

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

FWD Global Health Solution

Ringkasan Informasi Produk Layanan Umum ini (“RIPLAY Umum”) merupakan penjelasan singkat tentang produk Asuransi dan bukan merupakan bagian dari Polis. Jika terdapat perbedaan antara Ringkasan Informasi Produk dan Layanan 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

FWD Global Health Solution adalah asuransi kesehatan kumpulan bagi Pemegang Polis (Perusahaan/Badan Hukum) yang ingin memberikan proteksi kesehatan bagi Karyawan/Anggota dan tanggungannya berupa Manfaat Asuransi Rawat Inap dan Rawat Jalan sebagai Manfaat Asuransi Dasar.

Manfaat Asuransi yang diberikan adalah berupa Penggantian Biaya Medis apabila Tertanggung dirawat inap atau rawat jalan di RS dengan jumlah maksimal penggantian yang diberikan oleh FWD Insurance selaku Penanggung sesuai batasan yang tercantum dalam Polis yang merupakan nilai perjanjian asuransi, Manfaat Evakuasi Darurat Medis, dan Manfaat Meninggal Dunia .

Pemegang Polis juga dapat memberikan proteksi tambahan yang kepada Karyawan dan Keluarga nya yang dapat dipilih oleh Pemegang Polis berupa Penggantian biaya Persalinan, Rawat Jalan, Perawatan Gigi, Kacamata, dan Perawatan Pencegahan.

<p>Pemegang Polis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perusahaan/Badan Hukum. • Minimal Kepesertaan 2 orang karyawan/anggota. 	<p>Mata Uang :</p>	<p>Dolar Amerika Serikat</p>
<p>Usia Masuk Tertanggung :</p>	<p>Maksimal 70 tahun untuk Karyawan/anggota dan Istri/Suami (Tanggung) dan 0-23 tahun untuk Anak (Tanggung). *Ulang tahun terakhir.</p>	<p>Periode Polis</p>	<p>Polis berlaku untuk jangka waktu 12 bulan berturut-turut sejak Tanggal Berlakunya Polis dan dapat diperbarui pada setiap Tanggal Pembaruan Polis seperti tercantum dalam Polis untuk jangka waktu 12 bulan berturut-turut berikutnya.</p>

Manfaat Pertanggungan

Manfaat Asuransi Dasar	Plan Basic	Plan Superior	Plan Exclusive	Plan Premier
	Batas Maksimum Manfaat Tahunan (dalam Dolar AS)			
Manfaat Asuransi Rawat Inap dan Manfaat Asuransi Rawat Jalan*	1,000,000	2,000,000	3,000,000	5,000,000
Manfaat Meninggal Duia	10,000	20,000	25,000	25,000
Manfaat Asuransi Dasar	Plan Basic	Plan Superior	Plan Exclusive	Plan Premier
	Batas Maksimum Manfaat Tahunan (dalam Dolar AS)			
Persalinan	10,000	15,000	20,000	30,000
Perawatan Gigi (Batas Manfaat Tahunan dapat dipilih)	1,000/2,000/3,000/4,000/5,000	1,000/2,000/3,000/4,000/5,000	1,000/2,000/3,000/4,000/5,000	1,000/2,000/3,000/4,000/5,000
Kacamata (Batas Manfaat Tahunan dapat dipilih)	200/400/600/800/1,000	200/400/600/800/1,000	200/400/600/800/1,000	200/400/600/800/1,000
Perawatan Pencegahan (Batas Manfaat Tahunan dapat dipilih)	300/600/750/900/1,200	300/600/750/900/1,200	300/600/750/900/1,200	300/600/750/900/1,200

Premi

Cara Pembayaran Premi : Tahunan
 Premi Sesuai dengan Tabel Premi

Tarif Premi

Tarif Premi tahunan sebagaimana tercantum dalam Daftar Premi Polis ditentukan oleh Penanggung pada Tanggal Awal Berlakunya Polis dan dapat ditinjau kembali setiap Tanggal Pembaruan Polis kecuali terdapat perubahan risiko pertanggungan dalam Periode Polis.

