

## SYARAT-SYARAT UMUM

### 1. KEABSAHAN

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

- a) Peserta dewasa dengan usia minimum 21 tahun sampai dengan usia 55 tahun bagi pendaftaran baru, yang dapat diperluas sampai dengan usia 70 tahun bagi perpanjangan polis. Untuk peserta dengan usia diatas 50 tahun, plan tertinggi yang dapat diambil adalah maksimum plan C, kecuali untuk kasus perpanjangan.
- b) Pasangan yang sah yaitu suami atau istri, dengan usia dibawah 55 tahun bagi pendaftaran baru, yang dapat diperluas sampai dengan usia 70 bagi perpanjangan polis.
- c) Anak-anak yang sah dari peserta dewasa, belum menikah dan bekerja, yang telah berusia antara 15 hari sampai 25 tahun jika masih terdaftar sebagai siswa penuh di lembaga yang terdaftar dan terakreditasi oleh instansi terkait dan dapat dibuktikan dengan surat keterangan masih kuliah dan/atau kartu pelajar atau kartu mahasiswa.
- d) Batas anak yang dijamin adalah maksimum tiga orang anak, yang didaftarkan secara berurutan dan tidak dapat diubah kepesertaannya selama polis berjalan.
- e) Peserta yang tidak terdaftar pada polis Magna Sehat Individu lainnya selain polis ini.

### 2. JANGKA WAKTU POLIS

Penjaminan polis asuransi ini efektif sejak tanggal yang tercatat dalam skedul. Ulang tahun polis jatuh setelah satu tahun periode sejak tanggal berlakunya.

Dalam kondisi ulang tahun polis, polis ini dapat diperpanjang kepada Penanggung sesuai dengan harga premi yang berlaku pada saat perpanjangan.

### 3. JANGKAUAN PERTANGGUNGAN

Manfaat-manfaat polis ini berlaku diseluruh dunia (kecuali Amerika Serikat, Kanada dan Jepang)

dan akan dibayarkan sesuai dengan biaya wajar yang biasa dibebankan sesuai dengan standar biaya yang berlaku di Indonesia.

Untuk perawatan yang terjadi di luar negeri, pengajuan dokumen klaim beserta informasi medis termasuk dokumen pendukung lainnya harus dalam Bahasa Inggris. Selain penggunaan Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia, maka untuk biaya terjemahan dokumen klaim tersebut menjadi tanggung jawab peserta, yang dibebankan dalam limit manfaat Aneka Perawatan.

### 4. PENAMBAHAN JUMLAH TANGGUNGAN

Jika diperlukan penyesuaian premi atas penambahan anggota keluarga tersebut akan diperhitungkan sesuai dengan perhitungan standar dari Penanggung.

### 5. PERUBAHAN KONDISI POLIS

Semua jenis perubahan dan/atau penambahan kondisi polis tidak diperkenankan.

### 6. PERNYATAAN TIDAK BENAR

Jika fakta atau informasi yang berhubungan dengan asuransi kesehatan atau mempengaruhi risiko 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 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.

### 7. ISTILAH-ISTILAH

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



**Asuransi MAG**  
A FAIRFAX Company



- b. "Polis" adalah perjanjian ini, termasuk semua perjanjian tambahan, lampiran klausula lainnya, yang ditandatangani Penanggung.
- c. "Periode Polis" berarti 12 (dua belas) bulan berkesinambungan mulai tanggal pertanggungan atau setiap ulang tahun berikutnya.
- d. "Pemegang Polis/Tertanggung" adalah peserta dewasa atau pemohon yang bertanggung jawab atas pengajuan polis ini.
- e. "Tanggung" adalah peserta yang dipertanggung dalam polis ini, yang namanya tercantum sebagai peserta yang dipertanggung.
- f. "Ahli Waris" adalah orang yang ditunjuk secara sah dan memiliki hubungan keluarga dengan Pemegang Polis/Tertanggung untuk menjadi penerima manfaat Santunan Kematian dari pertanggungan dalam polis ini jika Pemegang Polis meninggal dunia.
- g. "Masa Tunggu" berarti 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal efektifnya polis.
- h. "Satu Penyakit" meliputi semua ketidakmampuan yang timbul dari sebab yang sama termasuk semua komplikasinya kecuali sudah melewati 30 hari kalender setelah keluar dari rumah sakit dan tidak ada perawatan maupun penyakit lain dengan sebab yang sama, maka perawatan berikutnya akan diperhitungkan sebagai penyakit baru.
- i. "Manfaat Medis" adalah manfaat yang dituangkan dalam Tabel Manfaat Penjaminan pada skedul polis untuk mendapatkan penggantian atas biaya yang perlu dan masuk akal dari tertanggung sebagai akibat dari kecelakaan, penyakit atau luka-luka.
- j. "Biaya yang Perlu dan Wajar" adalah biaya pelayanan medis atau perawatan yang diberikan sesuai dengan diagnosa dan standar medis yang umum dan tidak bisa dihilangkan tanpa mempengaruhi kondisi kesehatan tertanggung, dan tidak melebihi biaya umum yang dibebankan oleh rumah sakit lain di sekitarnya untuk pelayanan serupa.
- k. "Kecelakaan" adalah kejadian kekerasan, cedera, akibat dari luar dan nyata yang secara terpisah dari sebab lain merupakan sebab terjadinya luka badan.
- l. "Penyakit" adalah suatu keadaan yang ditandai oleh kelainan patologis dibandingkan keadaan yang sehat/normal.
- m. "Cedera" adalah luka badan yang disebabkan hanya oleh kecelakaan.
- n. "*Pre-Existing Condition* atau Keadaan yang Sudah Ada Sebelumnya" adalah suatu keadaan medis sebelum masa pertanggungan dengan semua komplikasi yang timbul atau berhubungan, baik peserta menyadari atau tidak menyadarinya, penyakit tersebut seperti :
  1. Penyakit pada saluran kemih termasuk batu, gagal ginjal kronis, kolik ginjal, batu atau infeksi didalam sistem bilier (batu empedu)
  2. Tekanan Darah Abnormal (Hypertensi/ Hypotensi), Penyakit Jantung (Heart Attack, Myocarditis Infection/MCI dan Penyakit Jantung Koroner/PJK), dan Penyakit Otak yang berhubungan atau berkaitan atau dipredisposisikan oleh keadaan atau penyakit pembuluh darah (Cerebro Vascular Disease dan/atau Cardio Vascular Disease), penyakit pada darah termasuk Varises Vena.
  3. Cataract dan Pterygium
  4. Semua jenis Tumor termasuk Kanker, Polip, dan semua benjolan abnormal lainnya, termasuk pada payudara.
  5. Gangguan pada rongga hidung atau sinus, keadaan tidak normal pada sekat rongga hidung (Septum Deviasi) atau tulang tulang Turbin (Turbinates).
  6. Peradangan Tonsil dan Adenoid
  7. Semua Jenis Hernia, Wasir, Fistula.
  8. Epilepsi
  9. Kencing manis (Diabetes Melitus) dan penyakit endokrin lainnya seperti gangguan pada kelenjar gondok (hypo/hyperthyroid)
  10. Hepatitis Kronis (termasuk Cirrhosis Hepatis dan Hepatoma)



