

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

FWD Global Medika

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 Kesehatan Kumpulan **FWD Global Medika** merupakan asuransi kesehatan kumpulan yang memberikan Manfaat Asuransi Rawat Inap sebagai Manfaat Asuransi Dasar dan Manfaat Asuransi Tambahan berupa Manfaat Persalinan, Rawat Jalan, Perawatan Gigi, Kacamata dan Perawatan Pencegahan (jika mengambil Manfaat Asuransi Tambahan), dengan periode Polis adalah 1 tahun dan dapat diperbaharui.

Pemegang Polis	<ul style="list-style-type: none"> Perusahaan/Badan Hukum. Minimal Kepesertaan 3 orang karyawan/anggota. 	Mata Uang :	Rupiah atau Dolar Amerika Serikat
Usia Masuk Tertanggung :	maksimal 70 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 Pertanggung

Manfaat	Plan (Batas Keseluruhan Per periode Polis dalam Rupiah)				
	Basic	Superior	Exclusive	Elite	Premier
Manfaat Asuransi Dasar Rawat Inap	10.000.000.000	20.000.000.000	30.000.000.000	40.000.000.000	50.000.000.000
Manfaat Asuransi Tambahan Rawat Jalan	100.000.000	200.000.000	300.000.000	400.000.000	500.000.000
Manfaat Asuransi Tambahan Persalinan	100.000.000	150.000.000	200.000.000	250.000.000	300.000.000
Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Gigi	10.000.000	20.000.000	30.000.000	40.000.000	50.000.000
Manfaat Asuransi Tambahan Kacamata	2.000.000	4.000.000	6.000.000	8.000.000	10.000.000
Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Pencegahan	2.000.000	4.000.000	5.000.000	6.000.000	8.000.000

Detail Tabel Manfaat terdapat pada bagian Manfaat Asuransi

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

Manfaat Asuransi

Manfaat Asuransi Dasar

Manfaat Asuransi Dasar berupa:

1. Kamar dan Pelayanan

Jika Tertanggung harus menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan menanggung Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit untuk Kamar dan Pelayanan maksimum setingkat dengan ruang VIP untuk Rumah Sakit di Indonesia atau ruang perawatan dengan satu tempat tidur yang terendah untuk Rumah Sakit di luar negeri termasuk biaya makan, pelayanan perawatan umum dan pemeliharaan kamar untuk setiap hari Rawat Inap dengan maksimum sebesar Batas Keseluruhan Rawat Inap pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

2. Biaya-Biaya Rumah Sakit

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit maksimum sebesar Batas Keseluruhan Rawat Inap pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat untuk manfaat berikut ini:

- a. Biaya Perawatan di Unit Perawatan Intensif (*ICU/ICCU/NICU*) dan Unit Perawatan Khusus (ruang intermediate atau isolasi) termasuk makanan, perawatan umum dan jasa pembersihan untuk setiap hari Rawat Inap sampai dengan Batas Keseluruhan Rawat Inap dari Plan Asuransi Tertanggung sebagaimana diatur dalam Daftar Manfaat.
- b. Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit berupa biaya Obat-obatan yang diresepkan selama atau untuk maksimum 7 (tujuh) hari sesudah Rawat Inap, perban, pembelat tangan, gips, penyewaan peralatan medis, oksigen, infus intravena darah, transfusi darah, plasma darah, pemeriksaan diagnostik selama Rawat Inap dan biaya administrasi.
- c. Prosedur diagnostik termasuk namun tidak terbatas pada tes patologi, scan ultrasonic, radioterapi, kemoterapi, tes onkologi, pemindaian dengan teknologi tinggi (termasuk *MRI, PET & CT*), dan *X-Rays*.
- d. Biaya Pembedahan, Biaya Anestesi, Biaya Kamar Operasi dan Pemulihan, termasuk biaya Obat-obatan yang diresepkan, biaya sewa alat dan biaya alat bantu yang ditanam di dalam tubuh yang dibutuhkan selama Pembedahan.
- e. Kunjungan Dokter atau Dokter Spesialis selama Tertanggung di Rawat Inap di Rumah Sakit.
- f. Konsultasi Bersama Dokter Spesialis Selama Rawat Inap 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.

