

POLIS ASURANSI MAGNA SECURE + KECELAKAAN DIRI

SYARAT-SYARAT UMUM

BAGIAN I. MANFAAT ASURANSI PENYAKIT KRITIS

1. KEABSAHAN

Orang yang berhak dan sah untuk dijaminakan di dalam polis asuransi ini adalah :

- a) Tertanggung antara usia 17 tahun sampai dengan ulang tahun ke 65.
- b) Pasangan dan anak tidak ditanggung.

2. JANGKA WAKTU POLIS

Penjaminan polis asuransi ini efektif sejak tanggal yang tercatat dalam ikhtisar.

3. JANGKAUAN PERTANGGUNGAN

Faedah-faedah polis ini berlaku diseluruh dunia dan akan dibayarkan sesuai dengan biaya wajar yang biasa dibebankan sesuai dengan standar biaya yang berlaku di Indonesia.

4. PERNYATAAN TIDAK BENAR

Jika penanggung menemukan fakta atau informasi yang berhubungan dengan asuransi kesehatan atau mempengaruhi resiko dinyatakan dengan tidak benar atau dihilangkan atau direkayasa maka tanggung jawab Penanggung kepada Tertanggung menjadi batal. Hal ini juga berlaku jika Tertanggung membuat klaim apapun yang mengandung unsur penipuan atau membesar besarkan atau jika pemegang polis atau tertanggung membuat pernyataan yang salah untuk mendukung klaim tersebut.

Jika usia tertanggung ternyata juga dinyatakan tidak benar sehingga premi yang telah dibayarkan tidak mencukupi, maka perjanjian ini akan menjadi batal dan Penanggung akan mengembalikan premi setelah dipotong biaya administrasi.

5. ISTILAH-ISTILAH

Penanggung : adalah Perseroan Terbatas (PT) Asuransi Multi Artha Guna Tbk. yang berkedudukan di The City Centre Batavia Tower One, 17th Floor, Jl. KH Mas Mansyur Kav.126 Jakarta 10220.

Tertanggung/Pemegang Polis : Individu yang namanya muncul secara spesifik dalam Sertifikat Asuransi. Untuk menghindari keraguan, dinyatakan bahwa ahli waris, eksekutor, administrator, atau kuasa hukum Tertanggung yang berhak mengajukan klaim atas nama Tertanggung kepada Penanggung.

Ahli Waris : Orang yang ditunjuk oleh Tertanggung untuk menerima jaminan asuransi berdasarkan Polis ini, yang bisa diklaim setelah Tertanggung meninggal dunia. Untuk mencegah keraguan, dinyatakan bahwa jika tertanggung masih di bawah umur, walinya berhak menunjuk kandidat penerima asuransi.

Cedera : Luka fisik pada tubuh yang tidak disengaja, selain penyakit atau gangguan kesehatan murni, yang secara langsung disebabkan oleh faktor luar yang kasat mata, kekerasan, dan jelas serta dibuktikan dan dibenarkan oleh Dokter.

Ikhtisar Pertanggungan : Meliputi ikhtisar dalam Polis ini dan bagian-bagian di dalamnya, serta tambahan-tambahan lainnya yang mengikuti, terlampir, dan/atau menjadi bagian dari Polis ini.

Kecelakaan : Situasi tak disengaja, tak diduga dan tiba-tiba yang terjadi akibat penyebab eksternal, kasat mata dan merusak.

Lembaga Keuangan : Lembaga yang bertindak menyediakan jasa keuangan bagi nasabahnya.

Masa Asuransi : Jangka waktu yang dimulai dari tanggal bergabungnya Tertanggung berdasarkan Polis ini, seperti dijelaskan dalam Sertifikat Asuransi, sebelum Tanggal Awal Berlakunya Asuransi namun setelah Tanggal Awal Berlakunya Polis, dan berakhir pada Tanggal Tenggat Masa Berlaku Asuransi, seperti tertera dalam Sertifikat Asuransi.

Masa Tunggu Polis Penyakit Kritis : adalah 90 hari dari tanggal awal berlakunya Asuransi, Penanggung tidak bertanggung jawab atas penggantian klaim/ kondisi penyakit yang terjadi dalam periode masa tunggu.

Kondisi Pra Asuransi : Kondisi atau penyakit yang sudah ada (Pre Existing Condition), baik disadari maupun tidak disadari, sebelum masa penjaminan polis ini berlaku, termasuk semua komplikasi yang diakibatkannya

Kondisi Medis : Suatu keadaan yang termasuk atau berhubungan dengan bidang kedokteran dan/atau kesehatan.

Nilai Uang Pertanggungan : Jumlah uang pertanggungan bagi setiap Tertanggung berdasarkan syarat dan ketentuan dalam Polis ini dan Penanggung bertanggung jawab penuh atas uang pertanggungan tersebut sesuai dengan Polis ini.

Pemberitahuan Klaim : Proses pemberitahuan soal klaim kepada Penanggung dengan merinci kejadian yang menyebabkan klaim serta alamat/nomor telepon tempat notifikasi klaim tersebut harus ditujukan.

Verifikasi Klaim : Proses Analisa dan Investigasi Medis/ Non Medis terhadap dokumen klaim yang diajukan oleh Tertanggung kepada Penanggung, maksimum dalam jangka waktu 60 hari kerja sejak dokumen diterima dengan lengkap oleh Penanggung.

Dokter : Orang yang berkualifikasi dalam bidang kedokteran umum atau spesialis dan memiliki surat ijin praktek resmi yang masih berlaku.

Rekomendasi Final : Ketetapan pernyataan medis dari Dokter yang merawat atau opini kedua dari Dokter lainnya, yang mendukung pernyataan medis dari Dokter yang merawat, berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan.

Penyakit : Gangguan kesehatan atau keadaan sakit atau kondisi patologis yang mengakibatkan kelainan pada fungsi normal tubuh (fisiologis) yang kambuh selama masa berlakunya Polis dan membutuhkan penanganan medis.

- a. **Kondisi akut** – Penyakit, gangguan kesehatan, atau cedera yang masih bisa dipulihkan dengan penanganan cepat yang bertujuan mengembalikan pasien secepatnya ke keadaan semula seperti sebelum datangnya penyakit, yang berdampak kepulihan total.
- b. **Kondisi Kronis** – Kondisi yang dijelaskan sebagai penyakit, gangguan kesehatan, atau cedera yang memiliki satu atau lebih ciri-ciri berikut ini :
 - Memerlukan pengawasan berkelanjutan atau jangka panjang melalui konsultasi, pemeriksaan, pengamatan, dan/atau tes.
 - Membutuhkan kontrol berkelanjutan atau jangka panjang atau pencegahan gejala.
 - Memerlukan rehabilitasi atau pelatihan khusus agar terbiasa hidup dengan penyakit yang diderita.
 - Berkelanjutan tanpa batas waktu.
 - Selalu kambuh atau ada kemungkinan kambuh lagi.