Jenis Premi

- **Premi Awal**

Premi Awal harus dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung secara penuh pada Tanggal Awal Berlakunya Polis. Untuk Premi Awal yang dibayarkan secara angsuran, maka angsuran pertama dari Premi Awal dibayarkan pada Tanggal Awal Berlakunya Polis dan angsuran berikutnya dibayarkan pada setiap Tanggal Jatuh Tempo Premi.

- **Premi Penyesuaian**

Premi Penyesuaian dapat terjadi setiap saat dalam Periode Polis dan harus dibayar pada saat Tanggal Berlakunya Kepesertaan bagi Tertanggung baru, berakhirnya kepesertaan dan perubahan Manfaat Asuransi atau Plan Asuransi Tertanggung. Premi Penyesuaian akan diperhitungkan secara prorata berdasarkan periode perlindungan asuransi Tertanggung dan cara pembayaran Premi. Premi Penyesuaian harus dibayarkan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak tanggal diterbitkannya tagihan Premi Penyesuaian oleh Penanggung.

- **Premi Pembaruan**

Premi Pembaruan harus dibayarkan pada setiap Tanggal Jatuh Tempo Premi.

- **Premi Endorsemen**

Premi Endorsemen harus dibayarkan pada setiap Tanggal Jatuh Tempo Premi.

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

Manfaat Asuransi

Manfaat Asuransi Dasar : A. Manfaat Asuransi Rawat Inap

Dengan tetap memperhatikan ketentuan-ketentuan dalam Polis yang mengatur mengenai pengecualian Manfaat Asuransi, atas Perawatan Medis dan Pelayanan Medis yang terjadi selama Masa Kepesertaan, Tertanggung berhak atas Manfaat Asuransi Rawat Inap berupa:

1. Kamar dan Pelayanan

Jika Tertanggung harus menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan menanggung Biaya Medis yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk biaya kamar dan akomodasi harian rumah sakit, layanan perawatan umum dan makanan standar untuk setiap hari Rawat Inap hingga tingkat yang ditentukan oleh Polis Tertanggung, ketika Tertanggung dirawat di rumah sakit untuk perawatan yang memenuhi syarat yang tercakup dalam Polis.

Dengan akomodasi kamar dan pelayanan rumah sakit harian, Penanggung mengacu pada kategori terendah rumah sakit berdasarkan batasan seperti yang ditunjukkan dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan Tertanggung. Jika Tertanggung tinggal di kamar yang lebih mahal dari akomodasi standar harian atau kategori apapun di atas Plan manfaat Tertanggung (yaitu peningkatan), Penanggung akan meminta Tertanggung untuk membayar selisih biaya kamar dan bagian biaya pengobatan lainnya.

2. Biaya-Biaya Rumah Sakit

Jika 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:

- Biaya Perawatan di Unit Perawatan Intensif (ICU/ICCU/NICU) dan Unit Perawatan Khusus
- Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit
- Prosedur diagnostik
- Biaya Pembedahan, Biaya Anestesi, Biaya Kamar Operasi dan Pemulihan
- Kunjungan Dokter di Rumah Sakit
- Konsultasi Bersama Dokter Spesialis Selama Rawat Inap
- Pembedahan Tanpa Rawat Inap (One Day Surgery)

3. Ambulans Lokal Jalan Raya

Jika Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan membutuhkan ambulans yang terdaftar yang Dibutuhkan Secara Medis 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 ambulans yang berhubungan dengan Rawat Inap yang dijalani Tertanggung dengan maksimum sebesar Batas Keseluruhan Rawat Inap pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat. Penanggung berhak untuk menentukan apakah transportasi tersebut layak secara medis.

