

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

Asuransi Rawat Inap Kumpulan “BEBAS DANA”

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.

PT FWD Insurance Indonesia

PT FWD Insurance Indonesia (“FWD Insurance”) merupakan perusahaan asuransi jiwa patungan dan bagian dari FWD Group (“FWD”). Sebelumnya dikenal sebagai PT Commonwealth Life, FWD Insurance telah resmi bergabung dengan PT FWD Life Indonesia (“FWD Life”) dan akan dikenal selanjutnya sebagai FWD Insurance.

Dengan bergabungnya FWD Life dan FWD Insurance, FWD Insurance akan memiliki rangkaian produk yang lebih lengkap mencakup 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 nasabah 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.



PT FWD Insurance Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Untuk informasi lebih lanjut, silakan kunjungi fwd.co.id

Jenis Produk dan Fitur Utama

Asuransi Rawat Inap Kumpulan “**Bebas Dana**” menawarkan program asuransi bagi Pemegang Polis (Perusahaan/Asosiasi/Yayasan) yang ingin memberikan proteksi kesehatan bagi Karyawan/Anggota/Siswa dan tanggungannya berupa Manfaat Asuransi Santunan Dana Tunai Harian, Penggantian Biaya Aneka Perawatan, Penggantian Biaya Pembedahan, Penggantian Biaya Ambulans, Manfaat HIV/AIDS melalui Transfusi darah dan Pekerjaan untuk Rawat Inap dan manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan bagi tertanggung dalam masa aktif periode kepesertaan, 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
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.10.000.000,-
		Cara Bayar :	Tahunan, Semesteran, Triwulanan

Manfaat Pertanggung

Manfaat		Batas Manfaat
Dana Tunai Harian	per hari, maksimum 120 hari per tahun polis.	Rp100.000 s/d Rp2.000.000 (kelipatan Rp50.000)
Dana Tunai Harian ICU/ICCU/NICU	per hari, maksimum 30 hari per tahun polis	2 x Santunan Tunai Harian
Penggantian Biaya Aneka Perawatan	per Rawat Inap	5 x Santunan Tunai Harian
Penggantian Biaya Pembedahan	per Rawat Inap	20 x Santunan Tunai Harian
Penggantian Biaya Ambulans	per Rawat Inap	Rp500.000
Manfaat HIV/AIDS	per periode polis Berlaku 6 bulan	Rp20.000.000
Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan	per periode polis	20 x Santunan Tunai Harian

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

Manfaat Asuransi

Manfaat Asuransi berupa:

- 1. Dana Tunai Harian**
Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis di kamar perawatan biasa atau *intermediate* atau isolasi, maka Penanggung akan membayarkan Dana Tunai Harian sesuai dengan lamanya Rawat Inap dari Tertanggung di kamar perawatan biasa atau *intermediate* atau isolasi dengan tetap memperhatikan Batas Manfaat yang tercantum pada Daftar Manfaat dengan maksimum 120 (seratus dua puluh) hari per Periode Polis.
- 2. Dana Tunai Harian ICU/ICCU/NICU**
Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis di unit perawatan intensif (ICU/ICCU/NICU), maka Penanggung akan membayarkan Dana Tunai Harian sesuai dengan lamanya Rawat Inap dari Tertanggung di unit perawatan intensif dengan tetap memperhatikan Batas Manfaat yang tercantum pada Daftar Manfaat dengan maksimum 30 (tiga puluh) hari per Periode Polis.
- 3. Penggantian Biaya Aneka Perawatan**
Apabila dalam menjalani Rawat Inap Tertanggung membutuhkan aneka perawatan yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti biaya atas aneka perawatan yang berupa biaya Obat-obatan yang diresepkan, perban, pembelat tangan, gips, penyewaan peralatan medis, oksigen, infus intravena darah, transfusi darah, plasma darah, pemeriksaan diagnostik dan biaya administrasi Rumah Sakit sehubungan dengan Rawat Inap yang dijalani Tertanggung sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Manfaat yang tercantum pada Daftar Manfaat.
- 4. Penggantian Biaya Pembedahan**
Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan harus melakukan Pembedahan yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti biaya Pembedahan 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 yang tercantum pada Daftar Manfaat.

