 12190, Indonesia</p>

Simulasi

Perusahaan membeli produk Bebas Sehat untuk para semua karyawan dengan premi tahunan sebesar Rp50.000.000,-

Plan yang dimiliki Tn X (salah satu karyawan) = Plan 500 dengan batasan limit seperti pada Table Manfaat di bawah.

Tn X (30 tahun) mengalami kecelakaan yang mengharuskan Tn X dirawat di rumah sakit selama 5 hari dan menjalani tindakan pembedahan.

Biaya dari rumah sakit yang muncul dari perawatan tersebut adalah

Biaya Kamar rawat inap 5 hari @Rp500.000,- = $5 \times 500.000 = \text{Rp}2.500.000,-$

Biaya Pembedahan Minor = Rp2.000.000

Biaya Obat-obatan = Rp1.000.000,-

Total Biaya = Rp5.500.000,-

Dikarenakan beban biaya yang ditagihkan masih dalam batas manfaat yang dipertanggungjawabkan untuk masing-masing manfaatnya, maka Penanggung akan membayarkan semua biaya Rumah Sakit yang ditagihkan sebesar Rp5.500.000,-

Dalam satuan Rupiah

Deskripsi Manfaat		Batas Manfaat
Kamar & Pelayanan	per hari, maks 365 hari	500.000
Unit Perawatan Intensif	per hari	1.000.000
Unit Perawatan Khusus	per hari	1.000.000
Aneka Perawatan Rumah Sakit	per Rawat Inap	20.000.000
Pembedahan		
a. Kompleks	per Rawat Inap	50.000.000
b. Besar	per Rawat Inap	40.000.000
c. Sedang	per Rawat Inap	30.000.000
d. Kecil	per Rawat Inap	10.000.000
Kunjungan Dokter di Rumah Sakit	per hari	500.000
Konsultasi Bersama Dokter Spesialis Selama Rawat Inap	per hari	750.000
Perawat Pribadi	per hari, maks 30 hari	250.000
Biaya Ambulan	per Rawat Inap	500.000
Perawatan Darurat Rawat Jalan	per Kejadian	3.000.000
Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan	per Kecelakaan	3.000.000
Perawatan Sebelum Rawat Inap	Per Rawat Inap, maks 30 hari	2.000.000
Perawatan Sesudah Rawat Inap	Per Rawat Inap, maks 30 hari	2.000.000
Pembedahan Tanpa Rawat Inap	per pembedahan	1.000.000
Rawat Jalan Kemoterapi/Radioterapi/ Hemodialisa	per Periode Polis	5.000.000
HIV/AIDS karena Tranfusi Darah dan Pekerjaan	per Periode Polis	500.000
Batas Keseluruhan (OL)	per Periode Polis	Tidak Terbatas

Informasi Tambahan

Masa Leluasa	<p>a. Masa Leluasa 30 (tiga puluh) hari sejak Tanggal Jatuh Tempo Premi untuk melakukan pembayaran Premi kecuali untuk pembayaran Premi pada Tanggal Awal Berlakunya Polis atau Tanggal Pembaruan Polis atau Tanggal Pemulihan Polis.</p> <p>b. Pertanggungan akan tetap berlaku selama Masa Leluasa jika Premi dibayarkan selambat-lambatnya pada akhir Masa Leluasa.</p> <p>c. Jika Premi tidak dibayarkan sampai akhir Masa Leluasa, maka tidak ada pertanggungan bagi Tertanggung, atau Polis secara otomatis menjadi berakhir.</p> <p>d. Klaim yang terjadi dalam Masa Leluasa hanya akan dibayarkan setelah Pemegang Polis melunasi pembayaran semua Premi yang harus dibayar dan/atau kewajiban lainnya yang tertunggak berdasarkan persetujuan Penanggung.</p>
--------------	--