11. Dispepsia, GERD, Radang atau erosi atau tukak pada lambung atau pada usus dua belas jari.
  12. Gangguan pada saluran reproduksi pria (Prostate, Hydrocele, Varicocele) dan wanita (Endometriosis, Kista, Mioma)
  13. Gangguan Tulang (Osteoporosis), Radang Sendi (Rheumatoid Arthritis dan Gout) atau gangguan pada persendian dan otot lainnya, termasuk gangguan pada cakram antar ruas tulang belakang
  14. Asthma, Tuberculosis, Bronchitis kronik, dan penyakit saluran pernafasan kronik lainnya
  15. Multiple Schlerosis, dan/atau pengerasan sum-sum tulang lainnya.
- o. "Diperlukan secara Medis" adalah penggunaan jasa, perlengkapan, bahan medis atau perawatan yang dianjurkan dokter dan yang:
- Sesuai dengan diagnosa dan pengobatan yang benar dibutuhkan
  - Sesuai dengan standar praktek kedokteran yang berlaku dan bermanfaat medis
  - Tidak untuk mencari keuntungan bagi pihak manapun
  - Tidak bersifat percobaan, investigasi atau penelitian, pencegahan/screening
  - Biaya yang dikenakan adalah biaya yang wajar yang umum dibebankan.
- Fakta bahwa seorang dokter menganjurkan suatu jasa, pemeriksaan penunjang, perawatan, pembedahan dan/atau rawat inap tidak secara otomatis dikategorikan sebagai "Diperlukan secara Medis"
- p. "Dokter" dan "Ahli Bedah" adalah orang berkualifikasi dalam bidang kedokteran dan memiliki ijin praktek resmi.
- q. "Rawat Inap" adalah suatu proses perawatan yang diberikan kepada tertanggung oleh rumah sakit yang dilakukan secara berkelanjutan dengan ditandai adanya pembebanan biaya kamar dan akomodasi sebagai bagian dari biaya perawatan inap, tidak termasuk biaya kamar Instalasi Gawat Darurat (IGD), kamar observasi dan kamar *One Day Surgery/ODC*.
- r. "Tempat praktik dokter" adalah disebut sebagai sarana pelayanan kesehatan yang memiliki izin legalitas. Sarana pelayanan kesehatan tersebut diantaranya :
1. Praktik perorangan/praktik mandiri
  2. Klinik Bersama
  3. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)
  4. Balai Kesehatan Masyarakat (Balkesnas)
- s. "Rumah Sakit" adalah rumah sakit yang didirikan resmi dan terdaftar untuk merawat orang sakit atau cedera, seperti orang yang harus dirawat inap, dan :
1. Memiliki fasilitas diagnosa dan pembedahan.
  2. Melayani 24 jam dengan tenaga medis yang terdaftar.
  3. Dibawah pengawasan dokter.
  4. Bukan merupakan klinik tradisional, klinik 24 jam, balai pengobatan, tempat perawatan ketergantungan obat bius dan alkohol, rumah peristirahatan dan sejenisnya atau rumah jompo.
  5. Digunakan sesuai dengan kekhususannya, seperti: Rumah Sakit Ibu dan Anak dikhususkan untuk perawatan inap Wanita Dewasa dan Anak, Rumah Sakit Jantung dikhususkan untuk perawatan penyakit yang berkaitan dengan Jantung, dan lain-lain.
- t. "Rumah Sakit Rekanan (Provider)" adalah rumah sakit rekanan yang tercantum dalam website MAG : <http://www.mag.co.id>.
- u. "Fasilitas Provider" adalah suatu fasilitas yang berlaku apabila Penanggung menyetujui pemberian fasilitas kredit atas biaya-biaya pengobatan yang dibebankan kepada tertanggung yang tercantum dalam polis selama perawatan inap di Rumah Sakit Rekanan (Provider).
- v. "*Excess Claim*" adalah biaya-biaya yang tidak digantikan/dijamin oleh Penanggung, seperti biaya-biaya yang tidak perlu dan tidak wajar, biaya-biaya yang dikecualikan, dan sudah melewati batas manfaat.
- w. "Surat Pengantar Rawat" adalah surat jaminan yang diterbitkan oleh Penanggung, yang menyatakan bahwa Penanggung akan