5. Penggantian Biaya Ambulan

Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan membutuhkan ambulan yang terdaftar yang Dibutuhkan Secara Medis yang berupa mobil, helikopter, pesawat 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 dan sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Manfaat yang tercantum pada Daftar Manfaat.

6. Manfaat HIV/AIDS melalui Transfusi Darah atau Pekerjaan

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis dan didiagnosa oleh Dokter untuk pertama kalinya menderita HIV/AIDS melalui transfusi darah atau Kecelakaan akibat dari pekerjaan sebagai Karyawan yang ditanggung dari Pemegang Polis yang terjadi pada Masa Kepesertaan Tertanggung, sebagaimana dibuktikan dengan hasil pemeriksaan laboratorium, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat HIV/AIDS sebesar Batas Manfaat yang tercantum pada Daftar Manfaat dan kepesertaan Tertanggung menjadi berakhir. Diagnosa pertama kali harus terjadi setelah 6 (enam) bulan sejak Tanggal Berlakunya Kepesertaan.

7. Manfaat Meninggal Dunia Karena Kecelakaan

Apabila dalam Masa Kepesertaan Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan yang terjadi dalam waktu tidak lebih dari 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal Kecelakaan jika akibat menghirup gas atau uap atau kelalaian dalam mengkonsumsi bahan beracun atau dalam waktu tidak lebih dari 180 (seratus delapan puluh) hari sejak tanggal Kecelakaan jika diakibatkan hal lain dan kepesertaan Tertanggung masih berlaku, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Meninggal Dunia Karena Kecelakaan sebagaimana tercantum dalam 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/imbak jasa.

Hal-Hal Yang Dapat Menyebabkan Manfaat Tidak Dibayarkan



Penanggung tidak akan membayarkan klaim untuk Manfaat Asuransi ini apabila Penyakit, Ketidakmampuan, Kecelakaan Tertanggung atau segala komplikasinya 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 pertanggungangan asuransi ini; atau
- c. melukai diri sendiri, 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. Rawat Jalan, Perawatan Gigi, refraksi mata, pengobatan dan/atau Pembedahan yang berhubungan dengan kehamilan, melahirkan, keguguran, aborsi, Rawat Inap akibat komplikasi sebelum dan setelah kehamilan atau pengobatan bayi sehat termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
- f. kontrasepsi, diagnosa dan perawatan ketidaksuburan, pengujian atau pengobatan impotensi atau upaya untuk hamil, sterilisasi (*vasektomi/MOP* dan *tubektomi/MOW*), metode pengaturan kelahiran dan terapi hormon termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
- g. perawatan yang berhubungan dengan kecantikan termasuk namun tidak terbatas pada memutihkan gigi, Pembedahan kosmetik atau Pembedahan plastik (kecuali Pembedahan rekonstruksi yang disebabkan oleh Penyakit atau Cedera tubuh), perawatan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan, *bulimia*, *anoreksia nervosa*, lasik, perawatan dan/atau Pembedahan untuk mengubah jenis kelamin termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
- h. 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</p> <p>c) Minimal Premi : Rp10.000.000,-</p> <p>d) Usia* Masuk Tertanggung: maksimal 69 tahun untuk Karyawan/anggota dan Istri/Suami (Tanggung); 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 Dana. • 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 e-Friend</p>  <p>e-Friend</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 Dana Tunai Rumah Sakit 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. fotokopi Tagihan dan Kuitansi yang sudah dilegalisir dari Rumah Sakit; dan iii. fotokopi Perincian Biaya lengkap dari Rumah Sakit; 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; dan vii. dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim. b. Pengajuan Klaim Penggantian Rawat Inap 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. tagihan dan kuitansi Asli dari Rumah Sakit; dan iii. fotokopi Perincian Biaya lengkap dari Rumah Sakit; 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; dan vii. dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim. c. Pengajuan Klaim Kematian karena Kecelakaan 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. 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; 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. vii. dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim.

