

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

FWD Hospital Care Protection

Ringkasan Informasi Produk Layanan Umum ini (“RIPLAY Umum”) merupakan penjelasan singkat tentang produk Asuransi dan bukan merupakan bagian dari Polis. Jika terdapat perbedaan antara RIPLAY Umum dengan Polis, maka yang berlaku adalah ketentuan dalam Polis. Harap dibaca dan dipelajari dengan seksama.

Tentang PT FWD Insurance Indonesia (“FWD Insurance”):

PT FWD Insurance Indonesia (“FWD Insurance”) adalah perusahaan asuransi jiwa, bagian dari FWD Group, yang hadir dengan visi mengubah cara pandang masyarakat tentang asuransi.

Berfokus pada kebutuhan nasabah, FWD Insurance menawarkan asuransi yang berbeda didukung oleh teknologi maju dan memiliki berbagai rangkaian produk, mencakup produk asuransi yang berkaitan dengan investasi, asuransi berjangka individu & kumpulan, asuransi kecelakaan diri individu & kumpulan, dan asuransi kesehatan kumpulan melalui jalur distribusi yang didukung teknologi terintegrasi termasuk keagenan, bancassurance, e-commerce dan korporasi.

FWD Insurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (“OJK”).

FWD Insurance adalah anggota dari Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan.

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

FWD Group adalah bisnis asuransi jiwa di wilayah Asia Pasifik yang telah menjangkau sekitar 10 juta nasabah di 10 jaringan usaha, termasuk beberapa pasar asuransi dengan pertumbuhan yang cepat di dunia. Berdiri sejak 2013, FWD fokus dalam menciptakan pengalaman berasuransi menjadi lebih simpel, cepat, dan lancar dengan produk yang inovatif dan mudah dipahami, yang didukung oleh teknologi digital. Melalui pendekatan yang berfokus pada nasabah, FWD berkomitmen mengubah cara pandang masyarakat tentang asuransi.

Untuk informasi lebih lanjut, silakan kunjungi www.fwd.com

Jenis Produk dan Fitur Utama

FWD Hospital Care Protection adalah produk asuransi kesehatan yang memberikan manfaat perlindungan kesehatan yang terdiri dari manfaat Rawat Inap, Tindakan Bedah & Rawat Jalan di Rumah Sakit atau Klinik akibat Penyakit atau Kecelakaan, dan juga manfaat lainnya sesuai dengan ketentuan sebagaimana tercantum pada Tabel Manfaat.

Nama Penerbit :	PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance")	Jenis Produk :	Produk Asuransi Kesehatan
Nama Produk :	FWD Hospital Care Protection	Mata Uang:	Rupiah
Usia Masuk Pemegang Polis (ulang tahun terakhir) :	Minimum 18 tahun	Usia Masuk Tertanggung (ulang tahun terakhir) :	Tertanggung Dewasa: 18 - 80 tahun Tertanggung Anak: 30 hari - 17 tahun
Masa Asuransi :	Berjangka, dapat diperbarui setiap tahun sampai dengan Tertanggung mencapai usia 100 tahun atau 25 tahun (untuk Tertanggung Tambahan anak)	Masa Pembayaran Premi :	Sampai dengan Tertanggung mencapai usia 99 tahun
Premi Dasar :	Berdasarkan usia/ jenis kelamin/ Tertanggung Tambahan (jika ada) & Plan	Manfaat :	Plan A - E (dengan pilihan Basic atau Optimal)

- Premi dapat dibayarkan secara tahunan, enam-bulanan, tiga-bulanan, atau bulanan
- Pembayaran Premi hanya dapat dilakukan sesuai dengan cara pembayaran yang telah Kamu pilih pada Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ) melalui transfer antar bank atau autodebet ke rekening bank Kami yang telah ditentukan atau dengan cara lain sebagaimana berlaku pada Kami. Perubahan cara pembayaran Premi harus dilakukan secara tertulis oleh Kamu kepada Kami sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Kami.
- Kamu wajib membayar Premi sebagai salah satu syarat berlakunya Polis, yang pembayarannya harus dilaksanakan di muka secara penuh sebelum Tanggal Jatuh Tempo kepada Kami.
- Premi wajib Kamu bayarkan sesuai dengan mata uang yang tercantum dalam Polis.
- Apabila permohonan asuransi tidak disetujui dan Premi telah diterima, maka Premi yang telah diterima tersebut akan dikembalikan dalam mata uang yang tercantum dalam Polis dan tanpa diberikan imbal hasil dalam bentuk apapun.

- Penagihan pembayaran Premi ditujukan ke alamat penagihan atau melalui cara penagihan lainnya yang telah Kamu pilih. Tidak diterimanya penagihan pembayaran Premi tidak membebaskan Kamu dari kewajiban untuk selalu melunasi Premi tersebut secara penuh. Biaya yang timbul berkenaan dengan cara pembayaran Premi yang Kamu pilih akan menjadi beban Kamu.
- Setiap pembayaran Premi harus ditujukan kepada Kami, dan pembayaran hanya akan dinyatakan lunas pada tanggal Premi diterima dan tercatat pada rekening Kami sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan dalam Polis.
- Untuk setiap pembayaran Premi lanjutan atau perpanjangan Kamu wajib membayar Premi paling lambat pada Tanggal Jatuh Tempo. Apabila pada Tanggal Jatuh Tempo pembayaran Premi tersebut belum dibayar lunas, maka Premi tersebut dinyatakan tertunggak dan Kamu berkewajiban melunasi Premi yang tertunggak tersebut kepada Kami selambat-lambatnya sampai dengan berakhirnya Masa Leluasa.
- Kamu diperkenankan untuk mengubah cara bayar Premi pada saat ulang Tahun Polis sesuai dengan ketentuan yang Kami tetapkan dengan memperhitungkan modal factor sebagai berikut:

Cara Bayar Premi	Modal Faktor	Besar Premi Berdasarkan Cara Bayar Premi
Tahunan	1,00	Premi Tahunan x 1,00
6 Bulanan	0,51	Premi Tahunan x 0,51
3 Bulanan	0,26	Premi Tahunan x 0,26
Bulanan	0,09	Premi Tahunan x 0,09

- Premi akan berubah setiap ulang tahun Polis mengikuti usia Tertanggung, apabila Polis diperpanjang dan besaran Premi tidak dijamin.