menanggung biaya perawatan yang terjadi di Rumah Sakit sebatas Limit Pertanggungan, sehingga fasilitas provider dapat berjalan.

- x. "Kartu Peserta" adalah kartu yang dikeluarkan oleh Penanggung untuk bertanggung yang wajib dibawa untuk menggunakan sistem jaringan Rumah Sakit Rekanan (Provider) sebagai bukti kepesertaan untuk perawatan inap di Rumah Sakit Rekanan (Provider). Apabila kartu peserta hilang/rusak dan memerlukan penggantian maka akan dikenakan biaya sebesar Sepuluh Ribu Rupiah.
- y. "Tabel Pembedahan" adalah tabel yang berisikan kategori/jenis pembedahan (dalam istilah medis) yang digunakan sebagai bahan acuan baku dalam penjaminan polis asuransi yang mengikuti syarat dan aturan yang berlaku pada Penanggung.
- z. "Coordination of Benefit" atau yang lebih dikenal dengan istilah COB adalah suatu proses dimana dua atau lebih penanggung (payor) yang menanggung orang yang sama untuk benefit asuransi kesehatan yang sama, dengan membatasi total benefit dalam jumlah tertentu yang tidak melebihi jumlah pelauanan kesehatan yang dibiayakan.

## 8. PENJELASAN MANFAAT-MANFAAT YANG DIJAMIN

- A. **MANFAAT KAMAR DAN AKOMODASI DAN BIAYA KAMAR BIASA** - Penggantian atas biaya kamar dan akomodasi, perawatan medis dan makanan sejak hari pertama masuk rumah sakit dan terdaftar sebagai pasien rawat inap, termasuk didalamnya perawatan di kamar Intermediate, Ruang Isolasi atau kamar Semi ICU dan yang setara dengan itu. Manfaat tidak boleh melebihi biaya kamar dan akomodasi per hari atau melebihi maksimum jumlah hari seperti tertera dalam Skedul. Manfaat sudah termasuk jumlah hari jika peserta dirawat di Unit Perawatan Intensif.

**BIAYA KAMAR ICU PER HARI** - Perawatan dalam ruang intensif (ICU) jika diperlukan dan atas rekomendasi tertulis dari dokter. Periode

masa perawatan dalam ruang intensif merupakan maksimum jumlah hari atas tiap jenis penyakit seperti tertera dalam Skedul.

- B. **JASA-JASA RUMAH SAKIT** - Penggantian atas biaya kamar operasi, x-rays, laboratorium, obat-obatan selama dirawat di Rumah Sakit dan diresepkan maksimum 7 hari kalender setelah tanggal Peserta selesai Rawat Inap, fisioterapi dan pelayanan lain yang diberikan selama perawatan, termasuk biaya anestesi dan kamar operasi, dengan maksimum yang tertera dalam Skedul.
- C. **BIAYA PEMBEDAHAN** - Penggantian biaya/jasa dokter operator termasuk kunjungan dokter bedah (termasuk kunjungan dokter lainnya dalam perawatan) serta perawatan sebelum dan sesudah operasi sampai maksimum 14 hari kalender dari tanggal operasi dengan jumlah maksimum tidak melebihi sesuai tabel pembedahan dalam Skedul.  
Untuk tindakan pembedahan tanpa rawat inap (*one day surgery*) dijamin dalam manfaat bedah kecil sebagai kesatuan paket dan tidak berlaku fasilitas provider.

Penggantian atas santunan pembedahan dengan ketentuan sebagai berikut :

Apabila dua atau lebih tindakan dilakukan melalui satu sayatan, penggantian pembayaran untuk seluruh tindakan tersebut tidak melebihi biaya untuk tindakan dengan biaya yang terbesar.

Apabila dua atau lebih tindakan pembedahan dilakukan dalam sesi pembedahan yang sama melalui sayatan yang berbeda, maka Penanggung akan membayarkan: gabungan dari tindakan-tindakan bedah yang dilakukan dengan tidak melebihi jumlah maksimum 100% (atau Tindakan Bedah terbesar) yang terdapat dalam Tabel.