4. Transplantasi Organ dan/atau Sumsum Tulang Belakang

Jika Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan harus melakukan Transplantasi Organ dan/atau Sumsum Tulang Belakang 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 yang dibutuhkan selama Pembedahan berlangsung sehubungan dengan Rawat Inap yang dijalani Tertanggung sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit maksimum sebesar Batas Keseluruhan Rawat Inap pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

5. Hemodialisa

Jika Tertanggung menjalani Rawat Inap dan/atau Rawat Jalan untuk perawatan 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 Hemodialisa termasuk semua komplikasinya

6. Perawatan Kanker

Rawat Inap dan Rawat Jalan meliputi onkologi, kemoterapi, radioterapi, bedah rekonstruktif dan obat-obatan yang diresepkan terkait langsung dengan kondisi kanker.

Perawatan Kanker meliputi:

- Terapi Obat
- Radioterapi
- Tes Diagnostik
- Bedah Rekonstruksi

7. Perawatan Sebelum Rawat Inap

Jika 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 Keseluruhan Rawat Inap pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat

8. Perawatan Sesudah Rawat Inap

Jika 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

Jika Tertanggung anak yang berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun di Rawat Inap di Rumah Sakit sementara anak tersebut menerima perawatan yang memenuhi syarat yang ditanggung oleh Manfaat Asuransi, 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

Jika Tertanggung di Rawat Inap di Rumah Sakit dengan biaya sendiri atau sudah ditanggung oleh pihak lain selain FWD Insurance Indonesia dan ketika tidak ada biaya perawatan yang diklaim berdasarkan Manfaat Asuransi, tidak ada tagihan yang diajukan untuk penggantian biaya terkait atau jika tidak ada biaya yang dibebankan oleh rumah sakit atau perawatan rawat inap gratis, 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.

12. HIV dan AIDS

Jika Tertanggung membutuhkan perawatan Rawat Inap Yang Dibutuhkan Secara Medis dan didiagnosa terinfeksi HIV dan/atau menderita AIDS akibat Kecelakaan kerja* atau transfusi darah**, Penanggung akan membayarkan biaya perawatan yang berhubungan dengan HIV/AIDS dan semua komplikasinya maksimum sebesar Batas Manfaat HIV dan AIDS pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat

13. Perawatan Psikiatri

Penanggung akan membayar manfaat Perawatan Psikiatri ini jika Tertanggung dirawat di unit psikiatri terdaftar di Rumah Sakit yang memberikan perawatan penyakit jiwa berdasarkan bukti dengan pengawasan medis 24 jam; di bawah kendali Psikiater terdaftar.

14. Perawatan Darurat Rawat Jalan dan/atau Kecelakaan

Jika 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

Jika 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 Di Luar Wilayah Pertanggung

Jika 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 Di Luar Wilayah Pertanggung

Jika 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.

18. Perawatan Paliatif atau Hospice

Perawatan Hospice: Perawatan yang diberikan oleh hospice untuk merawat Tertanggung setelah didiagnosa penyakit yang tidak dapat disembuhkan 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. Biaya tambahan sehubungan dengan pengobatan Rawat Inap pasien termasuk pembelian atau penyewaan tongkat atau kursi roda. Alat bantu eksternal yang dibutuhkan setelah Pembedahan, termasuk mata palsu dan pembelian awal dan pemasangan kaki palsu. Alat bantu tulang termasuk sol dan pendukung tulang. Klaim anggota tubuh palsu harus dilakukan dalam waktu 12 (dua belas) bulan sejak amputasi atau pengangkatan bagian tubuh dan harus dibayar satu kali

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

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.

Perawatan bayi hanya ditanggung sampai dengan ibu bayi pulang dari perawatan melahirkan.