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

Manfaat Produk

1. Manfaat Asuransi berdasarkan Polis FWD Hospital Care Protection berlaku di manapun Tertanggung berada dan untuk semua jenis risiko yang dipertanggungkan, dengan pengecualian sebagaimana dinyatakan dalam Polis.
2. Apabila selama Polis berlaku dan Masa Tunggu telah terlewati, Tertanggung menjalani Pelayanan Medis yang Dibutuhkan Secara Medis akibat dari suatu Penyakit atau Cedera Tubuh yang di deritanya di mana Tertanggung atau Kamu mengetahui untuk pertama kali adanya tanda-tanda atau gejala-gejala atas suatu keadaan yang mungkin berkaitan dengan Penyakit setelah Tanggal Berlaku Polis dan bukan merupakan kondisi yang telah ada sebelumnya (*pre-existing conditions*), maka Kami akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa penggantian Biaya Medis sesungguhnya yang timbul dari Pelayanan Medis atas Tertanggung dengan maksimum penggantian Biaya Medis per 1 (satu) Tahun Polis sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection yang terlampir dalam Polis, yang mencakup:
 - a) **Manfaat Rawat Inap dan Tindakan Bedah**
 - i. **Biaya Akomodasi Kamar**
 - 1) Penggantian biaya yang meliputi biaya akomodasi kamar, makanan dan layanan perawatan bagi Tertanggung, namun tidak mencakup biaya layanan yang tidak terkait dengan perawatan Tertanggung.
 - 2) Besar manfaat adalah sama dengan Biaya Medis yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik secara penuh selama Tertanggung menjalani Rawat Inap, namun manfaat tersebut tidak lebih besar dari manfaat biaya akomodasi kamar per hari sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.
 - 3) Maksimum jumlah hari Rawat Inap sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection adalah 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari kalender per 1 (satu) Tahun Polis termasuk Pelayanan Medis di Unit Perawatan Intensif (ICU).
 - 4) Penggantian biaya kamar di Rumah Sakit atau Klinik adalah sebesar:
 - a) Biaya kamar sesuai dengan ketentuan Kamar Standar/satu tingkat di atas Kamar Standar sesuai dengan Plan yang terdapat di Ringkasan Polis; atau
 - b) Batas Penggantian Harian sesuai Plan sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.
Mana yang lebih tinggi.
 - 5) Dalam hal Tertanggung menjalani Rawat Inap di kamar dengan biaya kamar yang lebih tinggi dari penggantian biaya kamar sebagaimana disebutkan dalam poin nomor 4 di atas, baik atas kemauan sendiri, kamar tidak tersedia atau penuh, maka pembayaran Manfaat Asuransi mengikuti ketentuan berikut:
 - a) Jika Tertanggung menjalani Rawat Inap dengan menetap di kamar yang tarif perharinya lebih tinggi dari Biaya Akomodasi Kamar dari Plan yang sesuai dengan haknya sebagaimana ditetapkan dalam

Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection atas keinginannya sendiri, maka pembayaran Manfaat Rawat Inap dan Tindakan Bedah akan dihitung secara proposional berdasarkan manfaat Plan yang sesuai dengan haknya.

- b) Apabila tarif kamar dan akomodasi yang sesuai dengan haknya selama maksimum 3 (tiga) hari kalender dan berhak mendapatkan penggantian Biaya Medis atas biaya akomodasi kamar sesuai dengan keadaan tersebut. Pada hari ke-4 (empat) dan seterusnya Kami hanya akan memberikan penggantian Biaya Medis sampai maksimum sebesar batas Manfaat Asuransi atas biaya akomodasi kamar dari Plan yang sesuai dengan haknya secara proposional sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.

ii. Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU)

- 1) Penggantian biaya yang meliputi biaya akomodasi kamar yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif (ICU),
- 2) Besar manfaat adalah sama dengan biaya yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik secara penuh selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif (ICU), dengan tetap mengacu pada Total Manfaat Tahunan sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection, dan
- 3) Maksimum jumlah hari Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif (ICU) sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection adalah 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari kalender per 1 (satu) Tahun Polis.

iii. Biaya Kunjungan Dokter Umum

Penggantian Biaya Medis untuk kunjungan Dokter Umum selama Tertanggung sebagai pasien Rawat Inap, maksimum 2 (dua) kunjungan Dokter Umum per hari.

iv. Biaya Kunjungan Dokter Spesialis

Penggantian Biaya Medis untuk masing-masing kunjungan Dokter Spesialis selama Tertanggung sebagai pasien Rawat Inap maksimum 2 (dua) kunjungan per Dokter Spesialis, per spesialisasi per hari.

v. Biaya Aneka Perawatan

Penggantian Biaya Medis yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik, meliputi:

- 1) Biaya yang dibutuhkan selama Rawat Inap, mencakup biaya Obat - obatan, perban, kasa, plester, jarum suntik, biaya diagnostik dan laboratorium, radioterapi, oksigen, perangkat infus, biaya transfusi darah atau plasma dan peralatan dan sarana lainnya, dan
- 2) Biaya administrasi, materai dan pajak yang dikenakan atas pelayanan yang diberikan kepada Tertanggung sehubungan dengan Rawat Inap.

vi. Biaya Tindakan Bedah

- 1) Penggantian Biaya Medis yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik selama Tertanggung menjalani Rawat Inap untuk suatu Tindakan Bedah yang Dibutuhkan Secara Medis, yang mencakup biaya pemakaian kamar bedah, sarana dan prasarana Tindakan Bedah yang diperlukan dan biaya profesional dari Ahli Bedah atau Dokter Spesialis lain yang memiliki

kualifikasi tertentu untuk melakukan Tindakan Bedah untuk suatu Penyakit atau Cedera Tubuh, berikut biaya profesional untuk asisten Ahli Bedah atau Dokter Spesialis tersebut,

- 2) Dalam hal Tindakan Bedah dilakukan untuk tujuan rekonstruksi wajah ataupun payudara maka harus dilakukan dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sejak tanggal Tindakan Bedah karena pengobatan Penyakit/Kecelakaan yang dilakukan sebelumnya terhadap Tertanggung atas rekomendasi dari Tenaga Medis yang merawat, dan
- 3) Dalam hal Tindakan Bedah dilakukan untuk tujuan transplantasi organ maka Kami tidak akan menanggung biaya untuk mendapatkan organ tersebut.

vii. Biaya Implan dan Protesa

- 1) Penggantian Biaya Medis atas biaya Implan dan/atau Protesa selama atau maksimum 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah menjalani Rawat Inap,
- 2) Pemasangan Implan dan/atau Protesa yang dialami Tertanggung tersebut berhubungan dengan Penyakit atau Cedera Tubuh yang dialami oleh Tertanggung yang menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan telah disetujui sebelumnya oleh Kami, dan
- 3) Dilakukan atas rekomendasi tertulis oleh Tenaga Medis yang menangani saat Rawat Inap.

viii. Biaya Ambulan Lokal

Penggantian atas penggunaan mobil ambulan sebagai transportasi pasien (termasuk petugas ambulans) di dalam Wilayah Pertanggung yang digunakan Tertanggung untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari:

- 1) Tempat kejadian ke Rumah Sakit/Klinik, atau
 - 2) Rumah Sakit/Klinik ke Rumah Sakit/Klinik lain, atau sebaliknya;
- dengan ketentuan bahwa Biaya Ambulan Lokal ini tidak ditanggung apabila Tertanggung kemudian tidak menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit atau Klinik.

ix. Biaya Pendamping Pasien

- 1) Penggantian biaya makanan yang disediakan Rumah Sakit atau Klinik serta biaya menginap di Rumah Sakit atau Klinik bagi 1 (satu) orang dewasa yang menemani Tertanggung di kamar yang sama di mana Tertanggung di Rawat Inap, yang hanya berlaku pada waktu mulai menjalani Rawat Inap. Ketentuan ini hanya berlaku bagi Tertanggung yang berusia kurang dari 18 (delapan belas) tahun atau berusia lebih dari 59 (lima puluh sembilan) tahun.
- 2) Penggantian biaya ini maksimum 180 (sembilan puluh) hari kalender per 1 (satu) Tahun Polis dan tidak melebihi batas harian manfaat Biaya Pendamping Pasien, sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.

x. Penggantian Biaya untuk Transplantasi Donor dari Pihak Ketiga

- 1) Donor pihak ketiga tersebut memerlukan Rawat Inap secara medis dan disertakan dengan bukti asli pembayaran tindakan transplantasi,
- 2) Biaya operasi transplantasi hanya terbatas pada:
 - a. Kornea,
 - b. Usus halus,
 - c. Ginjal,
 - d. Hati,
 - e. Jantung,
 - f. Paru-paru, dan
 - g. Sumsum tulang,

yang dilakukan oleh Dokter Spesialis yang dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik yang berada di dalam Wilayah Pertanggung,an,