Apabila tindakan pembedahan lain (termasuk Tindakan Laser) digunakan sebagai pengganti pembedahan yang terdaftar dalam skedul pembedahan, Penanggung akan membayarkan biaya-biaya yang wajar dan umum dan untuk tindakan pembedahan yang tidak terdapat dalam tabel pembedahan, maka Penanggung akan mengkategorikan



**Asuransi MAG**  
A FAIRFAX Company



dalam tindakan pembedahan yang paling mendekati selama hal tersebut wajar dan umum.

Dalam hal terjadi perbedaan penggolongan tabel operasi antara Penanggung dan Rumah Sakit maka yang digunakan adalah tabel pembedahan Penanggung atau tabel yang terdapat dalam lampiran Polis ini.

Setiap biaya pembedahan yang di klaim haruslah biaya yang dikeluarkan untuk jasa seorang dokter yang berkompeten untuk memberikan jenis pelayanan yang di klaim berdasarkan polis ini.

- D. KUNJUNGAN DOKTER DI RUMAH SAKIT** - Penggantian biaya kunjungan dokter kepada pasien rawat inap (non bedah) terbatas pada satu kali kunjungan per hari dan jumlah maksimum yang tertera ada dalam Skedul.
- E. BIAYA AMBULANS** - Penggantian biaya ambulans ke atau dari rumah sakit dengan indikasi medis diperlukannya penggunaan ambulans bagi pasien, maksimum tertera dalam Skedul. Dalam penggunaan ambulans antar rumah sakit untuk pemeriksaan penunjang pasien wajib dibawa/berada dalam ambulans tidak hanya sampelnya saja. Tidak ada penggantian jika tidak dirawat inap di rumah sakit atau dipergunakannya sebagai alat transportasi lain atau mobil jenazah.
- F. BIAYA KEGUGURAN DENGAN INDIKASI MEDIS** - Penggantian biaya Keguguran dengan indikasi medis dan Mola Hydatidosa (Hamil Anggur), yang berlaku untuk wanita menikah (pemegang polis/tanggungan), berusia di bawah 45 tahun dan belum memiliki 3 orang anak.
- G. KONSULTASI DOKTER, TERMASUK OBAT-OBATAN DAN PEMERIKSAAN PENUNJANG SEBELUM PERAWATAN** - Penggantian untuk biaya pemeriksaan dokter, pemeriksaan laboratorium dan penunjang lainnya termasuk obat-obatan yang direkomendasikan oleh dokter sebelum perawatan, maksimum 30 hari untuk penyakit atau lukanya dengan maksimum yang tertera dalam Skedul. Untuk manfaat ini tidak berlaku fasilitas provider dan hanya berlaku untuk kasus non bedah.

- H. KONSULTASI DOKTER, TERMASUK OBAT-OBATAN DAN PEMERIKSAAN PENUNJANG SETELAH PERAWATAN** - Penggantian biaya pengobatan lanjutan kepada dokter yang merawat, sampai 30 hari setelah keluar dari rumah sakit, termasuk obat-obatan dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan (tidak termasuk rehabilitasi medik). Maksimum penggantian seperti tertera dalam Skedul. Untuk manfaat ini tidak berlaku fasilitas provider.
- I. BEROBAT JALAN DARURAT KARENA KECELAKAAN** - Penggantian biaya pengobatan dari rumah sakit atau klinik atas luka-luka (termasuk luka gigi) akibat kecelakaan dan dilakukan dalam 24 jam dari waktu kecelakaan. Biaya-biaya yang timbul atas kunjungan dalam waktu 14 hari kalender sesudah kecelakaan juga diberikan penggantian dengan jumlah manfaat yang tidak melebihi dalam Skedul. Untuk manfaat ini tidak berlaku fasilitas provider.
- J. SANTUNAN HARIAN COVID19, PER HARI** - Manfaat yang akan diberikan berupa santunan harian bagi Pemegang Polis/Tertanggung maupun Tanggungan, yang dirawat inap minimum 3 (tiga) hari perawatan dari tanggal dinyatakan/terkonfirmasi positif Covid 19, dengan maksimum penggantian seperti tertera dalam Skedul.

**Ketentuan benefit santunan harian Covid19 :**

- Menjalani rawat inap minimal 3 (tiga) hari, yang dihitung sejak hasil covid positif test swab pertama.
  - Maksimal santunan 10 (sepuluh) hari per perawatan inap.
  - Santunan harian diberikan apabila peserta sudah melanjutkan perawatan di Rumah Sakit rujukan Covid 19 (Pemerintah).
- K. BIAYA PEMAKAMAN** - Manfaat hanya akan diberikan kepada Pemegang Polis/ Tertanggung atas biaya pemakaman apabila Pemegang Polis/Tertanggung meninggal dunia akibat sebab yang wajar, dan tidak termasuk dalam pengecualian pada polis ini.





Dokumen yang diperlukan sebagai syarat Administrasi Pengajuan Klaim untuk Biaya Pemakaman adalah sebagai berikut :

- Surat Pengajuan Klaim dari Pemegang Polis/Tertanggung.
- Fotocopy Identitas diri Tertanggung/ (KTP/SIM/PASPOR)
- Kartu Keluarga (Asli atau Fotocopy yang telah dilegalisir)
- Surat Keterangan Dokter yang merawat mengenai sebab meninggal.
- Surat Keterangan Kematian yang dikeluarkan oleh Pejabat Berwenang Setempat minimal setingkat kelurahan atau instansi pemerintah lain yang berwenang. (Asli atau Fotocopy legalisir)
- Surat Berita Acara Kecelakaan dari kepolisian dalam hal tertanggung meninggal dunia karena kecelakaan.
- Apabila diperlukan maka Penanggung berhak untuk meminta dokumen lain yang berkaitan guna penyelidikan atas sebab-sebab Klaim tertanggung.