23. Kelainan Bawaan

Jika Tertanggung memerlukan Perawatan Rawat Inap dan harus melakukan pemeriksaan yang Dibutuhkan Secara Medis terkait dengan kelainan struktural atau fungsional (misalnya gangguan metabolisme) yang terjadi selama kehidupan intrauterin dan dapat diidentifikasi sebelum kelahiran, pada saat lahir atau nanti dalam kehidupan, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit atau Klinik untuk Perawatan Medis dan Pelayanan Medis sehubungan dengan Kelainan Bawaan tersebut dengan maksimum sebesar Batas Keseluruhan Rawat Inap pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

24. Rehabilitasi Rawat Inap

Jika Tertanggung memerlukan perawatan Rawat Inap yang Diperlukan Secara Medis untuk Rehabilitasi Perawatan dilakukan di bawah kendali dan pengawasan seorang Spesialis di rumah sakit atau unit rehabilitasi yang diakui, dan hanya jika masuk ke rumah sakit atau unit rehabilitasi dilakukan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah keluar dari Rumah Sakit setelah perawatan Rawat Inap untuk penyakit yang memenuhi syarat seperti cedera otak akut (misalnya stroke) atau cedera yang ditanggung oleh Rencana, Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan biaya aktual yang Wajar dan Biaya dari Rumah Sakit rehabilitasi termasuk Kamar dan Akomodasi dewan dan kombinasi terapi seperti terapi fisik, okupasi dan wicara sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari per periode polis dalam Batas Keseluruhan Rawat Inap dari Rencana Asuransi Tertanggung sebagaimana tercantum dalam Skema Manfaat. Untuk Rehabilitasi Rawat Inap yang diharuskan oleh kerusakan sistem saraf pusat yang parah yang disebabkan oleh trauma eksternal atau kecelakaan, Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai dengan biaya aktual yang Wajar dan Adat dari rumah sakit rehabilitasi hingga 180 (seratus delapan puluh) hari per periode polis. Semua manfaat bergantung pada pra-otorisasi dari Penanggung sebelum pengobatan dan tanpa konfirmasi tertulis dari Penanggung sebelum perlakuan tersebut, Penanggung tidak akan bertanggung jawab untuk membayar manfaat apa pun.

25. Bedah rekonstruksi

Jika Tertanggung memerlukan Perawatan Rawat Inap yang Diperlukan Secara Medis untuk operasi rekonstruksi untuk memulihkan fungsi dan penampilan setelah Prosedur Kecelakaan atau Pembedahan untuk kondisi medis yang memenuhi syarat, yang terjadi setelah tanggal Masuk atau Tanggal Mulai Tertanggung berdasarkan Rencana, mana yang lebih lama, Penanggung akan mengganti Biaya Pengobatan sesuai dengan Biaya Wajar dan Adat yang sebenarnya dari Rumah Sakit, sampai dengan Batas Manfaat sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

Manfaat Asuransi Dasar : B. Manfaat Asuransi Rawat Jalan

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. Pemeriksaan 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

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. Pembedahan Rawat Jalan

Penanggung akan mengganti biaya investigasi endoskopi yang dilakukan berdasarkan Rawat Jalan. Ini termasuk gastroskopi, bronkoskopi, kolonoskopi, kolposkopi, tetapi tidak termasuk laparoskopi dan artroskopi yang tercakup dalam Manfaat Rawat Inap.

11. 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.

12. Sterilisasi

Penanggung akan mengganti Biaya Medis yang ditagihkan untuk semua tindakan yang berhubungan dengan sterilisasi termasuk segala komplikasi yang timbul, dengan maksimum sebesar Batas Manfaat Sterilisasi pada Manfaat Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

Manfaat Asuransi Dasar : C. Manfaat Evakuasi Darurat Medis

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.

Penanggung tidak bertanggung jawab atas segala kualitas dan hasil Perawatan Medis dan Pelayanan Medis yang dilakukan oleh penyedia layanan Evakuasi Darurat Medis kepada Tertanggung.

Manfaat Asuransi Dasar : D. Manfaat Meninggal Dunia

Jika 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 Pertanggungan pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat dan kepesertaan Tertanggung berakhir.