- 3) Biaya penggantian yang dibebankan maksimal 30 (tiga puluh) hari sebelum Rawat Inap dan 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah Rawat Inap untuk transplantasi, dan
- 4) Adapun penggantian biaya yang tidak termasuk di dalam manfaat ini meliputi:
 - a. Biaya yang timbul untuk mendapatkan organ dan/atau jaringan tubuh, atau
 - b. Biaya yang timbul akibat komplikasi pada saat tindakan transplantasi atau komplikasi yang timbul karena pendonoran tersebut.

ix. Biaya Laporan Medis

Penggantian biaya laporan medis di Rumah Sakit atau Klinik dengan batasan maksimum laporan medis sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.

b) Manfaat Rawat Jalan

i. Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap

Penggantian Biaya Medis atas biaya konsultasi, pengobatan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi, radiologi dan Obat - obatan yang dibebankan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis, Rumah Sakit atau Klinik karena suatu Ketidakmampuan yang menyebabkan Tertanggung menjalani Rawat Inap, dimana biaya perawatan tersebut harus timbul dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum tanggal masuk Rumah Sakit atau Klinik karena Rawat Inap.

ii. Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap

Penggantian Biaya Medis atas biaya konsultasi, pengobatan lanjutan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi, radiologi dan Obat - obatan yang dibebankan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis, Rumah Sakit atau Klinik karena suatu Ketidakmampuan yang menyebabkan Tertanggung menjalani Rawat Inap, di mana biaya perawatan tersebut harus timbul dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah tanggal Tertanggung keluar dari Rumah Sakit atau Klinik karena Rawat Inap.

iii. Biaya Fisioterapi

- 1) Fisioterapi yang dijalani Tertanggung tersebut berhubungan dengan Penyakit atau Cedera Tubuh yang dialami oleh Tertanggung termasuk terapi okupasi dan wicara yang menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan telah disetujui sebelumnya oleh Kami,
- 2) Dilakukan atas rekomendasi tertulis oleh Tenaga Medis yang menangani saat Rawat Inap, di mana Fisioterapi dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik yang memiliki izin otoritas setempat untuk menyediakan perawatan Fisioterapi, dan
- 3) Fisioterapi yang terjadi dalam kurun waktu maksimum 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum Tertanggung menjalani Rawat Inap, selama Tertanggung menjalani Rawat Inap, dan 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah Tertanggung selesai menjalani Rawat Inap, dengan jumlah hari yang dapat ditanggung adalah maksimum 90 (sembilan puluh) hari kalender per 1 (satu) Tahun Polis.

iv. Biaya Cuci Darah (Hemodialisis)

- 1) Penggantian Biaya Medis atas biaya cuci darah yang dijalani Tertanggung yang berhubungan dengan Penyakit atau Cedera Tubuh yang diderita oleh Tertanggung yang menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan telah disetujui sebelumnya oleh Kami, dan
- 2) Dilakukan atas rekomendasi tertulis oleh Tenaga Medis yang menangani saat Rawat Inap, di mana cuci darah dilakukan di Rumah Sakit, Klinik atau fasilitas kesehatan yang memiliki izin resmi untuk menyediakan sarana cuci darah/ *dialysis*.

v. Biaya Perawatan Kanker

- 1) Pelayanan Medis yang dijalani Tertanggung tersebut berhubungan dengan Kanker yang dialami oleh Tertanggung yang menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan telah disetujui sebelumnya oleh Kami,
- 2) Dilakukan atas rekomendasi tertulis oleh Dokter Spesialis yang menangani saat Rawat Inap, di mana perawatan tersebut dilakukan di Rumah Sakit, Klinik atau pusat Perawatan Kanker yang memiliki izin resmi untuk menyediakan perawatan Kanker,
- 3) Biaya Perawatan Kanker meliputi biaya konsultasi, perawatan dan biaya pemeriksaan yang bertujuan untuk pengobatan dan perawatan kanker mencakup:
 - a. Kemoterapi,
 - b. Radioterapi,
 - c. Terapi Target,
 - d. Terapi Hormonal, dan
 - e. Terapi Imun.
- 4) Penggantian biaya yang tidak termasuk di dalam manfaat ini meliputi pemantauan atau tindakan preventif setelah pengobatan kanker kuratif atau saat kanker dinyatakan remisi.

vi. Biaya Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan

Penggantian biaya yang Layak dan Lazim untuk perawatan Cedera Tubuh karena Kecelakaan dalam keadaan darurat yang dijalani oleh Tertanggung dengan ketentuan:

- 1) Perawatan Tertanggung atas Cedera Tubuh tersebut Dibutuhkan Secara Medis, yang menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Jalan karena Kecelakaan dan telah disetujui sebelumnya oleh Kami,
- 2) Perawatan atau pelayanan yang dijalani oleh Tertanggung dilakukan dalam waktu maksimum 48 (empat puluh delapan) jam setelah terjadinya Kecelakaan, dan
- 3) Perawatan lanjutan oleh Tenaga Medis, Rumah Sakit atau Klinik yang sama untuk Cedera Tubuh yang sesuai dan yang ditanggung akan diberikan sampai dengan 30 (tiga puluh) hari kalender sejak terjadinya Kecelakaan.

vii. Biaya Rawat Jalan Darurat Gigi Karena Kecelakaan

Penggantian biaya yang Layak dan Lazim untuk perawatan gigi akibat Kecelakaan yang dijalani oleh Tertanggung dengan ketentuan:

- 1) Perawatan gigi yang dijalani Tertanggung tersebut Dibutuhkan Secara Medis, yang menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Jalan karena Kecelakaan dan telah disetujui sebelumnya oleh Kami,

- 2) Perawatan atau pelayanan gigi yang dijalani oleh Tertanggung dilakukan dalam waktu maksimum 48 (empat puluh delapan) jam setelah terjadinya Kecelakaan, dan
- 3) Perawatan gigi lanjutan oleh Dokter Gigi, Rumah Sakit atau Klinik yang sama untuk perawatan gigi yang sesuai dan yang ditanggung akan diberikan sampai dengan 30 (tiga puluh) hari kalender sejak terjadinya Kecelakaan.

viii. Perawatan dan Tindakan Bedah Rawat Jalan (*One Day Surgery*)

- 1) Penggantian biaya yang Layak dan Lazim atas biaya Perawatan dan Tindakan Bedah Rawat Jalan yang dilakukan oleh Ahli Bedah atau Dokter Spesialis tanpa perlu Tertanggung menjalani Rawat Inap, meliputi biaya Ahli Bedah, asisten operasi, Dokter Spesialis anastesi, ruang operasi, ruang pemulihan, peralatan operasi dan pengobatan yang dilakukan sesuai dengan prosedur yang Dibutuhkan Secara Medis, dan
- 2) Penggantian biaya ini meliputi atas biaya konsultasi, pengobatan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi, radiologi dan Obat - obatan yang dibebankan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis, Rumah Sakit atau Klinik karena suatu Penyakit atau Cedera Tubuh yang menyebabkan Tertanggung menjalani Perawatan dan Tindakan Bedah Rawat Jalan, dimana biaya perawatan tersebut harus timbul dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum dan 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah tanggal masuk Perawatan dan Tindakan Bedah Rawat Jalan ini dilakukan.