8. **Perawatan Sesudah Rawat Inap**

Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Jalan yang Dibutuhkan Secara Medis dalam jangka waktu tertentu sesudah Rawat Inap dan/atau Pembedahan Tanpa Rawat Inap (One Day Surgery) 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 Keseluruhan Rawat Inap pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
9. **Biaya Perawat Pribadi di Rumah**

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 sampai dengan maksimum 90 (sembilan puluh) hari per Periode Polis setelah keluar dari Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Keseluruhan Rawat Inap pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
10. **Akomodasi Pendamping**

Apabila Tertanggung anak yang berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun di Rawat Inap di Rumah Sakit, maka Penanggung akan mengganti biaya akomodasi di kamar perawatan yang sama dengan anak di Rumah Sakit untuk satu orang tua atau wali yang sah dengan maksimum 30 (tiga puluh) hari per Periode Polis.
11. **Manfaat Harian Rawat Inap**

Apabila Tertanggung di Rawat Inap di Rumah Sakit, maka Penanggung akan membayar jumlah manfaat Harian Rawat Inap maksimum sebesar Batas Manfaat Harian Rawat Inap pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat. Maksimum manfaat Harian Rawat Inap adalah 30 (tiga puluh) hari per Periode Polis.
12. **HIV dan AIDS**

Apabila Tertanggung membutuhkan perawatan Rawat Inap dan didiagnosa terinfeksi HIV dan/atau menderita AIDS, Penanggung akan membayarkan biaya perawatan yang berhubungan dengan HIV/AIDS dan semua komplikasinya maksimum sebesar Batas Manfaat HIV dan AIDS pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
13. **Perawatan Psikiatri**

Penanggung akan memberikan penggantian Oerawatan Psikiatri ini apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap pada unit psikiatri yang terdaftar di Rumah Sakit dengan pengawasan Psikiater yang terdaftar.

14. Perawatan Darurat Rawat Jalan dan/atau Kecelakaan

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 Perawatan Darurat Rawat Jalan dan/atau Kecelakaan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

15. Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan

Apabila Tertanggung harus menjalani perawatan gigi Akibat Kecelakaan di Rumah Sakit atau Klinik yang Dibutuhkan Secara Medis dalam jangka waktu 7 (tujuh) hari 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 dan satu kali kontrol gigi untuk perawatan pasca kecelakaan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak pengobatan pertama, dengan maksimum sebesar Batas Manfaat Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

16. Perawatan Medis Rawat Inap Kecelakaan dan/atau Kondisi Darurat Medis Diluar Wilayah Pertanggung

Apabila Tertanggung harus menjalani Perawatan Medis Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis yang berkaitan secara langsung dengan keadaan Darurat Medis dan/atau Kecelakaan dalam jangka waktu 48 (empat puluh delapan) jam sejak terjadinya keadaan Darurat Medis dan/atau Kecelakaan, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit atau Klinik untuk Pembedahan tanpa Rawat Inap (One day surgery) untuk Perawatan Medis dan Pelayanan Medis darurat Rawat Inap termasuk biaya jasa profesi yang sebenarnya yang dibebankan oleh seorang Dokter maksimum sebesar Batas Keseluruhan Rawat Inap pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

17. Perawatan Medis Rawat Jalan Kecelakaan dan/atau Kondisi Darurat Medis Diluar Wilayah Pertanggung

Apabila Tertanggung harus menjalani Perawatan Medis Rawat Jalan yang Dibutuhkan Secara Medis yang berkaitan secara langsung dengan keadaan Darurat Medis dan/atau Kecelakaan dalam jangka waktu 48 (empat puluh delapan) jam sejak terjadinya keadaan Darurat Medis 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 maksimum sebesar Batas Manfaat Perawatan Medis Rawat Jalan Kecelakaan dan/atau Kondisi Darurat Medis di Luar Wilayah Pertanggung pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