**L. SANTUNAN KECELAKAAN DIRI –**

Manfaat yang diberikan pada Pemegang Polis/ Tertanggung atas santunan kecelakaan diri, yaitu berupa santuan kematian karena kecelakaan dan santunan cacat tetap. Santuan dapat diberikan apabila Pemegang Polis/Tertanggung dirawat menggunakan fasilitas MAG (Provider)

**M. SANTUNAN HARIAN, PER HARI –**

Manfaat yang akan diberikan berupa santunan harian selama Pemegang Polis/Tertanggung dirawat inap di rumah sakit, dengan maksimum penggantian 5 hari berturut-turut per perawatan dengan batasan 2 kali perawatan dengan diagnosa berbeda per tahun. Manfaat ini tidak berlaku untuk tindakan atau pengobatan yang tidak memerlukan rawat inap baik karena penyakit maupun kecelakaan, sebagaimana tercantum dalam Polis ini.

**Ketentuan benefit santunan harian :**

- Santunan harian akan diberikan apabila pasien dirawat menggunakan fasilitas MAG/Asuransi MAG sebagai penjamin pertama (Provider).
- Santunan harian akan diberikan apabila pasien dirawat sesuai dengan prosedur dan hak kelas kamar kepesertaannya di BPJS Kesehatan (biaya perawatan

sudah dijamin oleh BPJS Kesehatan) dan tidak ada yang diklaimkan kepada Penanggung

- Santunan harian **tidak** diberikan apabila pasien sudah dijamin oleh asuransi komersial maupun penjamin pertama lainnya.
- Pemegang Polis/Tertanggung tidak berhak atas Santunan Harian apabila sudah memilih manfaat *Coordination of benefit (COB)*.

**9. PENGECUALIAN**

Polis ini tidak memberikan penggantian untuk:

- a. Biaya yang tidak nyata, tidak perlu dan tidak wajar akibat sakit atau luka, seperti pemberian obat yang berlebihan baik dari sisi kegunaan maupun dari indikasinya, termasuk tindakan yang masih bersifat eksperimental dan/atau belum lazim digunakan sebagai terapi utama di Indonesia sesuai dengan Kolegium masing-masing bidang yang tergabung ke dalam Ikatan Dokter Indonesia, serta perawatan dan pengobatan yang tidak mempunyai indikasi secara medis, termasuk perawatan dengan indikasi sosial dan perawatan yang berhubungan dengan kenyamanan, faktor kebiasaan dan adat istiadat.
- b. 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.
- c. Rawat jalan yang tidak ada hubungannya dengan rawat inap kecuali sebagai akibat dari kecelakaan.
- d. Perawatan dan pengobatan gigi (termasuk semua komplikasi yang diakibatkannya dan pembedahan mulut), kecuali diakibatkan suatu kecelakaan.
- e. Perawatan, tes dan pengobatan yang timbul atau berhubungan atau sebagai akibat dari kehamilan, kelahiran, ketidaksuburan, (termasuk didalamnya tes diagnostik kehamilan, tes yang berhubungan dengan ketidaksuburan atau infertilitas), termasuk juga didalamnya *pap smear* kecuali dengan indikasi medis tetapi tidak sebagai kontrol