ix. Biaya Juru Rawat Setelah Rawat Inap

- 1) Penggantian biaya yang Layak dan Lazim yang dikeluarkan setiap hari atas pelayanan Juru Rawat yang Diperlukan Secara Medis dan harus mendapat rekomendasi dari Tenaga Medis yang menangani saat Rawat Inap. Perawatan dilakukan oleh Juru Rawat termasuk terapi, perawatan luka, pernapasan, perawatan diabetes, perawatan kolostomi, pemberian makan selang, suntikan dan pemberian obat lain kepada Tertanggung di rumah,
- 2) Perawatan harus dimulai setidaknya dalam 30 (tiga puluh) hari kalender setelah keluar dari Rumah Sakit atau Klinik. Minimum perawatan ini adalah 5 (lima) hari kalender berturut-turut dan maksimum 180 (seratus delapan puluh) hari kalender per 1 (satu) Tahun Polis, dan
- 3) Dalam hal terdapat biaya penilaian sebelum perawatan di rumah diperlukan, maka hanya akan dapat diganti jika manfaat Biaya Juru Rawat Setelah Rawat Inap ini dapat disetujui. Kami berhak untuk meminta dokumentasi apapun atau hal khusus dari perawatan ini, termasuk tagihan asli, kuitansi, dan laporan yang diperlukan.

x. Manfaat Rehabilitasi, Konsultasi Ahli Gizi dan Pemantauan Kanker

- 1) Penggantian biaya yang Layak dan Lazim yang timbul atas perawatan dan Pelayanan Medis yang diperlukan sebagai berikut:
 - a. Biaya pengobatan dan konsultasi dengan Dokter Spesialis dan Ahli Gizi,
 - b. Biaya terapi rehabilitasi apabila Tertanggung mengalami perubahan fungsi fisik yang dilakukan oleh Tenaga Medis yang terdaftar dan memiliki surat izin praktik dari Lembaga berwenang di wilayah geografis di mana ia melakukan prakteknya, atau
 - c. Biaya konsultasi dan pemeriksaan setelah tindakan kuratif Kanker atau Kanker dinyatakan remisi selama maksimal 5 (lima) tahun sejak Perawatan aktif terakhir. **Penggantian biaya berikut tidak termasuk:**
 - Terapi hormon jangka panjang atau perawatan tambahan (adjuvant) jangka panjang lainnya yang diberikan untuk mencegah Kanker kambuh/timbul kembali, atau
 - Pemeriksaan laboratorium atau teknik pencitraan yang dilakukan untuk pemeriksaan kesehatan rutin yang tidak secara langsung terkait Kanker yang dialami oleh Tertanggung.
- 2) Manfaat ini berlaku jika Tertanggung telah didiagnosis dan menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Inap karena kondisi Penyakit berikut serta telah disetujui sebelumnya oleh Kami, dengan maksimum 30 (tiga puluh) kali kunjungan per 1 (satu) Tahun Polis, sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.

No	Penyakit Kritis	Tingkat	Kondisi Penyakit
1	Kanker	Rendah	a. <i>Carcinoma In Situ</i> b. Kanker Prostat Awal c. Kanker Tiroid Awal d. Kanker Kandung Kemih awal e. Leukemia Limfositik Kronis stadium awal
		Sedang	<i>Carcinoma In Situ</i> dan Kanker stadium awal lainnya pada organ tertentu yang diobati dengan operasi radikal (<i>Radical Surgery</i>)
		Tinggi	Kanker dengan tingkat keparahan tertentu dan tidak mencakup kanker yang sangat dini
2	Stroke	Rendah	a. Aneurisma pembuluh darah otak yang membutuhkan pembedahan b. <i>Cerebral Shunt Insertion</i>
		Sedang	Stroke yang memerlukan operasi arteri carotid
		Tinggi	Stroke yang mengakibatkan defisit neurologis permanen dengan gejala klinis yang menetap
3	Serangan Jantung	Rendah	Pemasangan alat pacu jantung atau defibrilator
		Tinggi	Serangan Jantung dengan tingkat keparahan tertentu
4	Luka Bakar Berat	Tinggi	Luka bakar derajat tiga (Seluruh lapisan Kulit) minimum 20% (dua puluh persen) dari luas permukaan tubuh Tertanggung dengan mengacu pada pedoman <i>The Rule of Nines</i> atau tabel <i>Lund and Browder Body Surface</i> .
5	Kecelakaan Berat	Tinggi	a. Kehilangan 1 (satu) anggota tubuh b. Tuli (hilangnya fungsi indra pendengaran) c. Bisu (kehilangan kemampuan bicara) d. Kelumpuhan minimal 1 (satu) bagian tubuh bagian bawah atau atas

xi. Pengobatan Efek Samping Setelah Kemoterapi dan/atau Radioterapi

Penggantian biaya yang Layak dan Lazim untuk Pengobatan Efek Samping Setelah Kemoterapi dan/atau Radioterapi (antibiotik, obat anti mual, steroid, obat penghilang rasa sakit, obat untuk meningkatkan kekebalan tubuh, transfusi darah) yang dialami oleh Tertanggung dan Dibutuhkan Secara Medis.

xi. Perawatan Paliatif

Perawatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit atau Klinik yang Dibutuhkan Secara Medis untuk meningkatkan kualitas hidup Tertanggung jika Penyakit yang dialami telah mencapai tahap yang membahayakan hidup Tertanggung berdasarkan informasi tertulis dari Tenaga Medis, yaitu melalui tindakan yang bertujuan untuk mengurangi rasa sakit, keluhan, dan gejala Penyakit itu sendiri tanpa adanya upaya untuk menyembuhkan penyakit yang dialami Tertanggung.

xi. Biaya Rawat Jalan untuk Penyakit Infeksi

- 1) Penggantian biaya yang Layak dan Lazim yang timbul atas perawatan yang diperlukan untuk pengobatan Penyakit infeksi yang terdiri dari: Demam Berdarah, Malaria, Tipus (Tifoid), Cikungunya, Zika, Campak, Rubela, Difteri dan Cacar Air. Perawatan ini dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik dengan batas maksimal 15 (lima belas) kunjungan dalam 1 (satu) Tahun Polis,
- 2) Biaya yang ditanggung meliputi biaya konsultasi, Obat - obatan dan pemeriksaan penunjang diagnostik ketika Tertanggung didiagnosa menderita salah satu dari Penyakit infeksi di atas yang tidak memerlukan Rawat Inap,
- 3) Diagnosis Penyakit infeksi ini harus dibuktikan melalui konfirmasi tertulis dari Tenaga Medis dan hasil tes laboratorium, dan
- 4) Kami berhak untuk menentukan setiap pengobatan Penyakit infeksi dalam Rawat Inap sebagai pengobatan Penyakit infeksi dalam Rawat Jalan untuk digabungkan dalam manfaat ini apabila menurut pemeriksa medis Kami pengobatan Rawat Inap tersebut dapat dilakukan sebagai pengobatan Rawat Jalan.

c) Manfaat Di Luar Wilayah Pertanggung

Penggantian Biaya Medis untuk Rawat Inap yang terjadi di luar Wilayah Pertanggung sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.

i. Manfaat Penggantian Rawat Inap Darurat di Luar Wilayah Pertanggung

Penggantian biaya yang Layak dan Lazim selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Luar Wilayah Pertanggung karena Kondisi Gawat Darurat, dengan ketentuan:

- 1) Pelayanan Medis yang dilakukan terhadap Tertanggung Dibutuhkan Secara Medis yang memerlukan perawatan di Unit Gawat Darurat,
- 2) Pelayanan Medis terjadi dalam kurun waktu 24 (dua puluh empat) jam dari sejak terjadinya kondisi kegawat daruratan, dan
- 3) Penggantian biaya Rawat Inap Darurat di Luar Wilayah Pertanggung dengan maksimum 90 (sembilan puluh) hari kalender per 1 (satu) Tahun Polis, sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.

ii. Manfaat Penggantian Rawat Inap di Luar Wilayah Pertanggungungan

Penggantian biaya yang Layak dan Lazim selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Luar Wilayah Pertanggungungan, dengan ketentuan:

- 1) Penggantian biaya akan dibayarkan sesuai dengan persentase biaya yang ditanggung sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection, dan
- 2) Penggantian biaya Rawat Inap di Luar Wilayah Pertanggungungan dengan maksimum 90 (sembilan puluh) hari kalender per 1 (satu) Tahun Polis, sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.

d) Manfaat Lainnya**i. Manfaat Santunan Harian Rawat Inap**

Kami akan memberikan Santunan Harian Rawat Inap dengan maksimum 75 (tujuh puluh lima) hari kalender per 1 (satu) Tahun Polis dengan besar manfaat sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection, dengan ketentuan:

- 1) Manfaat ini hanya akan dibayarkan apabila klaim telah dibayarkan seluruhnya oleh Polis asuransi dari perusahaan asuransi lain atau program asuransi yang memberikan pembayaran tunjangan kesehatan kepada karyawan atau asuransi yang dikelola oleh pemerintah, dan
- 2) Dalam hal klaim asuransi Rawat Inap dibayarkan sebagian, maka Kami akan membayarkan mana yang lebih besar antara selisih klaim asuransi Kesehatan yang belum dibayarkan dengan Manfaat Santunan Harian Rawat Inap.

ii. Manfaat Santunan Pemakaman

Dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Penyakit atau Kecelakaan, maka Kami akan membayarkan Manfaat Santunan Pemakaman sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection

iii. No Claim Bonus

Total Manfaat Tahunan akan meningkat sebesar 5% (lima persen) dari Total Manfaat Tahunan di Tahun Polis pertama setiap akhir Tahun Polis, dengan ketentuan:

- 1) Selama 2 (dua) Tahun Polis pertama tidak ada pengajuan klaim yang disetujui oleh Kami,
- 2) Di Tahun Polis ketiga dan seterusnya tidak ada pengajuan klaim yang disetujui oleh Kami dalam Tahun Polis berjalan untuk mendapatkan *No Claim Bonus* di Tahun Polis berikutnya,
- 3) Premi dibayarkan penuh sebelum melewati Masa Leluasa dan perpanjangan Polis Kami setuju,
- 4) Dalam hal Kamu melakukan perubahan Plan, maka *No Claim Bonus* yang telah terbentuk pada Plan sebelumnya akan dijumlahkan dengan *No Claim Bonus* yang akan terbentuk pada Plan terakhir yang berlaku. Perhitungan besaran *No Claim Bonus* akan mengikuti besaran Total Manfaat Tahunan dari Plan terakhir yang berlaku dengan tetap memperhatikan ketentuan perubahan Plan, dan
- 5) Maksimum total akumulasi *No Claim Bonus* yang diberikan adalah sebesar 50% (lima puluh persen) dari Total Manfaat Tahunan dari Plan terakhir.

iv. **Limit Booster**

Dalam hal Total Manfaat Tahunan sudah habis dibayarkan, maka Kami akan membayarkan Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection dengan menggunakan Total Manfaat yang berasal dari *Limit Booster* sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection yang besarnya akan berkurang sesuai dengan penggunaannya selama Masa Asuransi.

3. Maksimum manfaat yang dapat dibayarkan adalah sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.
4. Jika Rawat Inap dan Tindakan Bedah berlanjut sampai Tahun Polis berikutnya (apabila Polis diperpanjang), maka Manfaat Asuransi akan dibagi sesuai biaya per jenis perawatan yang timbul berdasarkan hari, pada Tahun Polis yang bersangkutan.
5. Jika biaya per jenis perawatan yang timbul tidak dapat dirinci berdasarkan hari, maka biaya akan dibagi sesuai persentase jumlah hari Rawat Inap yang sebenarnya untuk tiap Tahun Polis.
7. Jika Rawat Inap dan Tindakan Bedah berlanjut melewati tanggal berakhirnya Polis dan Polis tidak diperpanjang, maka Manfaat Asuransi akan tetap dibayarkan sampai dengan tanggal keluar Rumah Sakit atau Klinik atau hingga jangka waktu maksimal 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal berakhirnya Polis, yang mana yang lebih dahulu terjadi, dengan tetap memperhatikan batas maksimum pada Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection ini.
8. Jika Tertanggung juga memiliki asuransi kesehatan dari Kami maupun dari perusahaan asuransi lain atau program asuransi yang memberikan pembayaran tunjangan kesehatan kepada karyawan atau asuransi yang dikelola oleh pemerintah yang memberikan pertanggungungan sejenis bagi Penyakit/Cedera Tubuh, yang juga dipertanggungkan dalam produk ini, maka setelah dikurangi jumlah total dari semua manfaat asuransi yang telah dibayarkan sebelumnya untuk Penyakit/Cedera Tubuh tersebut, Kami akan membayarkan biaya yang tersisa sampai maksimum jumlah yang dipertanggungkan sesuai Tabel Manfaat Asuransi Tambahan FWD Hospital Care Protection.

Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection (Rupiah '000)

Manfaat	RINCIAN		PLAN				
			A	B	C	D	E
	Wilayah Pertanggungan		Indonesia	Asia (kecuali Singapura, Jepang dan Hongkong)	Asia	Seluruh Dunia (kecuali Amerika Serikat)	Seluruh Dunia
Total Manfaat Tahunan			5,000,000	5,000,000	10,000,000	20,000,000	25,000,000
Manfaat Rawat Inap dan Tindakan Bedah							
Biaya Kamar dan Akomodasi	Maksimum 365 hari kalender per Tahun Polis		Kamar Standar harga terendah dengan 1 (satu) tempat tidur dan kamar mandi di dalam, atau Batas Penggantian Harian, mana yang lebih besar			Satu tingkat di atas Kamar Standar harga terendah dengan 1 (satu) tempat tidur dan kamar mandi di dalam, atau Batas Penggantian Harian, mana yang lebih besar	
	Batas Penggantian Harian	Basic	1,000	1,000	1,500	1,500	1,500
		Optimal	2,000	3,000	5,000	8,000	12,000
Biaya Kamar dan Akomodasi	Maksimum 365 hari kalender per Tahun Polis		Sesuai Tagihan; sesuai batas maksimum Total Manfaat Tahunan				
Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU)	Maksimum 365 hari kalender per Tahun Polis						
Biaya Kunjungan Dokter Umum	Maksimum 2 kunjungan per hari						
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Maksimum 2 kunjungan per Dokter Spesialis per hari						
Biaya Aneka Perawatan	Maksimum per Tahun Polis						
Biaya Tindakan Bedah	Maksimum per Tahun Polis						
Biaya Implan dan Protesa	Maksimum 90 hari kalender setelah perawatan						
Biaya Ambulans Lokal	Maksimum per Tahun Polis						
Biaya Pendamping Pasien	Per hari, Maksimum 180 hari kalender per Tahun Polis		500	750	1,000	2,000	3,000
Penggantian Biaya untuk Donor Pihak Ketiga	Maksimum per Tahun Polis		200,000	300,000	500,000	500,000	500,000
Biaya Laporan Medis	Maksimum 1 laporan per kasus rawat inap		500	750	1,000	2,000	3,000
Manfaat Rawat Jalan							
Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap	Maksimum 30 hari kalender sebelum perawatan		Sesuai Tagihan; sesuai batas maksimum Total Manfaat Tahunan				
Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap	Maksimum 90 hari kalender setelah perawatan						
Biaya Fisioterapi (termasuk terapi okupasi dan wicara)	Maksimum 90 hari kalender per Tahun Polis, Maksimum 30 hari kalender sebelum Rawat Inap, selama Rawat Inap dan 90 hari kalender setelah Rawat Inap		Sesuai Tagihan; sesuai batas maksimum Total Manfaat Tahunan				
Biaya Cuci Darah (Hemodialisis)	Maksimum per Tahun Polis						
Biaya Perawatan Kanker	Maksimum per Tahun Polis						
Biaya Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Polis						
Biaya Rawat Jalan Darurat Gigi Karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Polis						
Perawatan dan Tindakan Bedah Rawat Jalan (One Day Surgery)	Maksimum per Tahun Polis						
Biaya Juru Rawat Setelah Rawat Inap	Per Hari, Maksimum 180 hari kalender per Tahun Polis						
Manfaat Rehabilitasi, Konsultasi Ahli Gizi dan Pemantauan Kanker	Per Kunjungan, Maksimum 30 kali Kunjungan per Tahun Polis		500	800	1,500	1,750	2,000
Pengobatan Efek Samping Setelah Kemoterapi dan/atau Radioterapi	Maksimum per Tahun Polis		5,000	7,500	15,000	20,000	30,000
Perawatan Paliatif	Maksimum selama Masa Asuransi		75,000	100,000	150,000	200,000	250,000
Biaya Rawat Jalan untuk Penyakit Infeksi	Per Kunjungan, Maksimum 15 kali Kunjungan per Tahun Polis		500	800	1,500	1,750	2,000
Manfaat Di Luar Wilayah Pertanggungan							
Manfaat Penggantian Rawat Inap Darurat di Luar Wilayah Pertanggungan	Maksimum 90 hari kalender per Tahun Polis		Sesuai Tagihan; sesuai batas maksimum Total Manfaat Tahunan				
Manfaat Penggantian Rawat Inap di Luar Wilayah Pertanggungan	Maksimum 90 hari kalender per Tahun Polis, Sesuai dengan persentase biaya yang ditanggung		Wilayah Pertanggungan				
			Indonesia	Asia (kecuali Singapura, Jepang, Hong Kong)	Asia	Seluruh Dunia (kecuali Amerika Serikat)	Seluruh Dunia
	Wilayah Rawat Inap	Indonesia	100%	100%	100%	100%	100%
		Asia (kecuali Singapura, Jepang, Hong Kong)	50%	100%	100%	100%	100%
		Singapura, Jepang, Hong Kong	15%	30%	100%	100%	100%
		Seluruh Dunia (kecuali Asia, Amerika Serikat)	10%	15%	60%	100%	100%
Amerika Serikat	5%	10%	40%	60%	100%		
Manfaat Lainnya							
Manfaat Santunan Harian Rawat Inap	Per Hari, Maksimum 75 hari kalender per Tahun Polis		1,000	1,500	2,000	3,000	4,000
Manfaat Santunan Pemakaman			15,000			40,000	
Limit Booster	Maksimum selama Masa Asuransi	Basic	8,000,000	8,000,000	30,000,000	30,000,000	35,000,000
		Optimal	15,000,000	15,000,000	40,000,000	40,000,000	50,000,000