18. Perawatan Paliatif atau Hospice
Perawatan Hospice: Perawatan yang diberikan oleh hospice untuk merawat Tertanggung setelah didiagnosa penyakit terminal dengan maksimum sebesar Batas Manfaat Perawatan Paliatif atau Hospice pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
19. Biaya Non-Medis yang berkaitan dengan Perawatan Medis
Selama Tertanggung menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti biaya non medis seperti namun tidak terbatas pada sabun diresepkan dan berhubungan dengan diagnosa, tissue, pembalut, termometer, alas tidur, diapers, biaya selama Tertanggung dirawat di Rumah Sakit dengan maksimum sebesar Batas Manfaat Biaya Non-Medis yang berkaitan dengan Perawatan Medis pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
20. Peralatan Medis dan Perlengkapan Prostetik, dan Ortotik Pasca Rawat Inap
Peralatan medis yang Dibutuhkan Secara Medis yang diresepkan oleh Dokter atau Dokter Spesialis yang merawat, yang diperlukan untuk memfasilitasi pemberian Obat-obatan yang diresepkan, tidak termasuk alat bantu dengar.
21. Komplikasi Kehamilan
Penyakit atau kelainan akibat kehamilan yang membutuhkan Rawat Inap. Pengobatan kondisi medis yang timbul selama tahap kehamilan antenatal, kondisi medis yang timbul saat persalinan dan prosedur yang memerlukan prosedur kebidanan yang diketahui, dan pemeriksaan setelah kelahiran diperlukan akibat komplikasi kehamilan hingga 6 (enam) minggu.
Kondisi yang ditanggung adalah kehamilan ektopik, gestasional diabetes, mola hidatidosa, pre-eklampsia dan pendarahan setelah melahirkan.
22. Akomodasi Bayi Baru Lahir
Biaya akomodasi di Rumah Sakit yang berkaitan dengan bayi sehat baru lahir sampai usia 112 (seratus dua belas) hari untuk menemani ibunya. Bayi harus didaftarkan menjadi Tertanggung saat menerima perawatan Rawat Inap.

Perawatan hanya ditanggung jika terjadi setelah ibu bayi pulang dari perawatan melahirkan.
23. Manfaat Meninggal Dunia
Apabila dalam Masa Kepesertaan Tertanggung meninggal dunia akibat Penyakit atau Kecelakaan dan kepesertaan Tertanggung masih aktif, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Meninggal Dunia sesuai dengan Uang Pertanggung pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat dan kepesertaan Tertanggung berakhir.
24. Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan
Apabila dalam Masa Kepesertaan Tertanggung mengalami Kecelakaan dan meninggal dunia 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 Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan sesuai dengan Uang Pertanggung pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat dan kepesertaan Tertanggung berakhir.

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

Batas Keseluruhan

Jumlah total penggantian Biaya Medis atas Manfaat Asuransi Dasar (Rawat Inap) sebagaimana diatur dalam Polis ini bagi seorang Tertanggung tidak dapat melebihi jumlah Batas Keseluruhan Rawat Inap pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat dalam setiap satu Periode Polis.

Manfaat Asuransi Tambahan

Manfaat Asuransi Tambahan Persalinan berupa:

1. Persalinan Normal

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 Keseluruhan Persalinan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

2. Operasi Caesar

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 Keseluruhan Persalinan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

3. Keguguran

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 Keseluruhan Persalinan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

4. Perawatan Kehamilan Rutin

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 Keseluruhan Persalinan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

5. Batas Keseluruhan Persalinan

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 Persalinan sesuai Plan Asuransi tertanggung sebagaimana tercantum pada Daftar Manfaat dalam setiap satu Periode Polis.