- lanjutan dari suatu penyakit/ perawatan), gangguan ketidakseimbangan hormon termasuk endometriosis, adenomiosis, gangguan menstruasi sebagai akibat apapun, menopause dan premenopause syndrome, biaya yang timbul karena sterilisasi dan kontrasepsi termasuk semua komplikasi yang diakibatkannya.
- f. Biaya cek rutin kesehatan (medical check-up), *contact tracing* dan seleksi kesehatan (*screening*) termasuk tes TORCH, pemeriksaan laboratorium yang tidak ada kaitannya dengan diagnosa penyakit, tindakan pencegahan termasuk segala bentuk imunisasi dan vaksinasi, biaya-biaya yang bersifat non medis, yaitu biaya yang tidak berhubungan dengan kesembuhan penyakit, seperti, biaya telepon, fax, televisi, Koran, laundry, salon, termometer, buku status, underpad, topi, masker, tissue dan hal-hal lain yang bersifat non-medis selama dalam masa rawat inap.
- g. Pembelian obat-obatan yang dapat dibeli secara bebas (otc/on the counter) yaitu obat-obat golongan bebas (B) dan bebas terbatas (W) seperti paramex, neozep, inza dan obat lain sejenisnya, minyak tawon, minyak kayu putih, counterpain, pasta gigi, betadine, cairan pembersih contact lens, sabun, lotion atau sejenisnya, biaya makanan tambahan (termasuk susu, bubur bayi) baik dengan maupun tanpa rekomendasi dokter, obat golongan phytofarmaka, supplement dan multivitamin dengan ataupun tanpa rekomendasi dokter, termasuk pembelian di luar apotik yang resmi dan diakui, contohnya toko obat tradisional dan pasar swalayan. Pemberian dan pembelian obat-obatan yang tidak terdaftar pada Dirjen POM.
- h. Biaya perawatan (termasuk segala bentuk komplikasi yang diakibatkan) di ruang pemulihan/rumah peristirahatan, fasilitas isolasi mandiri, pengobatan tradisional, alamiah/ natural, segala bentuk pengobatan alternatif, baik sebagian maupun keseluruhan, klinik tradisional (*akupuntur*, dukun, *sinshe*, *chiropractic treatment*) dan sejenisnya, perawatan istirahat, atau rawat inap di rumah sakit dalam rangka pengambilan rontgen atau tes diagnostik atau monitoring (termasuk pemasangan, penggunaan atau penanaman alat diagnostik) dan termasuk didalamnya pengobatan atau perawatan karena fatigue dan atau malaise, kecuali mendapatkan persetujuan tertulis dari penanggung.
- i. Biaya atas tes mata atau refraksi dan perawatan akibat kelainan refraksi pada mata, serta pengobatan terhadap penyakit-penyakit yang dipredisposisikan oleh kelainan refraksi, Lensa Kontak (*soft lens*) dan semua komplikasi yang timbul akibat pemakaian lensa kontak (*soft lens*), Penggunaan segala jenis alat bantu seperti kacamata, alat bantu dengar, prostese dan penanaman lensa mata (*intra occuler lens*), kruk, kursi roda, korset, dan sebagainya dengan akibat akibat yang ditimbulkannya.
- j. Perawatan yang bertujuan untuk estetika dan atau kosmetik, termasuk operasi bedah plastik atau bedah rekonstruktif (kecuali karena kecelakaan yang terjadi tidak lebih dari enam bulan) yang bertujuan untuk estetika, dan segala bentuk komplikasinya.
- k. Kondisi Kongenital/Kelainan Cacat Bawaan, berarti kondisi kelainan medis yang telah ada, timbul atau terlihat saat kelahiran, termasuk semua bentuk kelainan yang terjadi pada saat pembentukan/perkembangan janin dan kelainan fisik yang terjadi pada proses persalinan atau terbentuk dan berkembang sejak periode awal kehidupannya, kelainan kelainan tersebut antara lain: bibir sumbing, mata juling, kelainan jantung bawaan, Spina Bifida, Meningocele, Hydrocephalus, Hernia pada Balita, Phymosis dan Sirkumisi dibawah usia 1 tahun, Hirschprung Disease, Kista Dermoid dan lain sebagainya, termasuk penyakit-penyakit yang dipredisposisikan (dipermudah kemunculannya) oleh kelainan tersebut (Seperti bronchopneumonia pada penderita kelainan jantung bawaan dan lain sebagainya), kecuali mendapat persetujuan tertulis dari Penanggung.
- l. Kondisi Icterus Neonatorum atau Neonatal Jaundice baik fisiologis maupun patologis.
- m. Segala bentuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan, antara lain autisme, keterlambatan bicara, keterlambatan motorik dan lain sebagainya, termasuk gangguan laktasi bayi seperti namun tidak terbatas pada nipple confusion.



- n. Segala bentuk kelainan kromosom, X-linked, mutase genetic dan atau kelainan yang bersifat herediter.
- o. Perawatan geriatric, psiko-geriatri atau psikiatri, stress atau depresi serta semua yang berhubungan dengannya (psikosomatis, neurosa, insomnia, anorexia nervosa, bulimia, obat-obatan penenang dan sebagainya).
- p. Perawatan yang langsung maupun tidak langsung merupakan akibat dari pemakaian obat terlarang, penyalahgunaan obat-obatan (tanpa indikasi dokter dan melebihi batas dosis yang wajar), penggunaan alkohol/minuman keras (termasuk kecanduan alkohol), melukai diri sendiri, dan usaha bunuh diri.
- q. Cuci darah dan kemoterapi, termasuk perawatan dan komplikasi yang berhubungan dengan hal tersebut.
- r. Transplantasi Organ dan Donor serta Biaya-biaya yang berkaitan dengannya pada operasi transplantasi.
- s. Penyakit kelamin yang diakibatkan oleh sebab apapun baik akibat hubungan seksual atau bukan, serta penyakit gangguan seksualitas seperti impotensi, disfungsi ereksi, ejakulasi dini, vaginismus, dan sejenisnya, termasuk akibat atau konsekuensi dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*, *AIDS-Related Complex Syndrome (ARCS)* dan semua penyakit yang disebabkan atau berhubungan dengan virus HIV positif.
- t. Perawatan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau penyesuaian berat badan.
- u. Penyakit atau luka akibat kegiatan berbahaya atau olah raga termasuk naik gunung, terjun parasit, panjat tebing, rugby atau dari bentuk balap selain yang menggunakan kaki, serta semua olah raga profesional serta permainan rekreasional seperti namun tidak terbatas pada bungee jumping, banana boat, parasailing, surfing/scuba.
- v. Penyakit atau luka akibat penerbangan selain sebagai penumpang pesawat udara dalam penerbangan yang memiliki ijin.
- w. Penyakit atau luka yang disebabkan secara langsung maupun tidak langsung akibat perang, pemogokan terbuka maupun yang tidak diumumkan, huru-hara, kegaduhan atau karena keikutsertaan dalam kegiatan kepolisian, kelautan, udara atau organisasi militer atau dalam rangka pengejaran maupun tindakan melawan hukum.
- x. Penyakit atau luka yang disebabkan akibat bencana alam ("Act of God"), epidemi penyakit dan keadaan luar biasa (catastrophic conditions), semua penyakit menular yang memerlukan isolasi atau karantina menurut hukum.
- y. Radiasi Ionisasi atau kontaminasi oleh radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau limbah nuklir dari proses fusi nuklir atau dari setiap bahan senjata nuklir.
- z. Biaya yang sudah mendapatkan penggantian dari pihak ketiga, termasuk BPJS Ketenagakerjaan dan Jaminan Sosial lainnya.
- â. Biaya Dokter atau pemberi jasa medis lainnya yang dikenakan oleh seseorang yang memiliki hubungan darah atau keluarga dekat atau yang tinggal dalam satu rumah dengan peserta.
- ä. Biaya yang timbul di pemberi pelayanan kesehatan yang memiliki hubungan afiliasi/kerjasama dengan bertanggung seperti namun tidak terbatas pada ***In House Clinic***.
- ö. Biaya atas perawatan yang berhubungan dengan *Digital Subtraction Angiography (DSA)* bagi selain penderita stroke akut walaupun digunakan sebagai penegakan diagnosa dan direkomendasikan oleh dokter.
- aa. Bunuh diri yang menyebabkan kematian, dapat dijamin pada Manfaat biaya pemakaman pada tahun ke-2 polis ini.
- bb. Perawatan sebelum berlakunya masa periode polis.