Manfaat Asuransi Tambahan : A. Manfaat Persalinan

1. Persalinan Normal

Jika 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

Jika 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. Perawatan Infertilitas (Ketidaksuburan)

Penanggung akan mengganti Biaya Medis (termasuk dokter, lab, obat-obatan, vitamin dan hormon) yang dibebankan untuk perawatan yang bertujuan membantu pasangan untuk bisa hamil termasuk segala komplikasi yang muncul, dengan maksimum sebesar Batas Keseluruhan Perawatan Ketidaksuburan 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.

Manfaat Asuransi Tambahan : B. Manfaat Perawatan Gigi

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.

Manfaat Asuransi Tambahan : C. Manfaat Kacamata

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 : D. Manfaat Perawatan Pencegahan

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.

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 jika Penyakit, Ketidakmampuan, Kecelakaan Tertanggung atau segala komplikasinya yang terjadi akibat secara langsung maupun tidak langsung, secara keseluruhan atau sebagian dari:

- a) Kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya sebagaimana didefinisikan, termasuk setiap Perawatan dan komplikasi yang timbul dari Kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya, dan Kondisi Medis Terkait (berhubungan) kecuali terdapat di dalam Daftar Manfaat dan diterima oleh Penanggung secara tertulis; atau
- b) 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
- c) 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
- d) 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, pengobatan yang berkaitan dengan gangguan tumbuh kembang, gangguan kognitif, *learning disorders*, keterlambatan bicara, gangguan belajar, gangguan perilaku, gangguan fisik atau gangguan psikologis, termasuk penilaian atau *grading* untuk gangguan tersebut seperti tetapi tidak terbatas pada disleksia, dispraxia, gangguan spektrum autisme, *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) dan masalah bicara dan bahasa dan segala komplikasinya; atau

- e) 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
- f) test dan/atau screening genetika, biaya pencegahan (preventif) penyakit termasuk imunisasi/ vaksinasi, lelah mata dan semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
- g) disfungsi seksual, 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
- h) perawatan yang berhubungan dengan kecantikan termasuk namun tidak terbatas pada memutihkan gigi, pembentukan gigi dan pemasangan kawat 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, konfirmasi gender, proses penuaan alami (tidak disebabkan oleh penyakit, penyakit, atau cedera yang memenuhi syarat) termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
- i) Penyakit atau Cedera tubuh akibat reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasinya, kontaminasi biologi atau kimiawi; atau
- j) perawatan dan/atau Pembedahan yang berhubungan dengan kelainan dan/atau cacat bawaan (*congenital*) atau *hereditary conditions*, baik diketahui ataupun tidak, termasuk Hernia pada Tertanggung berusia di bawah 10 (sepuluh) tahun; atau
- k) pengobatan herbal, perawatan untuk nyeri tulang belakang, pengobatan eksperimental, teknik medis atau bedah perintis seperti tetapi tidak terbatas pada bedah robotik dan peralatan medis yang tidak disetujui oleh otoritas terkait, pemerintah dan uji klinis untuk produk obat yang dipilih oleh Tertanggung menerima meskipun pengobatan biasa, khusus dan perawatan konvensional untuk kondisi yang tersedia, pengobatan *non-effective*, pengobatan alternatif atau tradisional termasuk namun tidak terbatas pada shinshe, tabib, dukun, ahli patah tulang, aromaterapi, naturopati, terapi holistik, bioresonansi, hipnoterapi, *Digital Subtraction Angiography* (spa otak) dan akupunktur dan chiropraktik yang tidak dilakukan oleh Dokter berlisensi, pengobatan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit dan segala komplikasi yang ditimbulkannya; atau
- l) pembelian atau penyewaan alat bantu pendengaran,; atau
- m) pengobatan dimulai atau yang telah muncul selama sembilan puluh (90) hari pertama setelah kelahiran seorang anak yang dikandung melalui konsepsi bantuan atau kehamilan dengan bantuan, perawatan dan atau tindakan sirkumsisi/khitanan/ sunat termasuk segala komplikasinya yang dilakukan pada anak berusia di atas 5 (lima) tahun atau dilakukan pada anak berusia dibawah 5 (lima) tahun tanpa indikasi medis; atau
- n) penyakit akibat hubungan seksual atau penyimpangan seksual termasuk segala komplikasinya, Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau ARC atau gejala sisa apa pun kecuali jika disetujui oleh Penanggung dan tercantum dalam Skema Manfaat; atau
- o) biaya non-medis seperti namun tidak terbatas pada sabun, tissue, biaya telekomunikasi, koran/majalah, salon, makanan ekstra, tempat tidur ekstra, penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya, biaya untuk keperluan sosial, domestik dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan Perawatan Medis; atau