Manfaat Asuransi Tambahan Rawat Jalan berupa:

- 1. Konsultasi Dokter Umum**

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas Pelayanan Medis yang diberikan oleh Dokter dengan maksimum sebesar Batas Keseluruhan Rawat Jalan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
- 2. Konsultasi Dokter Spesialis**

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 Keseluruhan Rawat Jalan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
- 3. Obat-Obatan yang Diresepkan**

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas biaya yang dibebankan untuk pembelian Obat-obatan yang diresepkan termasuk biaya administrasi dengan maksimum sebesar Batas Keseluruhan Rawat Jalan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
- 4. Diagnostik**

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan untuk pemeriksaan diagnostik termasuk namun tidak terbatas pada tes patologi, pemindaian ultrasonografi, Radioterapi, Kemoterapi, tes Onkologi, pemindaian dengan teknologi tinggi (termasuk *MRI, PET & CT*), *X-Rays*, dan biaya administrasi sampai dengan Batas Keseluruhan Rawat Jalan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
- 5. Fisioterapi**

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan untuk fisioterapi yang berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter atau Dokter Spesialis yang merawat dengan maksimum sebesar Batas Keseluruhan Rawat Jalan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
- 6. Terapi Penggantian Hormon**

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan untuk Konsultasi Dokter atau Spesialis dan biaya obat yang diresepkan atau implan, untuk perawatan yang dilakukan bagi wanita yang mengalami menopause dini (yang dilakukan sebelum usia 40 tahun) dengan maksimum sebesar Batas Manfaat Terapi Penggantian Hormon pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
- 7. Perawatan Psikiatri**

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan untuk pengobatan Rawat Jalan yang dilakukan di unit psikiatri yang terdaftar di Rumah Sakit atau Klinik dengan maksimum sebesar Batas Manfaat Perawatan Psikiatri pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

8. Pengobatan Alternatif

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan untuk pengobatan Rawat Jalan yang hanya berhubungan dengan layanan chiropractic, osteopathy, akupuntur, chiropody, homeopati, dan perawatan yang tepat yang diterima dari praktisi pengobatan China yang terdaftar, jika diperlukan secara medis dan mempertimbangkan alternatif yang masuk akal untuk kondisi yang sedang dirawat dengan maksimum sebesar Batas Manfaat Pengobatan Alternatif pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

9. HIV dan AIDS

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan untuk pengobatan Rawat Jalan atau tes yang berkaitan dengan *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan penyakit terkait termasuk *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* dengan maksimum sebesar Batas Keseluruhan Rawat Jalan pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

10. Batas Keseluruhan Rawat Jalan

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

Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Gigi berupa:

1. Perawatan Pencegahan

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 Perawatan Gigi pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

2. Perawatan Perbaikan Dasar dan Perawatan Periodontal

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter Gigi untuk manfaat perawatan saluran akar, pengisian, ekstraksi, tindakan operasi, perawatan berkala, anestesi dan perawatan periodontal dengan maksimum sebesar Batas Keseluruhan Perawatan Gigi pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

3. Perawatan Perbaikan Besar

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter Gigi untuk manfaat gigi palsu akrilik, sintetis dan logam atau akrilik, mahkota, inlay, penjaga gigi atau occlusal splint (untuk mencegah luka pada gigi, bibir dan gusi) dengan maksimum sebesar Batas Keseluruhan Perawatan Gigi pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

4. Batas Keseluruhan Perawatan Gigi

Jumlah total penggantian Biaya Medis atas semua Manfaat Asuransi Tambahan untuk Perawatan Gigi sebagaimana diatur dalam Polis ini bagi seorang Tertanggung tidak dapat melebihi jumlah batas keseluruhan sesuai Manfaat Asuransi Tertanggung sebagaimana tercantum pada Daftar Manfaat dalam setiap 1 (satu) Periode Polis.