Polis : Adalah perjanjian yang diterbitkan oleh Penanggung untuk Tertanggung yang mencantumkan rincian ruang lingkup pertanggungan yang tersedia bagi Tertanggung, dengan pengecualian pertanggungan yang diatur oleh syarat dan ketentuan dalam aturan Polis.

Sertifikat : Adalah sertifikat asuransi yang diterbitkan oleh Penanggung untuk Tertanggung yang menyatakan bahwa Tertanggung berhak atas jaminan asuransi berdasarkan Polis ini.

Masa Bertahan Hidup : Terlepas dari hal-hal bertentangan yang terdapat pada polis ini, Penanggung tidak bertanggung jawab atas pembayaran yang timbul dari klaim yang diajukan Tertanggung jika yang bersangkutan tidak mampu bertahan hidup minimal 30 hari. Dimana seorang tertanggung bertahan hidup lebih dari 30 hari sejak didiagnosa salah satu penyakit kritis dan ditegakkan dengan pemeriksaan/tindakan medis.

6. PENJELASAN PENYAKIT YANG DIJAMIN

Keadaan yang ditanggung : Dalam kaitan dengan jaminan ini dan pemenuhan kewajiban/tanggung jawab Penanggung di dalamnya, "**Keadaan yang Ditanggung**" yang terkait dengan pihak Tertanggung berarti, penyakit, kondisi medis, atau rekomendasi final yang diberikan oleh Dokter seperti yang dijelaskan di bawah ini yang gejala atau ciri-cirinya pertama kali diderita setelah melebihi dari 90 (sembilan puluh) hari dan setelah dimulainya Masa Asuransi, yang meliputi :

1. Diagnosis pertama atas penyakit berikut ini yang dijelaskan secara rinci di bawah ini :

1. KANKER UTAMA

- I. Tumor ganas yang ditandai dengan pertumbuhan dan penyebaran sel secara liar sehingga menyerang dan merusak jaringan tubuh normal. Diagnosis penyakit ini harus didukung oleh bukti histologi adanya kanker ganas dan dibenarkan oleh ahli Patologi. Definisi kanker meliputi Leukemia, Limfoma, dan Sarkoma.
- II. Kondisi yang tidak termasuk dalam pertanggung :
 - i. Tumor yang menunjukkan pertumbuhan sel kanker ganas yang belum menyebar ke jaringan lain & tumor yang secara histologi dianggap masih jinak atau tidak berpotensi menyebar, termasuk tapi tidak terbatas pada : tumor pra-ganas pada payudara, tumor jinak pada leher/mulut rahim.
 - ii. Kanker kulit yang belum mencapai tahap melanoma ganas yang berpotensi menyebar.
 - iii. Segala bentuk tumor prostat kecuali secara histologi telah masuk dalam kategori kanker dengan angka Gleason lebih dari 6 atau setidaknya telah masuk klasifikasi stadium TNM dengan kode T2N0M0.
 - iv. Karsinoma papiler kecil pada kelenjar tiroid dengan diameter kurang dari 1 cm..
 - v. Karsinoma mikro (tumor kecil) pada kandung kemih.
 - vi. Segala jenis tumor akibat adanya infeksi HIV.

2. GAGAL GINJAL YANG MEMERLUKAN CUCI DARAH SECARA RUTIN

Penyakit ginjal tahap akhir yang menyebabkan kegagalan permanen pada fungsi kedua ginjal, sehingga harus dilakukan cuci darah secara rutin (baik hemodialisis maupun dialisis peritonial) atau transplantasi ginjal. Diagnosis untuk kondisi ini harus dikemukakan oleh Dokter/Dokter Spesialis.

3. SKLEROSIS MULTIPLE DENGAN GEJALA MENETAP

Terjadinya gejala tertentu akibat sklerosis multipel. Diagnosis untuk kondisi ini harus didukung faktor-faktor berikut ini :

- i. Pemeriksaan yang meliputi MRI dan CSF, yang hasilnya secara tegas membenarkan diagnosis adanya sklerosis multipel.
- ii. Ada kelainan klinis yang jelas pada fungsi syaraf motorik atau sensorik dan berlangsung terus menerus minimal selama 6 bulan, dan
- iii. Ada catatan valid tentang gejala atau kelainan neurologis (syaraf) yang pernah dialami saat bertambah parah atau berhenti untuk sementara, dengan dua gejala yang terekam secara klinis dengan jeda waktu satu bulan antara satu gejala dan yang berikutnya.

Kerusakan neurologis (syaraf) karena penyebab lainnya, seperti SLE (Lupus) dan HIV, tidak ditanggung.

Atau

2. Untuk pertama kalinya menjalani prosedur bedah berikut ini, yang dijelaskan secara rinci di bawah ini:

1. TRANSPLANTASI ORGAN VITAL/SUMSUM TULANG BELAKANG

Tindakan ini meliputi transplantasi terhadap :

- I. Salah satu organ tubuh berikut ini : Jantung, paru-paru, hati, ginjal, dan pankreas yang disebabkan oleh tak berfungsinya organ-organ tersebut secara total, atau
- II. Sumsum tulang belakang dengan menggunakan sel punca pembentuk darah. Tindakan transplantasi ini harus disetujui oleh Dokter/Dokter Spesialis.

Kondisi yang tidak masuk dalam pertanggunggaan:

- Transplantasi sel punca lainnya.
- Transplantasi hanya terhadap sel endokrin pankreas.

2. BEDAH TERBUKA PENGGANTIAN ATAU PERBAIKAN KERUSAKAN PEMBULUH JANTUNG

Pengambilan tindakan bedah pembuluh jantung terbuka dilakukan untuk mengganti atau memperbaiki kerusakan pada satu atau lebih pembuluh jantung yang disebabkan oleh kecacatan, kelainan, atau penyakit pembuluh jantung. Diagnosis atas kelainan pembuluh jantung harus didukung oleh hasil ekokardiografi, dan pelaksanaan tindakan bedah harus disetujui oleh Dokter Spesialis. Teknik kateterisasi yang meliputi tapi tidak terbatas pada pembalanan (pelebaran) valvotomi/valvuloplasti tidak masuk dalam pertanggunggaan.

3. PEMBEDAHAN / CANGKOK BYPASS ARTERI JANTUNG

Tindakan bedah jantung terbuka untuk memperbaiki kerusakan satu atau lebih pembuluh arteri koroner yang menyempit atau tersumbat dengan metode cangkok bypass (CABG). Diagnosis atas kondisi ini harus didukung oleh kateterisasi jantung (angiografi koroner), dan pelaksanaan operasi harus disetujui oleh Dokter/Dokter Spesialis.