Risiko-risiko Yang Perlu Diketahui

- **Risiko Klaim**
Risiko tidak dibayarkannya klaim karena risiko yang terjadi termasuk dalam Pengecualian Polis.
- **Risiko Pembatalan Polis**
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 oleh Kamu sudah termasuk biaya asuransi, biaya pemeliharaan Polis, biaya administrasi, dan biaya remunerasi bagi Agen Asuransi FWD Insurance.

Hal-Hal Yang Dapat Menyebabkan Manfaat Tidak Dibayarkan

1. Bunuh diri, percobaan bunuh diri atau melukai diri sendiri baik dilakukan dalam keadaan sadar atau tidak sadar oleh Tertanggung yang terjadi dalam waktu 1 (satu) tahun sejak Tanggal Berlaku Polis atau sejak tanggal terakhir pemulihan Polis atau sejak tanggal berlakunya perubahan Manfaat Asuransi Polis, yang mana tanggal terakhir berlaku;
2. Keterlibatan dari Tertanggung melakukan tindakan ilegal, melalaikan dan/atau melawan/melanggar hukum, baik dilakukan secara sadar maupun tidak sadar (*intoxication*), termasuk tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki atau turut memiliki kepentingan dalam pertanggungan asuransi ini;
3. Biaya pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis/alasan Rawat Inap, biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Tenaga Medis, biaya preventif (pencegahan penyakit) termasuk imunisasi/vaksinasi dan komplikasinya, suplemen makanan, vitamin yang tidak direkomendasikan oleh Tenaga Medis, biaya istirahat, biaya telekomunikasi, biaya penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan perawatan medis atau Perawatan dan/atau Pengobatan Eksperimental;
4. Semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan atau pembedahan gigi termasuk bedah mulut, gusi, atau struktur penyangga gigi secara langsung dan pengobatan yang terkait dengannya kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan;
5. Perawatan dan/atau tindakan/pembedahan yang berhubungan dengan kehamilan atau upaya untuk hamil, termasuk melahirkan, diagnosis dan perawatan ketidaksuburan, keguguran, aborsi, sterilisasi (*vasektomi*/MOP dan *tubektomi*/MOW) dan kontrasepsi, metode pengaturan kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya;
6. Perawatan dan/atau tindakan/pembedahan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan, *bulimia*, *anoreksia nervosa*, atau perawatan, dan atau pembedahan untuk memperbaiki fungsi atau bentuk organ tubuh dengan tujuan estetika atau kosmetika;
7. Perawatan dan/atau pembedahan untuk mengubah jenis kelamin,

8. Perawatan dan atau tindakan sirkumsisi/khitanan/sunat termasuk segala komplikasinya yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung selain sunat yang dilaksanakan sehubungan dengan indikasi medis;
9. *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*, *infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan/atau komplikasi yang berhubungan dengan keduanya;
10. Penyakit akibat hubungan seksual atau penyimpangan seksual;
11. Gangguan/cacat mental dan/atau kejiwaan (termasuk *neurosis*, *psikosomatis*, *psikosis*) atau perawatan yang ditangani oleh psikolog/psikiater;
12. Perang (baik dinyatakan maupun tidak), invasi oleh negara lain, operasi yang bersifat permusuhan atau menyerupai perang (baik dinyatakan atau tidak), pemberontakan, huru-hara atau kerusuhan, kudeta, perlawanan, revolusi, kekuatan militer atau bersenjata, atau ikut serta dalam aksi/kegiatan militer; atau
13. Reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasinya.

Persyaratan & Tata Cara

Persyaratan dan Tata Cara	
<p>Pengajuan Asuransi Jiwa</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kamu harus melengkapi persyaratan dan dokumen berikut: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) yang telah Kamu isi dengan benar dan lengkap; ✓ Kartu Identitas atas nama Kamu dan Tertanggung yang masih berlaku; ✓ Ilustrasi dan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Personal yang telah ditandatangani/ disetujui oleh Kamu; dan ✓ Dokumen pendukung lainnya Kamu wajib memberikan keterangan, data dan pernyataan dengan benar dan lengkap, memahami dokumen sebelum ditandatangani, dan memberikan persetujuan atas dokumen tersebut. Apabila ternyata keterangan, data dan pernyataan tersebut tidak sesuai dengan keadaan atau kondisi sebenarnya, maka Kami berhak membatalkan Polis dengan pemberitahuan secara tertulis sebelumnya kepada Kamu. Pengajuan asuransi dinyatakan diterima apabila semua syarat dan ketentuan sudah terpenuhi dan Kami telah menerima premi pertama sebagai salah satu syarat penerbitan dan berlakunya Polis. Apabila keterangan atau pernyataan dalam dokumen sebagai dasar pengajuan tersebut berubah, maka Kamu wajib memberitahukan kepada Kami selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak adanya perubahan tersebut.
<p>Pembayaran Premi</p>	<p>Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah termasuk biaya asuransi, biaya pemeliharaan Polis, biaya administrasi, dan biaya remunerasi bagi Agen Asuransi FWD Insurance.</p>
<p>Pengajuan Klaim</p>	<p>a. Fasilitas <i>Cashless</i> Fasilitas Cashless adalah fasilitas Layanan Kesehatan yang diberikan oleh Network Provider yang layanannya akan diberikan oleh Administrator Pihak Ketiga yang telah ditetapkan oleh FWD untuk memungkinkan Pemegang Polis memperoleh Layanan Kesehatan di Network Benefit.</p> <p>b. Fasilitas <i>Reimbursement</i> Kami atau Penerima Manfaat dapat mengajukan klaim Manfaat Asuransi dengan mengisi dan melengkapi dokumen yang disyaratkan secara digital, melalui:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>