Manfaat Asuransi Tambahan Kacamata berupa:

Dokter Mata atau Pemeriksaan Ophthalmologist (sekali dalam satu Periode Polis) Penanggung akan mengganti biaya yang sebenarnya yang dibebankan untuk pemeriksaan mata oleh Dokter Mata atau pemeriksaan ophthalmologist dengan maksimum sebesar Batas Manfaat Kacamata pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

Manfaat Asuransi Tambahan Kacamata berupa:

1. Dokter Mata atau Pemeriksaan Ophthalmologist (sekali dalam satu Periode Polis)
Penanggung akan mengganti biaya yang sebenarnya yang dibebankan untuk pemeriksaan mata oleh Dokter Mata atau pemeriksaan ophthalmologist dengan maksimum sebesar Batas Manfaat Kacamata pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
2. Biaya Lensa Untuk Penglihatan, Bingkai Kaca Mata, Dan Kacamata Hitam yang Diresepkan (sekali dalam satu Periode Polis)
Penanggung akan mengganti biaya yang sebenarnya yang dibebankan untuk lensa (termasuk bingkai kaca mata) atau lensa kontak (tidak termasuk cairan pencuci lensa) untuk membantu penglihatan, sebagaimana yang diresepkan oleh Spesialis mata tersebut dengan maksimum sebesar Batas Manfaat Kacamata pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan pencegahan berupa:

1. Pemeriksaan Medis (sekali dalam satu Periode Polis)
Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan atas pemeriksaan fisik atau pemeriksaan berkala Tertanggung dengan maksimum sebesar Batas Manfaat Pemeriksaan Medis pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.
2. Imunisasi/Vaksinasi
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 Imunisasi pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

Manfaat Asuransi Tambahan Rawat Jalan

Dalam '000 Rupiah

Manfaat		Plan				
		Basic	Superior	Exclusive	Elite	Premier
Konsultasi Dokter Umum	Per hari	Sesuai tagihan				
Konsultasi Dokter Spesialis	Per hari					
Obat-obat yang diresepkan	Per Periode Polis					
Diagnostik	Per Periode Polis					
Fisioterapi	Per hari					
Terapi Penggantian Hormon	Per Periode Polis	2.000	4.000	6.000	8.000	10.000
Perawatan Psikiatri	Per Periode Polis	10.000	20.000	30.000	40.000	50.000
Pengobatan Alternatif	Per Periode Polis	5.000	10.000	15.000	20.000	25.000
HIV dan AIDS	Per Periode Polis	Sesuai tagihan				
Pengobatan Ketidaksuburan	Per Periode Polis	1.000	2.000	3.000	4.000	5.000
Sterilisasi	Per Periode Polis	1.000	2.000	3.000	4.000	5.000
Gangguan Tumbuh Kembang	Per Periode Polis	20.000	40.000	60.000	80.000	100.000
Batas Keseluruhan	Per Periode Polis	100.000	200.000	300.000	400.000	500.000

Manfaat Asuransi Tambahan Persalinan

Dalam '000 Rupiah

Manfaat		Plan				
		Basic	Superior	Exclusive	Elite	Premier
Persalinan Normal	Per Periode Polis	Sesuai tagihan				
Operasi Caesar	Per Periode Polis					
Keguguran	Per Periode Polis					
Perawatan Kehamilan Rutin	Per Periode Polis					
Batas Keseluruhan	Per Periode Polis	100.000	150.000	200.000	250.000	300.000

Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Gigi

Dalam '000 Rupiah

Manfaat		Plan				
		Basic	Superior	Exclusive	Elite	Premier
Perawatan Pencegahan	Per Periode Polis	Sesuai tagihan				
Perawatan Perbaikan Dasar dan Perawatan Periodontal	Per Periode Polis					
Perawatan Perbaikan besar	Per Periode Polis					
Batas Keseluruhan	Per Periode Polis	10.000	20.000	30.000	40.000	50.000

Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Gigi

Dalam '000 Rupiah

Manfaat		Plan				
		Basic	Superior	Exclusive	Elite	Premier
Perawatan Pencegahan	Per Periode Polis	Sesuai tagihan				
Perrawatan Perbaikan Dasar dan Perawatan Periodontal	Per Periode Polis					
Perawatan Perbaikan besar	Per Periode Polis					
Batas Keseluruhan	Per Periode Polis	10.000	20.000	30.000	40.000	50.000