3. Keadaan medis yang pertama kali terjadi, yang dijelaskan secara rinci di bawah ini:

1. STROKE YANG MENYEBABKAN GEJALA MENETAP

Segala gangguan aliran darah ke otak yang mengakibatkan abnormalitas neurologis (syaraf) secara permanen. Hal ini termasuk sumbatan pada jaringan otak, pembekuan darah pada pembuluh dalam otak, perdarahan, dan hambatan aliran darah yang bersumber dari luar tempurung otak. Diagnosis untuk kondisi ini harus dibenarkan oleh dokter/Dokter spesialis dan dibuktikan dengan gejala klinis umum serta hasil uji CT Scan atau MRI terhadap otak. Bukti kecacatan neurologis (syaraf) yang berlangsung minimal selama 3 bulan juga harus ditunjukkan.

Kondisi yang tidak masuk dalam pertanggunggaan:

- Stroke ringan atau serangan Iskemik Transient (TIA).
- Cedera otak traumatis.
- Kelainan pembuluh darah yang hanya berdampak pada mata, syaraf penglihatan, atau keseimbangan (vestibular).

2. SERANGAN JANTUNG PERTAMA (INFARK MYOCARD)

Kejadian pertama Infark Miokard (serangan jantung) yang berarti terhentinya fungsi suatu bagian otot jantung yang disebabkan oleh tidak cukupnya aliran darah ke area yang membutuhkan. Diagnosis atas penyakit ini bisa dibuktikan melalui kriteria berikut ini:

- i. Gejala-gejala klinis yang pernah muncul dan sesuai dengan diagnosis penyakit Serangan Jantung Akut (misal: rasa sakit di bagian dada).
- ii. Perubahan yang tidak wajar pada denyut jantung yang terpantau lewat elektrokardiogram.
- iii. Peningkatan kadar enzim infark tertentu, Troponin, atau indikator biokimia tertentu.

Kondisi yang tidak masuk dalam pertanggunggaan:

- i. Elevasi Infark Miokard Non-ST (NSTEMI)—ketidakseimbangan antara permintaan dan suplai oksigen ke miokardium—dengan peningkatan Troponin I atau T.
- ii. Sindrom koroner akut lainnya.
Segala jenis Angina Pectoris (nyeri dada).

3. KELUMPUHAN TOTAL BAGIAN TUBUH

Tidak berfungsinya dua bagian tubuh atau lebih secara total dan permanen akibat cedera, penyakit otak, atau tulang ekor. Kondisi ini harus didukung pernyataan dokter/Dokter spesialis bahwa kelumpuhan tersebut akan dialami seumur hidup tanpa bisa disembuhkan dan berlangsung lebih dari 3 bulan.

7. PROSES PENANGANAN KLAIM

Apabila klaim yang diajukan setelah terjadinya Keadaan yang Ditanggung seperti dijelaskan dalam Bab ini, Keadaan tersebut, seperti diterangkan sebelumnya, harus dilaporkan kepada Penanggung dalam jangka **waktu 30 hari** sejak tanggal diagnosis pertama penyakit yang diderita, tanggal pelaksanaan prosedur bedah, atau tanggal terjadinya kasus medis yang dialami, dan Tertanggung harus menyiapkan serta menyerahkan berkas-berkas berikut ini kepada Penanggung :

a) Daftar berkas/dokumen umum untuk semua penyakit kritis:

1. Sertifikat (Resume Medis/Formulir Klaim) dari Dokter yang menangani Tertanggung, yang antara lain mengkonfirmasi :
 - a) Nama Tertanggung
 - b) Nama, tanggal kejadian dan catatan medis rinci Keadaan yang Ditanggung
 - c) Konfirmasi bahwa Keadaan yang Ditanggung tidak berkaitan dengan Penyakit Pra-Asuransi atau penyakit/cedera yang muncul dalam 3 bulan pertama sejak dimulainya Masa Berlaku Asuransi
2. Formulir klaim yang diisi dengan sebenar-benarnya
3. Surat/Kartu Pasien Pulang asli dari Rumah Sakit/Dokter
4. Bukti Foto identitas pemohon/kandidat
5. Bukti alamat pemohon/kandidat
6. Foto berwarna terbaru ukuran paspor pemohon/kandidat
7. Dokumen lainnya yang mungkin dibutuhkan oleh Penanggung

Daftar lengkap berkas untuk setiap Penyakit Kritis.

KANKER UTAMA

1. Formulir Klaim
2. Fotokopi Kartu Pasien Pulang dari Rumah Sakit
3. Fotokopi Tagihan Rumah Sakit
4. Fotokopi tagihan pemeriksaan/obat
5. Laporan hasil pemeriksaan
6. Rincian Pengobatan yang dijalani Tertanggung sejak awal sakit
7. Surat keterangan dari Dokter yang berisi penjelasan soal keluhan yang dialami lengkap dengan durasi keluhan, serta catatan medis pasien sebelumnya.
8. Laporan hasil pemeriksaan Histopatologi / Sitologi / Jarum Halus Aspirasi Sitologi (FNAC) / Biopsi / Imunohistokimia
9. Laporan hasil pemeriksaan Sinar-X/CT Scan/Pemindaian MRI/Radioisotop/Tulang
10. Hasil tes darah
11. Hasil pemeriksaan khusus lainnya yang mendukung diagnosis, seperti PAP Smear/Mamografi, dll.
12. Fotokopi Sertifikat Asuransi
13. Bukti usia Tertanggung : Kartu Identitas/Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspor

GAGAL GINJAL YANG MEMBUTUHKAN CUCI DARAH SECARA RUTIN

1. Formulir klaim
2. Fotokopi Kartu Pasien Pulang dari Rumah Sakit
3. Fotokopi Tagihan Rumah Sakit
4. Fotokopi tagihan pemeriksaan/obat

5. Laporan hasil pemeriksaan
6. Laporan hasil konsultasi berisi penjelasan soal keluhan yang dialami lengkap dengan durasi keluhan, catatan medis pasien sebelumnya beserta durasi, serta perawatan dan pengobatan yang dianjurkan
7. Hasil Tes Darah—khususnya Hasil Tes Fungsi Ginjal (Kreatinin Darah, Nitrogen Urea Darah, dan kadar Elektrolit dalam darah) yang pernah dijalani sebelumnya (kurang dari Dua Minggu sejak tanggal hilangnya fungsi ginjal)
8. Tanda bukti/tagihan cuci darah yang pernah dijalani belum lama ini
9. Hasil Pemindaian Ginjal (Renal Scan)
10. Surat keterangan dari ahli neurologi tentang diagnosis atas Gagal Ginjal Stadium Akhir
11. Fotokopi Sertifikat Asuransi
12. Bukti usia Tertanggung : Kartu Identitas/Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspor

SKLEROSIS MULTIPEL DENGAN GEJALA MENETAP

1. Formulir klaim
2. Fotokopi Kartu Pasien Pulang dari Rumah Sakit
3. Fotokopi Tagihan Rumah Sakit
4. Fotokopi tagihan pemeriksaan/obat
5. Laporan hasil pemeriksaan
6. Laporan hasil konsultasi berisi penjelasan soal keluhan yang dialami lengkap dengan durasi keluhan, catatan medis pasien sebelumnya beserta durasi, serta perawatan dan pengobatan yang dianjurkan
7. Laporan hasil CT Scan/Pemindaian MRI
8. Laporan Uji Aktivitas Listrik Otot (Elektromyogram)
9. Laporan hasil Biopsi/Sitologi
10. Hasil Tes Darah Khusus : Kreatin Fosfokinase / Antibodi Anti-Nuklear, Protein C – Reaktif / fungsi kekebalan (autoimunitas)
11. Pemeriksaan darah lainnya yang terkait
12. Konfirmasi dari Rumah Sakit tentang diagnosis Sklerosis Multipel dan lamanya penyakit itu diderita
13. Fotokopi Sertifikat Asuransi
14. Bukti usia Tertanggung : Kartu Identitas/Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspor

TRANSPLANTASI ORGAN VITAL/SUMSUM TULANG BELAKANG

1. Formulir klaim
2. Fotokopi Kartu Pasien Pulang dari Rumah Sakit
3. Fotokopi Tagihan Rumah Sakit
4. Fotokopi tagihan pemeriksaan/obat
5. Laporan hasil pemeriksaan
6. Laporan hasil konsultasi berisi penjelasan soal keluhan yang dialami lengkap dengan durasi keluhan, catatan medis pasien sebelumnya beserta durasi, serta perawatan dan pengobatan yang dianjurkan
7. Laporan Hasil Pemindaian/Histopatologi/Sitologi/Jarum Halus Aspirasi Sitologi (FNAC) / Biopsi yang menunjukkan berhentinya fungsi organ tertentu secara total tanpa harapan pulih
8. Laporan hasil Biopsi Sumsum Tulang Belakang
9. Surat pernyataan dari Dokter Spesialis yang menyatakan kebutuhan akan transplantasi (organ yang ditanggung: Jantung, paru-paru, hati, pankreas, ginjal, sumsum tulang belakang)
10. Fotokopi Sertifikat Asuransi
11. Bukti usia Tertanggung : Kartu Identitas/Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspor

BEDAH TERBUKA PENGANTIAN ATAU PERBAIKAN KERUSAKAN PEMBULUH JANTUNG

1. Formulir klaim
2. Fotokopi Kartu Pasien Pulang dari Rumah Sakit
3. Fotokopi Tagihan Rumah Sakit
4. Fotokopi tagihan pemeriksaan/obat
5. Laporan hasil pemeriksaan
6. Laporan hasil konsultasi berisi penjelasan soal keluhan yang dialami lengkap dengan durasi keluhan, catatan medis pasien sebelumnya beserta durasi, serta perawatan dan pengobatan yang dianjurkan.

7. Laporan pemeriksaan dengan Sinar-X dan Ekokardiografi 2
8. Surat pernyataan dari Ahli Kardiologi/Ahli Bedah Kardioraks yang menganjurkan penggantian pembuluh jantung dengan pembuluh lainnya yang sesuai
9. Fotokopi Sertifikat Asuransi
10. Bukti usia Tertanggung : Kartu Identitas/Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspor

PEMBEDAHAN/CANGKOK BYPASS ARTERI JANTUNG

1. Formulir Klaim
2. Fotokopi Kartu Pasien Pulang dari Rumah Sakit³.
3. Fotokopi Tagihan Rumah Sakit
4. Fotokopi tagihan pemeriksaan/obat
5. Laporan hasil pemeriksaan
6. Laporan hasil konsultasi berisi penjelasan soal keluhan yang dialami lengkap dengan durasi keluhan, catatan medis pasien sebelumnya beserta durasi, serta perawatan dan pengobatan yang dianjurkan
7. Hasil tes elektrokardiografi (ECG) saat terdeteksi adanya penyakit Pembuluh Jantung Koroner dan hasil tes (ECG) pasca-tindakan
8. Hasil uji latih beban jantung
9. Surat keterangan dari Dokter terkait mengenai Pemeriksaan Angiografi Koroner dan Cangkok Bypass Arteri jantung
10. Laporan pemeriksaan Angiografi koroner jantung/Laporan CT Angiografi
11. Hasil tes enzim jantung : Troponin T/Troponin I, CPK/CPK-MB, SGOT/SGPT, LDH/Elektrolit
12. Hasil pemeriksaan Sinar-X/Laporan Ekokardiografi 2D
13. Laporan Pemindaian Thallium (pemeriksaan jantung dengan teknologi nuklir)
14. Fotokopi Sertifikat Asuransi
15. Bukti usia Tertanggung : Kartu Identitas/Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspor

STROKE YANG MENYEBABKAN GEJALA MENETAP

1. Formulir klaim
2. Fotokopi Kartu Pasien Pulang dari Rumah Sakit
3. Fotokopi Tagihan Rumah Sakit
4. Fotokopi tagihan pemeriksaan/obat
5. Laporan hasil pemeriksaan
6. Laporan hasil konsultasi berisi penjelasan soal keluhan yang dialami lengkap dengan durasi keluhan, catatan medis pasien sebelumnya beserta durasi, serta perawatan dan pengobatan yang dianjurkan
7. Rincian perawatan pasca-serangan, lengkap dengan laporan hasil konsultasi dengan ahli neurologi /dokter yang menyatakan adanya kelemahan/ketidaknormalan fungsi syaraf
8. Hasil pemeriksaan MRI/CTSCAN/Ekokardiografi 2D atau dengan metode pemotretan lainnya yang digunakan untuk diagnosis dan perawatan penyakit Stroke
9. Hasil Tes Darah (kadar lemak / kadar gula darah / Masa bagi darah untuk menggumpal (Protrombin) / Masa Aktivasi Tromboplastin Parsial (APTT) / waktu perdarahan/waktu penggumpalan/kadar asam amino)
10. Fotokopi Sertifikat Asuransi
11. Bukti usia Tertanggung : Kartu Identitas/Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspor

SERANGAN JANTUNG PERTAMA (INFARK MYOCARD)

1. Formulir Klaim
2. Fotokopi Kartu Pasien Pulang dari Rumah Sakit
3. Fotokopi Tagihan Rumah Sakit
4. Fotokopi tagihan pemeriksaan/obat
5. Laporan hasil pemeriksaan
6. Laporan lengkap kondisi pasien oleh Dokter Jaga/di Kamar Gawat Darurat terkait dengan keluhan yang ada dan Pemeriksaan Medis oleh dokter yang bertugas
7. Laporan hasil konsultasi dengan dokter terkait pasca-serangan dan pengobatan yang dijalani
8. Hasil tes Elektrokardiogram (ECG) saat masuk rumah sakit dan hasil ECG pasca-tindakan

9. Hasil uji latih beban jantung
10. Hasil tes Enzim Jantung : Troponin T/Troponin I, CPK/CPK-MB, SGOT/SGPT, LDH/Elektrolit
11. Hasil pemeriksaan Sinar-X/Laporan Ekokardiografi 2D
12. Laporan Pemindaian Thallium (pemeriksaan jantung dengan teknologi nuklir)
13. Fotokopi Sertifikat Asuransi
14. Bukti usia Tertanggung : Kartu Identitas/Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspor

KELUMPUHAN PERMANEN PADA ANGGOTA TUBUH

1. Formulir klaim
2. Fotokopi Kartu Pasien Pulang dari Rumah Sakit
3. Fotokopi Tagihan Rumah Sakit
4. Fotokopi tagihan pemeriksaan/obat
5. Laporan hasil pemeriksaan
6. Laporan hasil konsultasi berisi penjelasan soal keluhan yang dialami lengkap dengan durasi keluhan, catatan medis pasien sebelumnya beserta durasi, serta perawatan dan pengobatan yang dianjurkan
7. Rincian perawatan pasca-serangan, lengkap dengan laporan hasil konsultasi dengan ahli neurologi/dokter yang menyatakan adanya kelemahan/ketidaknormalan fungsi syaraf dan tingkat/status terkini serta lamanya waktu kelumpuhan
8. Konfirmasi dari Rumah Sakit tentang kelumpuhan seumur hidup yang dialami pasien
9. Hasil pemeriksaan MRI/CT SCAN/Ekokardiografi 2D atau dengan metode pemotretan lainnya yang digunakan untuk diagnosis dan pengobatan penyakit Stroke
10. Laporan Uji Aktivitas Listrik Otot (Elektromyogram)
11. Fotokopi Sertifikat Asuransi
12. Bukti usia Tertanggung : Kartu Identitas/Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspor

b) Proses Klaim :

- a. Setelah Dokumen lengkap, maka nasabah akan mengirimkan seluruh dokumen klaim yang dibutuhkan, seperti yang tertera di atas, kepada Penanggung paling lambat selama 30 hari setelah selesai masa perawatan atau dilakukannya tindakan medis yang menegakkan diagnosa penyakit kritis
- b. Penanggung akan melakukan pencatatan dan analisa dari klaim tersebut
- c. Hasil verifikasi klaim bisa terjadi :
 - i. Klaim disetujui setelah proses verifikasi berkas klaim, proses pembayaran dilakukan kepada Tertanggung
 - ii. Klaim ditunda, karena ketidak lengkapan dokumen atau masih diperlukannya investigasi medis ke pihak yang berwenang, pemberitahuan akan penundaan akan dikirimkan kepada nasabah, jika masih dibutuhkan kelengkapan dokumen, maka wajib dilengkapi dalam waktu 14 hari setelah tanggal surat pemberitahuan
 - iii. Klaim ditolak, pemberitahuan dan alasan penolakan akan dikirimkan kepada nasabah

8. PENGECUALIAN

Penanggung tidak berkewajiban untuk menanggung pembayaran secara langsung ataupun tidak langsung yang disebabkan oleh hal-hal berikut ini:

- a) Segala Jenis Penyakit Pra-Asuransi serta Keadaan Tertanggung yang muncul sebagai akibat dari atau berkaitan dengan Penyakit Pra-Asuransi.
- b) Jika pihak Tertanggung tidak menyerahkan dokumen keterangan medis dari dokter yang membuktikan kebenaran diagnosis atas suatu penyakit atau cedera atau kondisi medis tertentu atau adanya prosedur pengobatan/bedah yang dijalani.
- c) Penanggung tidak bertanggung jawab atas pembayaran berdasarkan Polis ini dalam kaitan dengan atau yang bersumber dari Keadaan Tertanggung, seperti dijelaskan dalam Polis ini, yang terjadi atau dialami sebelum dimulainya Masa Asuransi atau muncul dalam 90 hari pertama setelah tanggal awal Masa Berlaku Asuransi.
- d) Segala prosedur atau tindakan yang secara medis kurang diperlukan atau tidak perlu dijalankan oleh dokter.
- e) Perawatan/pemnyataan medis yang dilakukan sendiri dan/atau oleh anggota keluarga atau segala bentuk pengobatan yang tidak diakui secara ilmiah/ kedokteran barat.
- f) Segala yang berkaitan dengan Kecelakaan Diri, seperti Kematian dan Cedera, kecuali tertanggung mengambil produk Magna Secure + Personal Accident.

- g) Penyakit yang menyebabkan kematian tertanggung dalam masa hidup yang ditetapkan (survival period), terhitung dari tanggal kejadian penyakit.

9. PENGAKHIRAN PERTANGGUNGAN

Tertanggung akan berakhir pertanggungannya dengan segera jika:

- a) masa berlaku polis telah berakhir atau
- b) jika Tertanggung sudah mengajukan dan menerima manfaat utama dari klaim baik penyakit kritis atau kecelakaan diri, artinya kewajiban dalam polis akan berakhir pada tanggal klaim dibayarkan. Penanggung akan dianggap bebas dari kewajibannya yang tertera dalam Polis ini jika Tertanggung telah menerima pembayaran klaim yang klaimnya telah dibayarkan oleh Penanggung.

Tertanggung/Pemegang Polis harus menerima kebijakan Penanggung yang telah melunasi pembayaran klaim kepada Tertanggung atau yang ditunjuk Tertanggung/ahli waris resminya. Tidak ada pengembalian premi yang diberikan jika polis ini berakhir.

10. PEMBAYARAN PREMI

Jaminan asuransi ini akan menjadi efektif apabila premi asuransi telah dibayar. Adapun Premi dapat dibayarkan secara tunai kepada PT Asuransi Multi Artha Guna Tbk.

Pembayaran premi paling lambat diterima dalam waktu 30 hari sejak tanggal dimulainya penutupan.

11. PEMBATALAN

1. Apabila premi tidak diterima oleh Penanggung setelah melewati waktu 30 hari sejak masa pembayaran premi

2. Apabila premi sudah dibayarkan oleh Tertanggung, polis tetap dinyatakan batal jika :

Pengungkapan Informasi yang salah (salah interpretasi, salah penjelasan, atau penyembunyian fakta materi terkait).

- a. Polis ini tidak berlaku dan tidak ada pengembalian premi kepada Tertanggung.
- b. Tertanggung berhak membatalkan polis ini lewat pemberitahuan tertulis kepada Penanggung 15 hari kalender sebelumnya, mengacu pada poin 15, mengenai ketentuan periode bebas kontrak / *free-look period*.

12. PEMERIKSAAN

Penanggung memiliki hak dan kesempatan untuk memeriksa tertanggung yang mengajukan klaim sejauh diperlukan, dan memiliki hak dan kesempatan untuk mengadakan otopsi dalam hal kematian dimana hal tidak bertentangan dengan hukum.

13. HAL YANG TIDAK PERLU DIPERSOALKAN DAN KEWAJIBAN MENGUNGKAPKAN FAKTA

Polis ini tidak akan berlaku dan tidak ada pertanggungannya yang akan dibayarkan jika timbul pernyataan yang tidak benar, kesalahan pemahaman, kesalahan penjelasan, atau ketidakterbukaan dalam hal-hal tertentu pada formulir permohonan klaim, pernyataan pribadi, deklarasi dan berkas terkait, atau penahanan materi informasi, atau klaim pemegang polis atau tertanggung atau pihak yang mewakili mereka yang beritikad buruk atau yang diajukan dengan sarana dan alat yang dianggap curang untuk mendapatkan keuntungan atas dasar polis ini.

