

Ringkasan Informasi Produk Dan/Atau Layanan Asuransi Bebas Handal

Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan ini merupakan penjelasan singkat tentang produk Asuransi dan **bukan merupakan bagian dari Polis**. Harap dibaca dan dipelajari dengan seksama.

PT FWD Life Indonesia (“FWD Life”)

PT FWD Life Indonesia (“FWD Life”) merupakan perusahaan asuransi jiwa patungan dan bagian dari FWD Group (“FWD”). Produk yang ditawarkan adalah produk asuransi yang dikaitkan 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 memiliki jaringan usaha di Hong Kong & Makau, Thailand, Indonesia, Filipina, Singapura, Vietnam, Jepang dan Malaysia, menawarkan asuransi jiwa dan kesehatan, asuransi umum, *employee benefits*, produk syariah dan takaful di beberapa negara.

FWD fokus dalam mengembangkan pengalaman konsumen yang baru dengan menghadirkan produk-produk yang mudah dipahami, didukung oleh teknologi digital terdepan. Melalui pendekatan yang disesuaikan dengan kebutuhan nasabah, FWD berkomitmen untuk menjadi perusahaan asuransi terkemuka di wilayah Asia Pasifik yang dapat mengubah cara pandang masyarakat tentang asuransi.

Berdiri di Asia sejak tahun 2013, FWD merupakan lini bisnis asuransi dari grup investasi, Pacific Century Group.



FWD Life terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

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

PT FWD Life Indonesia

Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot 10

Jl. Jend. Sudirman Kav. 52 - 53

Jakarta Selatan 12190

ONE FWD Care (+62) 1500 391

Email cs.id@fwd.com

Istilah

- **Pengelola** berarti PT FWD Life Indonesia, Unit Syariah, selanjutnya disebut sebagai “Kami”.
- **Peserta** berarti badan hukum atau individu yang mengadakan Akad asuransi dengan Peserta, selanjutnya disebut sebagai “Anda”.
- **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 Anda sebagai Peserta dan Kami sebagai Pengelola.
- **Asuransi Jiwa 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, berserta 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 Ujah*** berarti Akad pemberian kewenangan antara Anda secara kolektif atau secara individu kepada Kami sebagai wakil Anda untuk mengelola dan menginvestasikan Dana *Tabarru’* dan Dana Investasi (jika ada) sesuai kuasa atau wewenang yang diberikan, dengan imbalan berupa *Ujah* (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 Anda kepada Kami tepat pada waktunya dan menjadi syarat penutupan Polis.
- ***Ujah*** berarti sejumlah biaya yang harus dibayarkan oleh Anda kepada Kami sehubungan dengan pengelolaan Asuransi Jiwa Syariah termasuk pengelolaan Dana *Tabarru’*.

Keunggulan Produk

Terjangkau

- Kontribusi mulai dari Rp 75.000 / bulan.
- *Free* 1 (satu) bulan Kontribusi untuk pembayaran secara tahunan.

Simpel

- Mudah dibeli setiap saat secara *online*.
- *Cashless*.

Handal

- Manfaat kesehatan yang meliputi biaya kamar, biaya dokter, obat-obatan bahkan biaya pembedahan yang akan dibayarkan sesuai tagihan.
- Khusus pengguna BPJS, tersedia fitur Santunan Dana Tunai Harian.

Tentang Produk

Asuransi Bebas Handal adalah asuransi khusus kesehatan berbasis syariah yang bisa dibeli dimana saja kapan saja secara *online*. Dengan cukup gesek kartu asuransi untuk mendapatkan pertanggungungan biaya rawat inap di Rumah Sakit, termasuk biaya dokter, biaya obat, bahkan biaya pembedahan.

Manfaat Asuransi

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.

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 keseluruhan 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 profesional dari Ahli Bedah atau Dokter Spesialis lain yang memiliki kualifikasi tertentu untuk melakukan Tindakan Bedah untuk suatu Penyakit/Cedera Tubuh, berikut biaya profesional untuk asisten Ahli Bedah/Dokter Spesialis tersebut.

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.

Tabel Manfaat Asuransi

Manfaat	Rincian	Plan			
		A	B	C	D
Manfaat Rawat Inap					
Batas Manfaat per tahun		50.000.000	50.000.000	100.000.000	100.000.000
Biaya Kamar	Maksimum 150 hari kalender per Tahun Polis	250.000	350.000	250.000	350.000
	Maksimum per hari				
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	Sesuai Tagihan			
	Maksimum per Tahun Polis				
Perawatan Setelah Rawat Inap	30 hari kalender sebelum perawatan	Sesuai Tagihan			
	Maksimum per Tahun Polis				
Biaya Tindakan Bedah	Maksimum per Tahun Polis	Sesuai Tagihan			

Manfaat Lainnya		
Santunan Dana Tunai Harian*	Maksimum 30 hari kalender per Tahun Polis	50% dari Biaya Akomodasi Kamar
Manfaat Layanan Bantuan Medis Darurat		Sesuai Tagihan

*) Apabila Pihak Yang Diasuransikan menggunakan BPJS untuk Rawat Inap di Rumah Sakit.