Manfaat Asuransi Tambahan Kacamata

Dalam '000 Rupiah

Manfaat		Plan				
		Basic	Superior	Exclusive	Elite	Premier
Dokter Mata atau pemeriksaan Ophthalmologist	Sekali dalam Periode Polis yang sama	Sesuai tagihan				
Biaya Lensa untuk penglihatan, bingkai kacamata dan kacamata hitam yang diresepkan	Sekali dalam Periode Polis yang sama					
		2.000	4.000	6.000	8.000	10.000

Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Pencegahan

Dalam '000 Rupiah

Manfaat		Plan				
		Basic	Superior	Exclusive	Elite	Premier
Pemeriksaan Medis	Sekali dalam Periode Polis yang sama	3.000	6.000	7.500	9.000	12.000
Imunisasi/Vaksinasi	Per Periode Polis	2.000	4.000	5.000	6.000	8.000

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 Daftar Manfaat, 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 pertanggungangan 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, gangguan tumbuh kembang anak, autism, orang hyperactive termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya; 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 kecuali jika Tertanggung ditanggung Manfaat Asuransi Tambahan sesuai dengan yang tercantum Daftar Manfaat; atau
- e. biaya pencegahan (preventif) penyakit termasuk imunisasi/ vaksinasi, lelah mata 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 kecuali jika Tertanggung ditanggung Manfaat Asuransi Tambahan sesuai dengan yang tercantum Daftar Manfaat; 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 : 3 peserta dewasa</p> <p>c) Minimal Premi : Rp5.000.000,-</p> <p>d) Usia* masuk Tertanggung maksimal 70 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 FWD Global Medika. • 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

Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi

- Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi
- a. Pengajuan klaim Rawat Inap atau Melahirkan harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:
 - 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:
 - i. Formulir Klaim yang telah diisi dengan lengkap dan benar; dan
 - ii. kuitansi asli biaya Dokter dan/atau Dokter Spesialis dan/atau Dokter Gigi yang merawat Tertanggung beserta diagnosa perawatan Tertanggung; dan
 - iii. perincian Biaya Medis asli atas 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:
 - i. asli kuitansi apotek; dan
 - ii. fotokopi dari semua resep Obat-obatan dari Dokter yang merawat Tertanggung; dan
 - iii. dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim.
 - d. Pengajuan klaim Biaya Pemeriksaan Penunjang harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:
 - i. asli kuitansi laboratorium/USG/rontgen/MRI, dll; dan
 - ii. asli Surat Rujukan Dokter yang merawat Tertanggung; dan
 - iii. fotokopi hasil laboratorium/USG/rontgen/MRI, dll; dan
 - iv. fotokopi perincian biaya laboratorium/USG/rontgen/ MRI, dll; 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:
 - 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	
<p>Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi</p>	<ul style="list-style-type: none"> f. Pengajuan klaim Klaim Biaya Fisioterapi harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini: <ul 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. g. Pengajuan klaim Klaim Kematian harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini: <ul 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 jika 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 h. Dokumen-dokumen pengajuan klaim Manfaat Asuransi Tambahan berlaku jika Pemegang Polis mengambil Manfaat Asuransi Tambahan. i. Bukti Klaim dikirimkan secara lengkap kepada Penanggung dalam waktu tidak melebihi dari 60 (enam puluh) hari setelah terjadinya kejadian yang menimbulkan suatu klaim. j. 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.