14. KLAIM BERITIKAD BURUK ATAU CURANG

Jika suatu klaim didasarkan atas itikad buruk (kecurangan), atau pernyataan yang tidak benar, atau jika suatu deklarasi dinyatakan dan digunakan untuk mendukung klaim tersebut, atau jika sarana atau alat yang digunakan Pemegang Polis atau Tertanggung dianggap tidak sah/curang, atau jika ada pihak yang mewakilinya untuk berbuat demikian demi keuntungan atas dasar Polis ini, atau jika sebuah klaim diajukan dan ditolak dan tak ada tuntutan atau proses hukum yang dilakukan dalam satu tahun setelah penolakan maka semua pertanggungannya berdasarkan Polis ini akan dibatalkan.

15. PERIODE BEBAS KONTRAK (Free-Look Period)

Tertanggung akan diberi waktu 15 hari (periode bebas kontrak) sejak tanggal penerimaan polis untuk membaca dan memahami syarat dan ketentuan di dalamnya. Jika tertanggung tidak setuju dengan syarat dan ketentuan tersebut, ia berhak mengembalikan polis dengan menyertakan alasan penolakannya dan berhak mendapatkan kembali premi yang telah dibayarkan.

16. HUKUM NEGARA

Pihak-pihak yang terkait menyetujui bahwa hukum di Indonesia merupakan perintah dan kontrol atas setiap kejadian atau ketidaksesuaian pendapat antara kedua pihak sehubungan dengan polis ini dan kedua pihak menyerahkan keputusan dari pengadilan di Indonesia sebagai jalan keluar dari ketidaksesuaian atau perselisihan.

17. ARBITRASE

Setiap permasalahan yang timbul antara pemegang polis atau tertanggung sehubungan dengan pemberian pelayanan kesehatan atau biaya atas pengobatan diserahkan berdasarkan keputusan arbitrator yang ditunjuk secara tertulis oleh pihak-pihak yang berselisih atau jika kedua pihak tidak setuju atas keputusan seorang arbitrator maka dibuat berdasarkan keputusan dua orang arbitrator dimana yang seorang lagi ditunjuk secara tertulis oleh kedua pihak dalam jangka waktu satu bulan setelah keputusan untuk menggunakan dua orang arbitrator. Dalam hal dua arbitrator tidak mencapai kesepakatan maka mereka akan menunjuk seorang wasit sebagai perantara antara kedua arbitrator dalam pertemuan antara keduanya. Keputusan yang diambil merupakan kondisi yang mendukung keputusan sebelumnya atas tindakan yang merupakan hak atau kewajiban terhadap perusahaan.

BAGIAN II. MANFAAT ASURANSI KECELAKAAN DIRI

1. KEADAAN YANG DITANGGUNG :

Berkaitan dengan isi Kontrak Tambahan ini dan pemaparan kewajiban/tanggung jawab Penanggung di dalamnya, **"Keadaan yang Ditanggung"**, dalam kaitan dengan Tertanggung, berarti cedera yang dialami sepanjang Masa Asuransi, yang dalam 12 bulan (1 tahun) sejak terjadinya kecelakaan menjadi penyebab langsung dan tunggal dari :

- a. Kematian akibat kecelakaan, akan diberikan dalam hal Tertanggung :
Meninggal dunia dalam batas waktu 12 (dua belas) bulan sejak terjadinya kecelakaan, sebagai akibat langsung dari suatu kecelakaan yang dijamin dalam polis
- b. Cacat Tetap, akan diberikan dalam hal Tertanggung mengalami cacat tetap sebagai akibat langsung dari suatu kecelakaan yang dijamin dalam polis, yang terdiri dari :
 - I. Cacat Tetap Keseluruhan, meliputi :
 1. Kehilangan penglihatan total dan tak dapat disembuhkan; atau
 2. Kehilangan anggota tubuh, yakni Putus Total Kedua Tangan atau Kedua Kaki; atau
 3. Kehilangan total fungsi kedua tangan atau kedua kaki meski tidak putus.
 - II. Cacat Tetap Sebagian
Cacat Tetap Sebagian berupa hilang atau tidak berfungsinya :
 1. Satu bagian tangan dan satu bagian kaki seluruhnya atau
 2. Satu tangan dan satu kaki meski tidak putus.

Hak atas santunan ini berlaku setelah dokter menetapkan keadaan cacat tetap yang diderita

Dengan ketentuan bahwa cacat tersebut di atas benar-benar menyebabkan Tertanggung tidak lagi mampu melakukan dua atau lebih kegiatan di bawah ini tanpa bantuan orang lain, seperti :

1. Berpakaian
2. Makan
3. Menggunakan Toilet
4. Beranjak naik/bangun dari tempat tidur/kursi
5. Bergerak (berjalan atau menggunakan kursi roda)
atau mendapatkan pekerjaan dengan penghasilan seperti sebelumnya.

2. PERTANGGUNGAN YANG BERLAKU BERDASARKAN BAGIAN INI

Penanggung dengan ini setuju, dengan tunduk pada syarat, ketentuan, dan pengecualian yang berlaku pada Bab ini, serta syarat, ketentuan, dan Pengecualian Umum yang tercantum dalam Polis ini, untuk membayar Uang Pertanggungan kepada Tertanggung setelah terjadinya Keadaan yang Ditanggung, seperti yang diatur di atas dalam Bab ini.

3. PENANGANAN KLAIM

- (i) Setelah terjadinya cedera yang segera diikuti atau kemungkinan besar diikuti oleh pengajuan klaim berdasarkan Polis ini, cedera seperti disebutkan di atas harus dilaporkan kepada Penanggung dalam waktu 7 hari sejak tanggal terjadinya cedera
- (ii) Tertanggung harus menyerahkan, dalam 30 hari sejak tanggal terjadinya Keadaan yang Ditanggung, pernyataan tertulis secara rinci beserta formulir klaim dan berkas lainnya yang dibutuhkan dan terkait dengan pengajuan klaim kepada Penanggung.
- (iii) Tertanggung harus memberikan kepada Penanggung semua informasi yang benar, keterangan pendukung, dan bukti-bukti yang terkait dengan klaim seperti yang akan dijelaskan setelah ini.
- (iv) Bukti yang solid harus diserahkan kepada Penanggung terkait dengan hal-hal yang menyebabkan suatu klaim diajukan. Agen medis atau lainnya dari Penanggung harus mendapat izin untuk memeriksa Tertanggung saat terjadi cedera yang belum terbukti bila, dan memang seringkali, hal semacam itu diperlukan atas nama Penanggung. Bukti tersebut, yang diminta Penanggung dari waktu ke waktu, harus diserahkan dan laporan pemeriksaan pasca-kematian, jika diperlukan, juga harus diserahkan kepada Penanggung dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari.
- (v) Kondisi Kecelakaan Diri Kematian dan Cacat Tetap Permanen adalah satu jaminan utuh tanpa perhitungan prosentase.