Persyaratan dan Tata Cara

Dokumen Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim Manfaat Asuransi harus diajukan kepada Kami secara tertulis dilengkapi dengan berkas-berkas sebagai berikut

- a) Formulir Klaim Manfaat Hidup yang telah diisi dengan benar dan lengkap;
- b) Fotokopi tanda bukti diri yang sah dan masih berlaku dari Kamu dan Tertanggung;
- c) Surat kuasa asli dari Kamu (apabila dikuasakan);
- d) Formulir Klaim Manfaat Hidup yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh dokter yang merawat, atau Surat keterangan dari Tenaga Medis yang sah dan berwenang mengenai indikasi perawatan medis, atau Resume medis perawatan;
- e) Kuitansi asli dan perincian tagihan dari Rumah Sakit atau Klinik;
- f) Surat rekomendasi dari Tenaga Medis untuk Pemeriksaan Penunjang Diagnostik dan Laboratorium Sebelum Rawat Inap atau Tindakan Bedah, Implan dan/atau Protesa, Fisioterapi, Cuci Darah dan Perawatan Kanker;
- g) Salinan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep yang berkaitan dengan perawatan;
- h) Surat konfirmasi tertulis dari Rumah Sakit atau Klinik bahwa Kamar Standar yang ditempati oleh Tertanggung pada saat Rawat Inap merupakan kamar dengan jumlah tempat tidur terendah yang berlaku di Rumah Sakit atau Klinik (tidak berlaku untuk fasilitas *cashless*);
- i) Untuk Manfaat Santunan Harian Rawat Inap atau pengajuan pengajuan selisih klaim asuransi Kesehatan yang belum dibayarkan dari perusahaan asuransi lain atau program asuransi yang memberikan pembayaran tunjangan kesehatan kepada karyawan atau asuransi yang dikelola oleh pemerintah, maka melampirkan dokumen berupa kuitansi fotokopi legalisir dari Rumah Sakit atau Klinik dan Surat Koordinasi Manfaat yang diterbitkan dan ditandatangani oleh pejabat yang berwenang dari perusahaan/perusahaan asuransi lain; dan
- j) Dokumen lain yang dinyatakan perlu oleh Kami yang berkaitan dengan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi.

Pengajuan klaim Manfaat Asuransi khusus untuk Manfaat Santunan Pemakaman harus diajukan kepada Kami secara tertulis dilengkapi dengan berkas-berkas sebagai berikut:

- a) Formulir klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap;
- b) Fotokopi identitas yang masih berlaku dari Kamu, Tertanggung dan pihak yang mengajukan pembayaran klaim Manfaat Meninggal;
- c) Surat kuasa asli dari Penerima Manfaat (apabila dikuasakan);
- d) Surat keterangan kematian asli dari instansi yang berwenang;
- e) Surat keterangan asli dari Tenaga Medis yang sah dan berwenang tentang sebab-sebab kematian;
- f) Surat keterangan visum et repertum atau surat keterangan autopsi asli dari Tenaga Medis atau Rumah Sakit, apabila diperlukan;

Persyaratan dan Tata Cara		
<p>g) Surat keterangan asli dari Kepolisian apabila Tertanggung meninggal karena Kecelakaan;</p> <p>h) Surat keterangan kematian dari instansi setempat yang berwenang yang dilegalisir minimal oleh Konsulat Jenderal Republik Indonesia setempat, apabila Tertanggung meninggal di luar negeri; dan</p> <p>i) Dokumen lain yang Penanggung nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim Manfaat Santunan Pemakaman.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berkas-berkas klaim sebagaimana diatur di atas harus diajukan selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari kalender sejak berakhirnya Pelayanan Medis sebagaimana tercantum dalam kuitansi asli dan/atau rincian biaya dari Rumah Sakit atau Klinik atau 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tertanggung meninggal (untuk Manfaat Santunan Pemakaman). ▪ Apabila disetujui pembayaran klaim akan dilakukan 14 (empat belas) hari kerja setelah tanggal persetujuan klaim oleh Kami. ▪ Info lebih lanjut, Kamu / Penerima Manfaat dapat mengakses melalui website atau Agen Asuransi FWD Insurance atau FWD Customer Care. 		
<p>Pengaduan Terkait Produk dan Layanan</p>	 <p>FWD Customer Care</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hotline di 1500525 • Live Chat melalui website Kami di fwd.co.id • WhatsApp di (+62) 8551500525 • Email ke CustomerCare.id@fwd.com 	 <p>Kantor Pusat FWD Insurance</p> <p>PT FWD Insurance Indonesia Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot 10, Jl. Jend Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan 12190, Indonesia</p>

Simulasi

Bapak Pintar, usia 35 tahun membeli FWD Hospital Care Protection untuk dirinya, dengan rincian sebagai berikut:



	Tertanggung	: Bapak Pintar
	Pemegang Polis	: Bapak Pintar
	Plan	: B - Basic
	Premi Dasar	: Rp7.582.000/tahun
	Ekstra Premi	: -
	Wilayah Pertanggung	: Asia (kecuali Singapore, Jepang dan Hongkong)
	Masa Asuransi	: Berjangka diperbaharui setiap tahun, sampai dengan Bapak Pintar mencapai usia 100 tahun
	Masa Pembayaran Premi	: Sampai dengan Bapak Pintar mencapai usia 99 tahun

Skenario Pembayaran Manfaat:

Pada usia 35 tahun Bapak Pintar jatuh sakit sehingga harus menjalani rawat inap di rumah sakit, maka akan digantikan biaya rumah sakit sesuai dengan plan yang dipilih yaitu plan B - Basic, dengan ketentuan sebagai



Kelas kamar standar terendah dengan 1 tempat tidur dan kamar mandi di dalam atau Rp 1.000.000/hari (mana yang lebih besar)



Wilayah pertanggung Asia (kecuali Singapore, Jepang dan Hongkong)