Persyaratan Dan Tata Cara		
<p>Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi</p>	<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. 	
<p>Pengaduan Terkait Produk dan Layanan</p>	 <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 FWD Global Medika untuk para semua karyawan dengan premi tahunan sebesar Rp100.000.000,-

Plan yang dimiliki Tn X (salah satu karyawan) = Plan Basic dengan batasan limit sepertipadaTable 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 @Rp1.000.000,- = $5 \times 1.000.000 = \text{Rp}5.000.000,-$

Biaya Obat-obatan = Rp5.000.000,-

Total Biaya = Rp10.000.000,-

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 Rp10.000.000,-

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum



Manfaat		Plan Basic
Kamar & Pelayanan	Per hari, sampai dengan 365 hari	Kamar Standar Pribadi
Biaya-biaya Rumah Sakit	Per Periode Polis	Sesuai tagihan
Ambulans	Per Periode Polis	Sesuai tagihan
Transplantasi Organ dan/atau Sumsum Tulang Belakang	Per Periode Polis	Sesuai tagihan
Hemodialisa	Per Periode Polis	Sesuai tagihan
Perawatan Kanker	Per Periode Polis	Sesuai tagihan
Perawatan sebelum Rawat Inap	Per hari, sampai dengan maksimal 30 hari sebelum Rawat Inap.	Sesuai tagihan
Perawatan sesudah Rawat Inap	Per hari, sampai dengan maksimal 60 hari sesudah Rawat Inap.	Sesuai tagihan
Biaya Perawatan Pribadi di rumah	Per hari, sampai dengan 90 hari per Periode Polis	Sesuai tagihan
Akomodasi Pendamping	Per hari, sampai dengan 30 hari per Periode Polis	4.000.000
Manfaat Harian Rawat Inap	Per hari, sampai dengan 30 hari per Periode Polis	2.000.000
HIV dan AIDS	Per Periode Polis	100.000.000
Perawatan Psikiatri	Per Periode Polis	100.000.000
Perawatan Darurat Rawat Jalan dan/atau Kecelakaan	Per Periode Polis, dalam 48 jam sejak terjadi	50.000.000
Perawatan Gigi akibat Kecelakaan	Per Periode Polis, dalam 7 hari sejak terjadi	25.000.000
Perawatan Medis Rawat Inap Kecelakaan dan/atau Kondisi Darurat Medis diluar Wilayah Pertanggungsaan	Per hari, sampai dengan maksimal 15 hari Per Rawat Inap	Sesuai tagihan
Perawatan Medis Rawat Jalan Kecelakaan dan/atau Kondisi Darurat Medis diluar Wilayah Pertanggungsaan	Per Periode Polis	50.000.000
Perawatan Paliatif dan Hospice	Per Periode Polis	50.000.000
Biaya Non Medis yang berkaitan dengan perawatan medis	Per Periode Polis	1.000.000
Peralatan medis dan Perlengkapan Prostetik dan Ortotik Pasca Rawat Inap	Per Periode Polis	10.000.000
Komplikasi Kehamilan	Per Periode Polis	Sesuai tagihan
Akomodasi Bayi Baru Lahir	Per hari, sampai dengan 112 hari per Periode Polis	Sesuai tagihan
Batas Keseluruhan	Per Periode Polis	10.000.000.000
Manfaat Meninggal Dunia	Uang Pertanggungsaan (dibayarkan sekaligus)	100.000.000
Manfaat Meninggal Dunia akibat Kecelakaan	Uang Pertanggungsaan (dibayarkan sekaligus)	100.000.000

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 atau Tanggal Pembaruan Polis atau Tanggal Pemulihan 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>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 pertanggungsaan yang belum dijalani setelah dikurangi dengan biaya administrasi sebesar 25% (dua puluh lima persen) dari total Premi yang akan dikembalikan.</p>

Informasi Tambahan

Penggantian Atau Perubahan Pada Syarat-syarat Dan Ketentuan-ketentuan Polis	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.
Pemberitahuan	<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>

Informasi Tambahan

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 setiap pihak yang bekerja sebagai Karyawan atau Anggota dan/atau Tanggungan Karyawan atau Anggota 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 tandatangi, 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 **FWD Global Medika**, dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat. Pemegang Polis wajib membaca dan memahami seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana tercantum dalam Polis **FWD Global Medika**.
- 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.