- p) perawatan dan/atau Pembedahan yang berhubungan dengan kehamilan, melahirkan, Keguguran, aborsi, pemeriksaan sebelum dan sesudah melahirkan dan persalinan, Rawat Inap sebelum dan sesudah melahirkan dan persalinan dan perawatan bayi sehat termasuk semua Komplikasi Kehamilan; Rawat Jalan yang tidak terkait dengan Rawat Inap, kecuali yang disebabkan Manfaat Rawat Jalan Darurat atau merupakan tindakan Pembedahan Tanpa Rawat Inap; semua jenis perawatan gigi atau Pembedahan gigi secara langsung dan pengobatan yang terkait dengannya kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan Pembelian kacamata/lensa, pemeriksaan mata termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya kecuali jika Tertanggung ditanggung Manfaat Asuransi Tambahan sesuai dengan yang tercantum Daftar Manfaat.
- q) Prosedur yang membutuhkan pra-otorisasi dan yang tidak diminta oleh Tertanggung dari Penanggung sebelum perawatan; atau
- r) *cryopreservatio* biaya pengambilan, perolehan dan pengawetan organ atau penyimpanan sel punca sebagai tindakan pencegahan terhadap kemungkinan penyakit / penyakit / cedera; atau implantasi atau implantasi ulang sel hidup atau jaringan hidup, baik autologous atau disediakan oleh donor kecuali hal ini telah disetujui sebelumnya dan disetujui oleh Penanggung secara tertulis sebelumnya; atau
- s) olahraga profesional; perawatan cedera sebagai akibat dari pelatihan untuk atau ikut serta dalam olah raga apapun dimana Tertanggung dibayar, menerima hibah atau sponsor (Penanggung tidak menghitung biaya perjalanan dalam hal ini) atau bersaing untuk mendapatkan hadiah uang; atau
- t) pengobatan cedera yang diderita saat mengambil bagian dalam olahraga dan aktivitas seperti tetapi tidak terbatas pada lompat dasar, lompat tebing, terbang di pesawat tanpa izin atau sebagai pelajar, seni bela diri, panjat gratis, mountaineering dengan atau tanpa tali, scuba diving hingga kedalaman lebih dari sepuluh (10) meter, atau lebih dari 30 (tiga puluh) meter jika Tertanggung memiliki kualifikasi menyelam yang sesuai atau jika Tertanggung sedang diinstruksikan oleh instruktur selam yang berkualifikasi, misalnya seorang instruktur yang diakui oleh PADI (Asosiasi Profesional Instruktur Selam), segala aktivitas dengan ketinggian lebih dari 2.500 (dua ribu lima ratus) meter, bungee jumping, canyoning, hand gliding, paralayang atau microlighting, terjun payung, ski off piste, atau lainnya aktivitas olahraga musim dingin dilakukan piste, tanpa instruktur dengan kualifikasi yang sesuai; atau
- u) Perawatan medis yang diterima di luar Area Pertanggunganan yang dipilih; bepergian melawan nasihat medis.