## 10. PENGAKHIRAN PERTANGGUNGAN



Tertanggung akan berakhir pertanggungannya dengan segera jika: a) masa berlaku polis telah berakhir atau b) tanggal perpanjangan polis berikutnya terjadi setelah Tertanggung berakhir menjadi tanggungan polis ini. Kewajiban dalam polis akan berakhir pada tanggal berakhirnya penutupan bagi tertanggung meskipun tertanggung dirawat di rumah sakit atau mengalami pembedahan.

#### **11. 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 atau menggunakan metode transfer.

Premi yang dibayarkan berlaku untuk masa satu tahun (12 bulan penuh). Pembayaran premi paling lambat diterima dalam waktu 14 hari kalender sejak tanggal dimulainya penutupan atau tanggal perpanjangan polis. Jika dalam jangka waktu 14 hari tersebut premi belum dibayarkan kepada Penanggung, maka secara otomatis Polis akan dibatalkan oleh pihak Penanggung.

Terdapat pengembalian premi yang akan diberikan untuk polis tahun berikutnya sebagai potongan premi perpanjangan polis jika tidak ada klaim yang diajukan pada polis berjalan, dengan formula :  $10\% \times \text{Gross Premi}$  (Premi tahun sebelumnya).

#### **12. PERPANJANGAN POLIS**

Polis ini dapat diperpanjang untuk satu tahun polis berikutnya pada saat ulang tahun polis dan sesuai dengan perhitungan dan pertimbangan Penanggung.

#### **13. MASA MEMPELAJARI POLIS**

Diberikan waktu untuk mempelajari ketentuan-ketentuan yang berlaku pada Polis yang diikutsertakan. Jangka waktu mempelajari Polis adalah 14 (empat belas) hari kalender setelah Polis diterima oleh Pemegang Polis.

#### **14. PEMBATALAN**

Polis ini dapat dibatalkan baik oleh Pemegang Polis/Tertanggung maupun Penanggung dengan pemberitahuan pembatalan secara tertulis.

Pembatalan dapat dilakukan dengan surat permohonan pembatalan Polis dari Pemegang

Polis/Tertanggung, dan Polis menjadi batal dengan tanggal efektif pembatalan Polis per tanggal surat permohonan pembatalan polis diterima oleh Penanggung.

Tidak ada pengembalian premi jika pembatalan diminta dan diajukan oleh Pemegang Polis/Tertanggung, setelah melewati batas waktu masa mempelajari polis.

#### **15. PEMBERITAHUAN DAN PROSEDUR KLAIM**

Bukti asli pengeluaran biaya (kuitansi lengkap dengan rinciannya) dan pemberitahuan tertulis atau diagnosa atas penyakit dan luka yang menjadi dasar klaim (Formulir Klaim asli bermeterai, termasuk copy hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya yang menegakkan Diagnosa tersebut) dan dijamin dalam polis harus diberikan kepada Penanggung dalam waktu 30 hari kalender (di dalam Jabotabek) dan 60 hari kalender (di luar Jabotabek) setelah kejadian atau dimulainya penyakit.

Penanggung akan menyelesaikan penggantian klaim dalam 7 hari kerja kepada tertanggung, dalam hal tidak terdapatnya masalah pada klaim yang diajukan dan kelengkapan klaim telah dipenuhi, jika klaim tidak lengkap sesuai persyaratan maka Penanggung akan memberitahukan melalui surat, telepon, fax atau sarana komunikasi lainnya.

Penanggung tidak akan menggantikan klaim tanpa disertai diagnosa yang jelas atau dengan diagnosa yang tidak sah, seperti di coret-coret, dihapus atau dirubah. Formulir klaim untuk sistem pengajuan klaim rawat inap adalah wajib, guna mendapatkan diagnosa penyakit yang diderita. formulir klaim ini tidak berlaku sebagai kuitansi.