Penanggung tidak berkewajiban untuk membayar klaim kecuali klaim tersebut dilengkapi dengan berkas-berkas berikut ini :

Kecelakaan Diri – Kematian

- Formulir klaim yang diisi dengan sebenar-benarnya
- Laporan Kepolisian
- Sertifikat Kematian yang diterbitkan oleh otoritas pemerintah kota yang berwenang.
- Laporan penyebab kematian yang diterbitkan Rumah Sakit.
- Sertifikat Polis Asli
- Bukti usia Tertanggung : Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspur.
- Keterangan dokter
- Sertifikat, jika berlaku, dari Lembaga Keuangan yang mencantumkan jadwal amortisasi (pengurangan aktiva tak berwujud), jumlah Cicilan Bulanan Tetap, Utang Pokok Tertunggak, dll.
- Dokumen pendukung lainnya yang dibutuhkan oleh Penanggung.
- Dokumen lainnya yang diperlukan oleh Penanggung/Administrator Pihak Ketiga untuk memeriksa kebenaran klaim atau kewajiban Penanggung untuk membayar klaim.

Cacat (Keseluruhan dan Sebagian)

- Formulir klaim yang diisi dengan sebenar-benarnya
- Sertifikat Keterangan Cacat dari Ahli Bedah sipil atau wakil pemerintah/otoritas yang berwenang dan kompeten.
- Laporan Masuk Rumah Sakit
- Kartu Pasien Pulang dari Rumah Sakit
- Laporan Kepolisian
- Laporan Investigasi
- Fotokopi Sertifikat Polis
- Bukti usia Tertanggung : Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspur.

- Dokumen lainnya yang diperlukan oleh Penanggung/Administrator Pihak Ketiga untuk memeriksa kebenaran klaim atau kewajiban Penanggung untuk membayar klaim.

4. PENGECUALIAN :

Penanggung tidak bertanggung jawab atas hal-hal berikut dalam Bab ini :

- (i) Pembayaran untuk lebih dari satu kategori yang disebutkan (Kematian atau Cacat) dalam daftar Pertanggungan yang bisa di klaim Tertanggung.
- (ii) Pembayaran kompensasi atas Keadaan Tertanggung yang terjadi ketika Tertanggung mengoperasikan atau berlatih mengoperasikan pesawat udara, atau menjalankan pekerjaan sebagai kru pesawat, atau penerbangan terjadwal atau terlibat dalam aktivitas penerbangan atau balon udara, atau ketika Tertanggung mengudara atau mendarat dengan balon udara atau pesawat udara selain sebagai penumpang (membayar tiket ataupun tidak) dengan penerbangan terjadwal di mana pun di seluruh dunia;
- (iii) Pembayaran kompensasi akibat kematian, cedera, atau kecacatan yang diderita Tertanggung karena : (a) terlibat atau berpartisipasi dalam olahraga petualangan yang mencakup tapi tidak terbatas pada olahraga musim dingin, terjun payung/parasut, paralayang, loncat tebing, selam dengan tabung oksigen, mendaki gunung (di mana tali atau buku panduan biasa digunakan), balapan atau reli dengan sepeda motor atau sepeda biasa, jelajah atau eksplorasi gua, berburu atau berkuda, selam permukaan atau aktivitas bawah laut lainnya, arung jeram atau kayuh kano di sungai berarus, berlayar dengan perahu atau kapal pesiar di lepas pantai, partisipasi dalam olahraga profesional, olahraga ketahanan tubuh atau olahraga berbahaya atau berpotensi bahaya di mana Tertanggung tidak berlatih secara profesional, kecuali diatur secara khusus dalam Polis ini (b) secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh penyakit menular seksual atau ketidakwarasan (c) dengan sengaja melakukan atau turut serta dalam tindak kejahatan atau melanggar peraturan dan perundang-undangan yang berlaku termasuk perang (d) Tertanggung terlibat, diperbantukan atau menjalankan tugasnya dalam Dinas Kemiliteran atau Kepolisian atau yang berhubungan dengan hal itu.
- (iv) Pembayaran kompensasi atas kematian atau cacat yang disebabkan oleh atau terjadi, baik secara langsung maupun tidak, akibat penyakit yang diderita Tertanggung termasuk pengobatan atau tunjangan yang timbul akibat langsung atau tidak langsung dari infeksi virus HIV dan atau varian-varian virusnya serta penyakit yang berhubungan dan sejenis dengan hal itu.
- (v) Tidak ada uang pertanggungan yang akan dibayarkan apabila cacat yang mendapat rekomendasi pengobatan, perawatan, atau anjuran medis dari dokter atau yang diderita Tertanggung telah ada sebelum tanggal awal Masa Berlaku Asuransi.

5. KONDISI KHUSUS :

Pertanggungan/jaminan dalam polis ini (termasuk polis utamanya), untuk Tertanggung dengan keadaan khusus, akan berakhir bilamana klaim yang diajukan oleh Tertanggung itu disetujui dan diterima oleh Penanggung berdasarkan isi Bab ini. Oleh sebab itu, tidak ada tanggungan yang tercantum dalam bab lain pada polis ini yang wajib dibayarkan kepada Tertanggung yang dimaksudkan.

6. PENUTUP

1. Isi polis ini telah disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan termasuk ketentuan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan.
2. Untuk hal-hal yang belum atau tidak cukup diatur dalam Polis ini, berlaku ketentuan Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan atau Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

KLAUSUL

KLAUSUL PERSELISIHAN

1. Dalam hal timbul perselisihan antara Penanggung dan Tertanggung sebagai akibat dari penafsiran atas tanggung jawab atau besarnya ganti rugi dari Polis ini, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui forum perdamaian atau musyawarah oleh unit internal Penanggung yang menangani Pelayanan dan Penyelesaian Pengaduan bagi Konsumen. Perselisihan timbul sejak Tertanggung menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan. Penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah dilakukan dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan.
2. Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah sebagaimana diatur pada ayat 1 tidak mencapai kesepakatan, maka ketidaksepakatan tersebut harus dinyatakan secara tertulis oleh Penanggung dan Tertanggung. Selanjutnya Tertanggung dapat memilih penyelesaian sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan dengan memilih salah satu klausul penyelesaian sengketa sebagaimana diatur di bawah ini.

A. LEMBAGA ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA SEKTOR JASA KEUANGAN

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan dibawah Otoritas Jasa Keuangan

B. PENGADILAN

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia

Klausula Perselisihan ini menggantikan klausula perselisihan sebelumnya yang ada dalam ketentuan Polis, jika ada, dan karenanya dengan diberlakukannya Klausula Perselisihan ini maka klausula perselisihan dalam Polis dinyatakan tidak berlaku/dicabut.