Persyaratan & Tata Cara

Persyaratan dan Tata Cara	
Pembelian Polis	<ul style="list-style-type: none"> a) Pemegang Polis adalah Perusahaan/Badan Hukum b) Minimal Kepesertaan 2 orang karyawan/anggota. c) Usia* masuk Tertanggung maksimal 70 tahun untuk Karyawan/ anggota dan Istri/Suami (Tanggung) dan 0-23 tahun untuk Anak (Tanggung) d) Melakukan Pembayaran Premi. e) Melengkapi dokumen-dokumen yang dibutuhkan sebagai persyaratan penerbitan Polis <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>

<p>Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi</p>	<p>a. Pengajuan klaim Rawat Inap atau Melahirkan harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:</p> <ul 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. <p>b. Pengajuan klaim Klaim Biaya Dokter harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>c. Pengajuan klaim Biaya Obat-obatan harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. asli kuitansi apotek; dan ii. fotokopi dari semua resep Obat-obat dari Dokter yang merawat Tertanggung; dan iii. dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim. <p>d. Pengajuan klaim Biaya Pemeriksaan Penunjang harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.
--	---

<p>Dokumen Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi</p>	<p>e. Pengajuan klaim Klaim biaya Optik harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:</p> <ul 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. <p>f. Pengajuan klaim Klaim Biaya Fisioterapi harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:</p> <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. <p>g. Pengajuan klaim Klaim Kematian harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:</p> <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 <p>h. Dokumen-dokumen pengajuan klaim Manfaat Asuransi Tambahan berlaku jika Pemegang Polis mengambil Manfaat Asuransi Tambahan.</p> <p>i. Bukti Klaim dikirimkan secara lengkap kepada Penanggung dalam waktu tidak melebihi dari 60 (enam puluh) hari setelah terjadinya kejadian yang menimbulkan suatu klaim.</p> <p>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.</p>
--	--

	<p>k. Pembayaran Klaim 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. 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. Pembayaran klaim akan dilakukan oleh Penanggung setelah semua Premi yang harus dibayar oleh Pemegang Polis telah diterima di rekening bank Penanggung. 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>	
<p>Pelayanan Informasi dan Pengaduan Terkait Produk</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

PT XYZ mengambil manfaat FWD Global Health Solution untuk karyawan nya, Plan Premier dengan wilayah pertanggunganaan adalah seluruh dunia.

Dengan tabel manfaat sebagai berikut:

Dalam satuan USD

Tabel Manfaat		
Manfaat Dasar	Keterangan	Premier
Batas Manfaat Tahunan	Per Periode Polis	5,000,000
A. Manfaat Asuransi Rawat Inap		
Kamar dan Pelayanan	Per hari, sampai dengan 365 hari	(i) Di luar Indonesia-Standar, kamar dengan tempat tidur single (ii) Di Indonesia -VIP maksimum USD500/hari
Biaya-Biaya Rumah Sakit	Per Periode Polis	Sesuai Tagihan
Ambulans Lokal Jalan Raya	Per Periode Polis	Sesuai Tagihan
Tranplantasi Organ dan/atau Sumsum Tulang Belakang	Per Periode Polis	Sesuai Tagihan
Hemodialisa	Per Periode Polis	Sesuai Tagihan
Perawatan Kanker Radioterapi dan Kemoterapi	Per Periode Polis	Sesuai Tagihan
Terapi Kanker dan Imunoterapi Kanker yang Ditargetkan	Per Periode Polis	50,000
Terapi Proton Beam	Per Periode Polis	50,000
Perawatan Sebelum Rawat Inap	Per hari, maksimum 30 hari sebelum Rawat Inap	Sesuai Tagihan
Perawatan Setelah Rawat Inap	Per hari, maksimum 30 hari setelah Rawat Inap	Sesuai Tagihan
Biaya Perawat Pribadi di Rumah	Per Periode Polis, maksimum 90 hari setelah Rawat Inap	Sesuai Tagihan
Akomodasi Pendamping	Per malam	Sesuai Tagihan
Manfaat Harian Rawat Inap	Per hari, maksimum 20 hari per perawatan	125
Rehabilitasi Rawat Inap	Per Periode Polis, maksimum 28 hari	Sesuai Tagihan
Bedah Rekonstruksi	Per Periode Polis	Sesuai Tagihan
HIV dan AIDS	Per Periode Polis,	50,000
Perawatan Psikiatri	Per Periode Polis, (maksimum 30 hari perawatan dan tidak melebihi total 100 hari seumur hidup)	Sesuai tagihan
Perawatan Darurat Rawat Jalan dan/atau Kecelakaan	Per Periode Polis, dalam waktu 48 jam	25,000
Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan	Per Periode Polis, dalam waktu 7 hari	Sesuai tagihan
Perawatan Medis Rawat Inap Kecelakaan dan/atau Kondisi Darurat Medis Di Luar Wilayah Pertanggunganaan	Per Periode Polis, dalam waktu 48 jam	Sesuai tagihan
Perawatan Medis Rawat Jalan Kecelakaan dan/atau Kondisi Darurat Medis Di Luar Wilayah Pertanggunganaan	Per Periode Polis, dalam waktu 48 jam	500
Perawatan Paliatif atau Hospice	Per Periode Polis (Lifetime limit)	25,000
Biaya Non-Medis yang berkaitan dengan Perawatan Medis	Per Perawatan	100
Peralatan Medis dan Perlengkapan Prostetik, dan Ortotik Pasca Rawat Inap	Per Kondisi Medis	1,500
Komplikasi Kehamilan	Per Periode Polis	Sesuai tagihan
Akomodasi Bayi Baru Lahir	Per Periode Polis, maksimum 112 hari	Sesuai tagihan
Kelainan Bawaan	Per Periode Polis (Lifetime limit)	100,000