Ketentuan Kontribusi

- 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

- Kontribusi Tahunan: 11 x Kontribusi bulanan.
Free satu bulan untuk pembayaran kontribusi tahunan.

Ujrah Yang Dikenakan Pada Polis

Ujrah: 50% dari setiap pembayaran Kontribusi.

Hal-Hal Yang Dapat Menyebabkan Polis Batal Dan Manfaat Asuransi Tidak Dibayarkan

1. Jika Peserta/Pihak Yang Diasuransikan tidak jujur atau tidak memberikan informasi dengan lengkap dalam mengisi antara lain data kesehatan dan pekerjaan.
2. 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:
 - 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, huru-hara atau kerusuhan, kudeta, perlawanan, revolusi, kekuatan militer atau bersenjata, atau ikut serta dalam aksi/kegiatan militer; atau
- i. Reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasinya.

Persyaratan Dan Tata Cara Pengajuan Asuransi

- Peserta 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.
- Melengkapi dokumen-dokumen lain yang Pengelola butuhkan sebagai syarat penerbitan Polis.

Hak Dan Kewajiban

Hak dan Kewajiban Peserta

- Berhak mendapatkan informasi dan penjelasan mengenai produk dan layanan, termasuk ringkasan produk dan layanan.
- Berkewajiban memberikan informasi dengan benar dan lengkap serta memahami dokumen sebelum ditandatangani.
- Berkewajiban membayar Kontribusi.
- Peserta memiliki Masa Pembelajaran Polis selama 14 (empat belas) hari kalender sejak Polis diterima, jika tidak pertanggunganaan dapat dibatalkan dengan pemberitahuan tertulis kepada Penanggung.

Hak dan Kewajiban Pengelola

- Berhak memastikan itikad baik Pihak Yang Diasuransikan dan mendapatkan informasi dan dokumen yang akurat, jujur, jelas dan tidak menyesatkan, termasuk berhak mendapatkan pernyataan atas hal tersebut.
- Berhak meminta Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan memenuhi kesepakatan yang telah disepakati dalam dokumen Polis serta meminta mentaati ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Berhak melakukan penelaahan dan verifikasi atas kesesuaian dokumen yang memuat informasi Pihak Yang Diasuransikan.
- Berkewajiban menyediakan informasi produk dan layanan secara jelas, jujur, lengkap dan tidak menyesatkan

Risiko Yang Perlu Diketahui

- **Risiko Klaim** yaitu risiko tidak dibayarkannya klaim karena tidak masuk dalam cakupan pembayaran Manfaat Asuransi (termasuk ke dalam Pengecualian Polis).
- **Risiko Pembatalan Polis** karena pemberian informasi yang tidak benar.
- **Risiko Sistem informasi**, yaitu suatu risiko kerugian yang disebabkan karena tak berjalannya atau gagalnya sistem informasi.

Tata Cara Pengaduan Pembelian Produk Dan/Atau Pemanfaatan Layanan

Anda dapat menghubungi:



ONE FWD Care

- Website resmi FWD Life di fwd.co.id
- 24/7 ONE FWD Care di (+62) 1 500 391
- Live Chat melalui website Kami di fwd.co.id
- 24/7 WhatsApp di 0811 189 3910
- Email ke cs.id@fwd.com



Kantor Pusat FWD Life

PT FWD Life Indonesia
Gedung Pacific Century Place, Lantai 20
SCBD Lot 10 Jl. Jend. Sudirman Kav. 52 – 53
Jakarta Selatan 12190 Indonesia

**Persiapkan Dokumen**

Lengkapilah dokumen yang disyaratkan.
Informasi mengenai dokumen yang disyaratkan dapat dilihat di www.fwd.co.id/support-claims/forms-listing/

**Isi Formulir Klaim**

Formulir klaim dapat diunduh dari portal nasabah atau hubungi ONE FWD Care.

**Kirimkan Formulir Klaim**

Softcopy formulir klaim dan dokumen yang disyaratkan dapat dikirimkan melalui WA (0811893910) agar pengajuan klaim Anda dapat segera diproses.

Info lebih lanjut, Anda dapat mengakses melalui website atau tenaga pemasar FWD Life atau ONE FWD Care.

Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi

- a. Formulir Klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap;
- b. Fotokopi tanda bukti diri yang sah dan masih berlaku dari Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan;
- c. Surat kuasa asli dari Peserta (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.

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.

Apabila disetujui pembayaran klaim akan dilakukan 14 hari setelah dokumen (*hardcopy*) yang disyaratkan telah diterima oleh Kami.

Info lebih lanjut, Anda dapat mengakses melalui website atau tenaga pemasar FWD Life atau ONE FWD Care.