Total Manfaat Tahunan Rp5 Miliar



Limit Booster Rp8 Miliar selama Masa Asuransi

Informasi Tambahan

Masa Pembelajaran Polis (<i>Free Look Period</i>)	<p>Kamu memiliki Masa Pembelajaran selama 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal Polis diterima oleh Kamu untuk mempelajari syarat dan ketentuan dari Polis yang berlaku telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Kamu, jika tidak Polis dapat dibatalkan dengan pemberitahuan tertulis kepada Kami.</p>
Negara Tempat Tinggal	<p>Dalam hal Tertanggung bertempat tinggal atau berdomisili di luar wilayah Indonesia dalam kurun waktu 6 (enam) bulan berturut-turut, maka Manfaat Asuransi tidak berlaku atas Tertanggung tersebut, kecuali keberadaan Tertanggung di luar wilayah Indonesia sedang menjalankan Pelayanan Medis atas rekomendasi Tenaga Medis yang merawat. Polis akan tetap berlaku selama Anda membayar Premi.</p>
Pengakhiran Asuransi	<p>Kamu dapat mengajukan pengakhiran asuransi dengan cara mengirimkan permohonan pengakhiran asuransi secara online (melalui <i>e-services</i>) atau secara tertulis (mengirimkan formulir pengakhiran asuransi), dan akan berlaku efektif pada saat pengakhiran tersebut disetujui dan tercatat oleh Kami.</p>
Pemulihan Polis	<p>Pemulihan Polis hanya dapat dilakukan dengan persetujuan Kami apabila Polis berakhir (karena Premi perpanjangan belum Kami terima sampai dengan berakhirnya Masa Leluas) dan diajukan kepada Kami paling lambat sebelum 24 (dua puluh empat) bulan setelah tanggal berakhirnya Polis dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tertanggung belum berusia 80 (delapan puluh) tahun pada saat pemulihan Polis dilakukan; Melengkapi formulir permohonan pemulihan Polis yang tersedia; Memenuhi persyaratan yang Kami tetapkan; Membayar lunas Premi yang Kami tentukan pada saat pemulihan Polis; dan Menanggung semua biaya yang timbul yang berkaitan dengan pemulihan Polis yang menjadi tanggungan Kamu.
Berakhirnya Pertanggungan	<p>Polis secara otomatis akan berakhir pada saat:</p> <ol style="list-style-type: none"> Premi perpanjangan belum diterima Penanggung sampai dengan berakhirnya Masa Leluasa; Tertanggung mencapai usia 100 (seratus) tahun pada saat ulang Tahun Polis; Tertanggung meninggal; Diajukan permohonan pembatalan Polis oleh Kamu secara tertulis; Pembatalan Polis oleh Kami karena keterangan, data dan pernyataan tidak sesuai dengan keadaan atau kondisi sebenarnya; atau Tidak disetujuinya perpanjangan Polis oleh Kami. <p>Hal mana yang lebih dahulu terjadi.</p>

<p>Masa Leluasa (Grace Period)</p>	<p>Masa tenggang waktu selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Kamu diwajibkan untuk melakukan pembayaran Premi, dimana Polis akan tetap berlaku walaupun premi belum dibayar lunas.</p>
<p>Masa Tunggu</p>	<p>a) Masa di mana manfaat Asuransi tidak berlaku, kecuali untuk yang disebabkan Kecelakaan, yaitu selama 30 (tiga puluh) hari kalender pertama dan/atau 12 (dua belas) bulan untuk Penyakit Khusus sejak :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tanggal Berlaku Polis; b. Tanggal pemulihan Polis; atau c. Tanggal perubahan Plan Manfaat Polis. <p>Hal mana yang lebih dulu terjadi.</p> <p>b) Masa Tunggu untuk Penyakit Khusus selama 12 bulan pertama sejak Tanggal Berlaku Polis untuk setiap kondisi yang disebabkan oleh:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Semua jenis Katarak; b. Semua Penyakit dan/atau kelainan pada hidung dan tenggorokan, termasuk Tonsil, Adenoid, Sinus dan Septum yang memerlukan tindakan bedah; c. Semua jenis kelainan pada kelenjar Gondok (Tiroid); d. Semua jenis Asma, termasuk tetapi tidak terbatas pada Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK); e. Semua jenis TBC (Tuberculosis); f. Semua jenis Penyakit/kelainan pada pembuluh darah otak; g. Tekanan darah tinggi (Hipertensi), semua jenis Penyakit/kelainan jantung dan pembuluh darah (Kardiovaskuler); h. Semua jenis Hepatitis, dan Sirosis hati; i. Peradangan dan batu pada sistem saluran/kandung empedu; j. Penyakit Kencing manis; k. Tukak lambung dan/atau Tukak usus 12 (dua belas) jari; l. Peradangan dan batu pada ginjal dan sistem saluran/ kandung kemih; m. Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk tetapi tidak terbatas pada Varikokel, Endometriosis, Fibroid/Miom di rahim; n. Semua jenis Hernia termasuk Herniasi Nukleus Pulposus (HNP); o. Wasir dan/atau Fistula ani; p. Eplilepsi/Ayan; atau q. Semua jenis benjolan, Tumor/Kista dan/atau Kanker.

Definisi

- **Pemegang Polis** berarti Badan hukum atau individu yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Kami atau juga disebut **Kamu**.
- **Penanggung** berarti PT FWD Insurance Indonesia atau juga disebut **Kami**.
- **Tertanggung** berarti terdiri dari Tertanggung Utama dan Tertanggung Tambahan (jika ada).
- **Tertanggung Utama** berarti yang atas dirinya diadakan perjanjian asuransi, dimana terdapat kepentingan asuransi atau hubungan kepentingan asuransi (*insurable interest*) dengan Penanggung.
- **Tertanggung Tambahan** berarti Tertanggung selain Tertanggung Utama yang atas dirinya diadakan perjanjian asuransi, di mana terdapat kepentingan asuransi atau hubungan kepentingan asuransi (*insurable interest*) dengan Anda.
- **Penerima Manfaat** berarti Pihak yang diberi hak untuk menerima Manfaat Asuransi sebagaimana dicantumkan dalam Polis dengan ketentuan pihak yang diberi hak tersebut mempunyai hubungan kepentingan terhadap Tertanggung atas Manfaat Asuransi yang bersangkutan (*insurable interest*) dan sepanjang tidak bertentangan dengan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di negara Republik Indonesia.
- **Polis** berarti Dokumen yang berisi perjanjian asuransi antara Kami dan Kamu, baik yang berbentuk cetak atau digital/elektronik, yang meliputi Ketentuan Umum dan/atau Ketentuan Tambahan, dan/atau Ketentuan Khusus 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 Sejumlah uang yang Anda bayarkan kepada Kami sehubungan dengan penutupan Polis ini termasuk Ekstra Premi (jika ada).
- **Ringkasan Polis** berarti dokumen yang berisi intisari dari pertanggungan Polis.
- **Surat Permohonan Asuransi Jiwa (“SPAJ”)** berarti Surat atau formulir permohonan berikut dokumen lain yang dilekatkan baik dalam bentuk elektronik atau bentuk lainnya yang Kami sediakan, yang wajib diisi dan dilengkapi oleh Kamu dan/atau Tertanggung sebagai syarat permohonan asuransi jiwa.
- **Uang Pertanggungan** berarti Sejumlah uang tertentu yang tercantum dalam Ringkasan Polis yang merupakan Manfaat Asuransi Polis.
- **Ekstra Premi** berarti tambahan atas Premi Dasar sehubungan dengan kondisi tertentu Tertanggung berdasarkan pertimbangan Kami dalam seleksi risiko atas pertanggungan ini.
- **Plan** berarti keseluruhan Manfaat Asuransi yang diberikan oleh Kami kepada Tertanggung sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.



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 Kami.
- Kamu harus membaca dengan teliti RIPLAY Umum ini dan berhak bertanya kepada Kami dan/atau Agen Asuransi Kami atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
- Definisi dan keterangan lebih lengkap dapat Kamu pelajari pada Polis yang Kami terbitkan jika pengajuan asuransi Kamu disetujui.
- RIPLAY Umum ini hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk **FWD Hospital Care Protection**, dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat. Kamu wajib membaca dan memahami seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana tercantum dalam Polis **FWD Hospital Care Protection**.
- Premi yang dibayarkan oleh Kamu sudah termasuk biaya asuransi, biaya pemeliharaan Polis, biaya administrasi dan biaya remunerasi bagi Agen Asuransi FWD Insurance.
- Kami dapat menolak permohonan pengajuan asuransi apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.

Tanggal Cetak Dokumen

26 Juli 2023