B. Manfaat Asuransi Rawat Jalan		
Rawat Jalan	Per Periode Polis	Sesuai Tagihan
Konsultasi Dokter Umum	Per hari	Sesuai tagihan
Konsultasi Dokter Spesialis	Per hari	Sesuai tagihan
Obat-Obatan yang Diresepkan	Per Periode Polis	Sesuai tagihan
Pemeriksaan Diagnostik	Per Periode Polis	Sesuai tagihan
Fisioterapi	Per hari	Sesuai tagihan
Terapi Penggantian Hormon	Per Periode Polis	1,000
Perawatan Psikiatri	Per Periode Polis	5,000
Pengobatan Alternatif	Per Periode Polis	2,500
HIV and AIDS	Per Periode Polis	Sesuai tagihan
Pembedahan Rawat jalan	Per hari	Sesuai tagihan
Peralatan Medis dan Perlengkapan Prostetik, dan Ortotik Pasca Rawat Inap	Per Kondisi Medis	1,500
Sterilisasi	Per Periode Polis	500

C. Manfaat Evakuasi Darurat Medis

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. Penanggung tidak bertanggung jawab atas segala kualitas dan hasil Perawatan Medis dan Pelayanan Medis yang dilakukan oleh penyedia layanan Evakuasi Darurat Medis kepada Tertanggung.

Manfaat Asuransi Dasar : D. Manfaat Meninggal Dunia

Uang Pertanggungan	Dibayarkan Sekaligus	25,000
--------------------	----------------------	--------

Pemegang Polis membeli polis asuransi kumpulan dengan plan Premier sesuai pada Tabel Daftar Manfaat di atas, dengan jumlah premi tahunan sebesar USD 25,000.

Tn X (salah satu Direksi) terdaftar sebagai Peserta untuk Plan Premier tersebut.

Tn X (40 tahun) mengalami sakit yang mengharuskan Tn X dirawat di rumah sakit selama 5 hari.

Biaya dari rumah sakit yang muncul dari perawatan tersebut adalah

1. Biaya Kamar rawat inap VIP untuk 5 hari adalah USD 2.500
2. Biaya Obat-obatan = USD5.000
3. Total Biaya = USD7.500

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 USD7.500

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>

<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 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 Health Solution**, dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat. Pemegang Polis wajib membaca dan memahami seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana tercantum dalam Polis **FWD Global Health Solution**.
- 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