<p>Berakhirnya Pertanggungan</p>	<p>Polis akan berakhir secara otomatis pada saat:</p> <ol style="list-style-type: none"> Premi belum dibayarkan setelah Masa Leluasa berakhir; atau Berakhirnya Periode Polis kecuali dilakukan pembaruan Polis; atau Polis diakhiri sesuai dengan ketentuan Pasal Dasar Asuransi pada Ketentuan Umum Polis; atau Polis diakhiri oleh Pemegang Polis sebelum berakhirnya Periode Polis, dengan mengacu kepada ketentuan polis; atau Polis diakhiri oleh Penanggung, dengan mengacu kepada ketentuan polis <p>hal mana yang terlebih dulu terjadi.</p>
<p>Pengakhiran Asuransi</p>	<p>Pemegang Polis dapat mengakhiri Polis setiap saat dengan menyampaikan pemberitahuan secara tertulis sebelumnya kepada Penanggung paling lambat 30 (tiga puluh) hari sebelum tanggal efektif pengakhiran. Dalam hal pengakhiran Polis oleh Pemegang Polis, kecuali ditentukan lain oleh Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayar secara prorata berdasarkan sisa jangka waktu pertanggungan yang belum dijalani setelah dikurangi dengan biaya administrasi sebesar 25% (dua puluh lima persen) dari total Premi yang akan dikembalikan.</p>
<p>Penggantian Atau Perubahan Pada Syarat-syarat Dan Ketentuan-ketentuan Polis</p>	<p>Setiap penggantian atau perubahan pada syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan Polis oleh Penanggung harus dilakukan melalui Endorsemen dengan pemberitahuan sebelumnya kepada Pemegang Polis paling lambat 30 (tiga puluh) Hari Kerja atau dalam masa waktu tertentu sesuai ketentuan hukum yang berlaku sebelum tanggal efektif berlakunya perubahan dimaksud.</p>
<p>Pemberitahuan</p>	<p>Setiap pemberitahuan oleh Pemegang Polis harus disampaikan secara tertulis dan ditandatangani oleh pihak yang berwenang atau melalui surat elektronik (email) yang dikirimkan oleh pihak yang berwenang dan ditujukan kepada Penanggung serta telah diterima oleh Penanggung.</p> <p>Pemberitahuan oleh Penanggung harus ditujukan ke alamat terakhir Pemegang Polis yang diketahui oleh Penanggung. Pemegang Polis harus segera memberitahukan kepada Penanggung setiap ada perubahan alamat selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari sebelum efektifnya perubahan alamat dimaksud.</p>

Definisi

- **Pemegang Polis** berarti perusahaan atau asosiasi atau badan hukum yang mengadakan perjanjian asuransi kumpulan dengan Penanggung.
- **Penanggung** berarti PT FWD Insurance Indonesia
- **Tertanggung** berarti karyawan beserta Tanggungan atau Anggota atau Siswa dari Pemegang Polis yang telah diterima dalam pertanggungan asuransi.
- **Polis** berarti dokumen yang berisi perjanjian asuransi antara Kami dan Pemegang Polis, baik yang berbentuk cetak atau digital/elektronik, yang meliputi Ketentuan Polis dan/atau setiap Endorsemen dan/atau perubahan lain yang terdapat di dalamnya yang Kami tandatangani, termasuk Surat Permohonan Asuransi Jiwa, lampiran-lampiran Polis dan/atau dokumen-dokumen yang terkait dalam proses permohonan dan/atau pendaftaran asuransi tersebut, yang secara keseluruhan merupakan satu kesatuan dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
- **Premi** berarti jumlah keseluruhan dari setiap Premi perorangan dari semua Tertanggung yang harus dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sebagaimana tercantum dalam tagihan-tagihan Premi yang diterbitkan oleh Penanggung. Yang termasuk dalam Premi adalah Premi Awal, Premi Penyesuaian, Premi Tambahan, Premi Pembaruan Polis dan Premi Endorsemen.
- **Uang Pertanggungan** berarti sejumlah uang yang dinyatakan di dalam Polis, sebagai dasar dari perhitungan Manfaat asuransi untuk setiap Tertanggung yang dibayarkan oleh Penanggung kepada Penerima Manfaat.
- **Manfaat Asuransi** berarti jenis dan besarnya manfaat yang ditanggung berdasarkan Polis ini.
- **Ikhtisar Polis** berarti dokumen yang berisi intisari dari pertanggungan Polis.



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 FWD Insurance.
- Calon Pemegang Polis harus membaca dengan teliti RIPLAY Umum ini dan berhak bertanya kepada Agen Asuransi atau Pegawai FWD Insurance atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
- Definisi dan keterangan lebih lengkap dapat Pemegang Polis pelajari pada Polis yang diterbitkan oleh FWD Insurance jika pengajuan asuransi disetujui.
- RIPLAY Umum ini berarti hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk **Bebas Sehat**, dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat. Pemegang Polis wajib membaca dan memahami seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana tercantum dalam Polis **Bebas Sehat**.
- Premi yang dibayarkan oleh calon Pemegang Polis sudah termasuk biaya asuransi, biaya pemeliharaan Polis, biaya administrasi dan biaya komisi/imbal jasa.
- FWD Insurance dapat menolak permohonan pengajuan asuransi apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.

*Tanggal Cetak Dokumen
11 Agustus 2023*