Persyaratan Dan Tata Cara		
Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi	<p>d. Bukti Klaim dikirimkan secara lengkap kepada Penanggung dalam waktu tidak melebihi dari 60 (enam puluh) hari setelah terjadinya kejadian yang menimbulkan suatu klaim sesuai dengan ketentuan Polis atau setelah tanggal berakhirnya perawatan Tertanggung.</p> <p>e. Jika dokumen yang diajukan tidak lengkap, maka Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib untuk mengirimkan kelengkapan dokumen tersebut dalam waktu tidak melebihi dari 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal surat pemberitahuan ketidaklengkapan dokumen klaim oleh Penanggung.</p> <p>f. 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 Karyawan 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. 	
Pengaduan Terkait Produk dan Layanan	 <p>FWD Customer Care</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24/7 hotline di 1500525 • Live Chat melalui website Kami di fwd.co.id • 24/7 WhatsApp di (+62) 8551500525 • Email ke CustomerCare.cc@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 Dana untuk semua karyawan dengan premi tahunan sebesar Rp50.000.000,-

Plan yang dimiliki Tn X (salah satu karyawan) = Plan 1 dengan batasan Dana tunai harian adalah Rp500.000,-

Tn X (30 tahun) mengalami sakit 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 = Rp2.000.000

Biaya Obat-obatan = Rp1.000.000,-

Total Biaya = Rp5.500.000,-

Dikarenakan beban biaya yang ditagihkan masih dalam batas manfaat yang dipertanggungkan 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
		Plan 1
Dana Tunai Harian	per hari Rawat Inap, maks.120 hari	500.000
Dana Tunai Harian ICU/ICCU/NICU	per hari maks. 30 hari	1.000.000
Penggantian Biaya Aneka Perawatan	per Rawat Inap	2.500.000
Penggantian Biaya Pembedahan	per Rawat Inap	10.000.000
Penggantian Biaya Ambulan	per Rawat Inap	500,000
Manfaat HIV/AIDS	Per Periode Polis	20.000.000
Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan	Per Periode Polis Per Policy Period	10.000.000

Informasi Tambahan

<p>Masa Leluasa</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 b. Pertanggungsaan akan tetap berlaku selama Masa Leluasa jika Premi dibayarkan selambat-lambatnya pada akhir Masa Leluasa. c. Jika Premi tidak dibayarkan sampai akhir Masa Leluasa, maka tidak ada pertanggungsaan bagi Tertanggung, atau Polis secara otomatis menjadi berakhir. 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>Berakhirnya Pertanggungsaan</p>	<p>Polis akan berakhir secara otomatis pada saat:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Premi belum dibayarkan setelah Masa Leluasa berakhir; atau b. Berakhirnya Periode Polis kecuali dilakukan pembaruan Polis; atau c. Polis diakhiri sesuai dengan ketentuan Pasal Dasar Asuransi pada Ketentuan Umum Polis; atau d. Polis diakhiri oleh Pemegang Polis sebelum berakhirnya Periode Polis, dengan mengacu kepada ketentuan polis; atau e. Polis diakhiri oleh Penanggung, dengan mengacu kepada ketentuan polis <p>hal mana yang terlebih dulu terjadi.</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>

<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 yang atas dirinya diadakan perjanjian asuransi, dimana terdapat kepentingan asuransi atau hubungan kepentingan asuransi (insurable interest) dengan Pemegang Polis.
- **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 Daftar Manfaat Polis yang merupakan Manfaat Asuransi dan/atau Manfaat Asuransi Tambahan untuk setiap Tertanggung.
- **Manfaat Asuransi** berarti jenis dan besarnya Manfaat Asuransi yang ditanggung berdasarkan Polis ini.
- **Ringkasan Polis** berarti dokumen yang berisi inti sari 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 Dana**, dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat. Pemegang Polis wajib membaca dan memahami seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana tercantum dalam Polis **Bebas Dana**.
- 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.