KLAUSUL MATA UANG

Dalam hal premi dan atau klaim berdasarkan polis ini ditetapkan dalam mata uang asing tetapi pembayarannya dilakukan dengan mata uang rupiah, maka pembayaran tersebut dilakukan dengan menggunakan kurs jual Bank Indonesia pada saat pembayaran. Mata uang dalam setiap transaksi atau pembayaran yang berkaitan dengan polis akan dilakukan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

KLAUSUL PEMBAYARAN GANTI RUGI

Dengan syarat bahwa tanggung jawab Polis ini telah diakui oleh Penanggung, maka Penanggung dapat memberikan uang muka ganti rugi kepada Tertanggung sebesar jumlah yang disetujui berdasarkan laporan Penilai Kerugian (jika ditunjuk) dengan syarat pembayaran uang muka tersebut akan dikurangkan dari jumlah keseluruhan ganti ruginya

Penanggung berhak menunda pemberian ganti rugi bila

1. ada keraguan mengenai hak Tertanggung untuk memperoleh ganti rugi, kecuali setelah diterimanya bukti yang diperlukan oleh Penanggung.
2. ada pemeriksaan oleh polisi atau penyelidikan berdasarkan hukum pidana yang dilakukan terhadap Tertanggung terkait dengan klaim yang diajukan, kecuali setelah selesainya pemeriksaan atau penyelidikan tersebut.

Penanggung wajib menyelesaikan pembayaran ganti rugi dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak adanya kesepakatan tertulis antara Penanggung dan Tertanggung atau kepastian mengenai jumlah ganti rugi yang harus diberikan

KLAUSUL PEMBAYARAN PREMI

1. Merupakan syarat dari tanggung jawab Penanggung atas jaminan asuransi berdasarkan Polis ini, setiap premi terhutang harus sudah dibayar lunas dan secara nyata telah diterima seluruhnya oleh pihak Penanggung sesuai 10 Syarat Umum Ketentuan Polis.
2. Pembayaran premi dapat dilakukan dengan cara tunai, cek, bilyet giro, transfer atau dengan cara lain yang disepakati antara Penanggung dan Tertanggung.
Penanggung dianggap telah menerima pembayaran premi, pada saat :
 - 2.1. premi bersangkutan sudah masuk ke rekening Bank Penanggung, atau
 - 2.2. Penanggung telah menyetujui pelunasan premi bersangkutan secara tertulis.
3. Jika tertanggung tidak memenuhi kewajiban sebagaimana dimaksud ayat (1) diatas, Polis ini berakhir dengan sendirinya sejak berakhirnya tenggang waktu tersebut tanpa kewajiban bagi Penanggung untuk menerbitkan endorsemen dan Penanggung dibebaskan dari semua tanggung jawab berdasarkan Polis. Namun demikian Tertanggung tetap berkewajiban membayar premi untuk jaminan selama tenggang waktu pembayaran premi, sebesar 20% (dua puluh persen) dari premi satu tahun.
4. Apabila terjadi kerugian yang dijamin oleh Polis dalam tenggang waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas, Penanggung akan bertanggung jawab terhadap kerugian tersebut apabila Tertanggung melunasi premi dalam tenggang waktu bersangkutan.

KLAUSUL PENGAJUAN KLAIM

Dalam hal terjadi kerugian/kerusakan yang dapat menimbulkan klaim, maka berlaku syarat dan tata cara pengajuan klaim sebagai berikut :

1. Tertanggung wajib melakukan pemberitahuan klaim kepada pihak Penanggung, pemberitahuan dilakukan segera setelah diketahui terjadi kerugian. Pemberitahuan disampaikan melalui email/telepon/SMS
2. Penanggung mengirimkan permintaan dokumen awal pengajuan klaim lengkap melalui email sesuai dengan persyaratan yang tercantum dalam polis.
3. Tertanggung wajib melengkapi dokumen-dokumen pendukung klaim beserta perkiraan besar kerugian dan menyerahkannya kepada Penanggung.
4. Penanggung dapat bekerjasama dengan *Loss Adjuster* dalam melakukan Survey atau meminta dokumen tambahan kepada Tertanggung (jika diperlukan)
5. Penanggung (dengan bekerjasama dengan *Loss Adjuster* jika perlu) akan memberikan konfirmasi melalui email atas kelengkapan dokumen yang telah diterima.
6. Penanggung mengirimkan surat persetujuan klaim & LOD (*Letter of Discharge*) atau surat penolakan klaim setelah dokumen lengkap kepada Tertanggung.
7. Tertanggung mengirimkan persetujuan klaim & LOD atau memberikan surat permohonan banding kepada Penanggung melalui: email atau dokumen asli yang dikirimkan dengan kurir atau pos tercatat.
8. Penanggung akan menginfokan proses pembayaran klaim melalui: email atau dokumen asli yang dikirimkan dengan kurir atau pos tercatat.

Dokumen yang diperlukan dalam pengajuan klaim:

Penyakit Kritis

1. Sertifikat (Resume Medis / Formulir Klaim) dari Dokter yang menangani Tertanggung, yang antara lain mengkonfirmasi:
 - a. Nama Tertanggung;
 - b. Nama, tanggal kejadian dan catatan medis rinci Keadaan yang Ditanggung

- c. Konfirmasi bahwa Keadaan yang Ditanggung tidak berkaitan dengan Penyakit Pra-Asuransi atau penyakit/cedera yang muncul dalam 3 bulan pertama sejak dimulainya Masa Berlaku Asuransi.
2. Pengurangan aktiva tidak berwujud, nilai cicilan bulanan, tetap, utang pokok, tertunggak, dll
3. Formulir klaim yang diisi dengan sebenar-benarnya;
4. Surat/Kartu Pasien Pulang asli dari Rumah Sakit/Dokter;
5. Bukti Foto identitas pemohon/kandidat
6. Bukti alamat pemohon/kandidat
7. Foto berwarna terbaru ukuran paspor pemohon/kandidat
8. Dokumen lainnya yang mungkin dibutuhkan oleh Penanggung

Kecelakaan Diri

Kematian

1. Formulir klaim yang diisi dengan sebenar-benarnya
2. Laporan Kepolisian
3. Sertifikat Kematian yang diterbitkan oleh otoritas pemerintah kota yang berwenang.
4. Laporan penyebab kematian yang diterbitkan Rumah Sakit.
5. Sertifikat Polis Asli
6. Bukti usia Tertanggung : Sertifikat Kelulusan Sekolah/Fotokopi Paspor.
7. Keterangan dokter
8. Sertifikat, jika berlaku, dari Lembaga Keuangan yang mencantumkan jadwal amortisasi (pengurangan aktiva tak berwujud), jumlah Cicilan Bulanan Tetap, Utang Pokok Tertunggak, dll.
9. Dokumen pendukung lainnya yang dibutuhkan oleh Penanggung.
10. Dokumen lainnya yang diperlukan oleh Penanggung/Administrator Pihak Ketiga untuk memeriksa kebenaran klaim atau kewajiban Penanggung untuk membayar klaim.