Pertanggungungan untuk pelayanan kesehatan di luar negeri harus mendapatkan persetujuan terlebih dahulu dari Perusahaan minimal 2x24 jam sebelum pelayanan kesehatan tersebut diberikan kepada Peserta yang dipertanggungungkan, kecuali dalam kondisi emergency. Hal ini juga termasuk pelayanan kesehatan di dalam negeri yang bersifat pembedahan secara elektif. Jika persetujuan terlebih dahulu tidak dilengkapi dalam jangka waktu tersebut, maka Perusahaan berhak menilai pembayaran sesuai dengan yang berlaku dan wajar menurut Perusahaan.

Pertanggung jawaban tidak dapat diberikan bagi peserta yang melakukan perawatan di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) terdaftar dalam tabel **Pemberi Pelayanan Kesehatan yang tidak disantun**, yang dapat dilihat di website MAG : <http://www.mag.co.id>

Kelengkapan berkas Klaim *Coordination Of Benefit* (COB) :

- a. Surat Asli Penjamin pertama
- b. Surat Individual Pasien (Jika BPJS Kesehatan)
- c. Kuitansi Asli selisih penjaminan yang tidak dijamin oleh penjamin pertama dengan penggunaan meterai yang sesuai
- d. Copy Perincian Biaya Rumah Sakit
- e. Copy Seluruh Berkas Pemeriksaan Penunjang
- f. Fotocopy Kartu Penjamin pertama

Kelengkapan berkas Klaim Santunan Harian (bagi peserta yang perawatannya menggunakan BPJS Kesehatan) :

- a. Surat Individual Pasien
- b. Surat Keterangan dari BPJS Kesehatan
- c. Fotocopy Kartu BPJS Kesehatan

Penanggung memiliki hak penuh untuk memeriksa, melakukan verifikasi dan investigasi terhadap seluruh berkas pengajuan klaim termasuk kepada pihak luar yang terkait dengan berkas pengajuan klaim tertanggung.

Jika pengobatan dilakukan di luar Indonesia dan dokumen klaim yang diajukan tidak menggunakan Bahasa Inggris, maka biaya penerjemah akan menjadi beban biaya klaim bagi peserta yang mengajukan klaim.

Penanggung tidak bertanggung jawab atas klaim-klaim yang terjadi dalam periode masa tunggu, yaitu 30 hari kalender untuk penyakit serta kecelakaan, dan 90 hari kalender untuk keguguran.

Pembatasan penjaminan rawat inap maksimal selama tiga (3) hari untuk penyakit yang terdiagnosa atas dasar keluhan tertanggung tanpa adanya hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung keluhan tersebut.

## 16. KETENTUAN PENGGUNAAN RUMAH SAKIT REKANAN (PROVIDER)

Dokumen-dokumen yang diperlukan untuk dapat menggunakan jaringan Rumah Sakit Rekanan (Provider) adalah :

1. Kartu Peserta Asuransi yang masih berlaku.
2. Kartu Identitas yang masih berlaku.
3. Surat Pengantar Rawat (SPR) yang dapat disusulkan 2X24 jam, dapat melalui faksimili, yang sudah diisi dan ditandatangani oleh Penanggung.
4. Formulir Klaim.

Surat Pengantar/Rujukan dibuat oleh Penanggung ke Rumah Sakit Rekanan (Provider) berdasarkan diagnosa penderita, apabila ternyata diagnosa akhir penyakit tersebut termasuk dalam pengecualian, atau penyakit yang dikenakan masa tunggu, atau hal-hal lain yang tidak dijamin dalam polis ini, maka seluruh tagihan yang timbul akan menjadi *Excess Claim* dan tertanggung berkewajiban untuk membayar tagihan eksekusi klaim tersebut.

Demikian pula dengan diagnosa awal yang dibuat oleh Rumah Sakit Rekanan (Provider). Penanggung menggantikan klaim berdasarkan diagnosa akhir dari Rumah Sakit Rekanan (Provider).

Apabila perawatan tertanggung telah selesai tetapi tetap tidak dapat melengkapi dokumen tersebut di atas maka akan dianggap sebagai pasien umum.

Rumah Sakit yang dapat dipergunakan sebagai Rumah Sakit Rekanan (Provider) adalah Rumah Sakit yang terdaftar dalam tabel Rumah Sakit Rekanan (Provider) yang dapat dilihat di website MAG: <http://www.mag.co.id>

Fasilitas Rumah Sakit Rekanan (Provider) berlaku bagi kelas-kelas perawatan yang menjadi hak tertanggung yang terdaftar dalam Polis. Jika kelas perawatan yang diambil atas keinginan sendiri melebihi hak yang tercantum dalam Polis maka secara otomatis fasilitas Rumah Sakit Rekanan (Provider) akan gugur dan dianggap sebagai pasien umum. Kecuali jika kelas perawatan yang terdapat di Rumah Sakit Rekanan (Provider) penuh dan/atau tidak ada yang sesuai dengan kelas perawatan maka fasilitas Rumah Sakit Rekanan (Provider) masih berlaku. Jika semua kamar yang menjadi haknya penuh, maka tertanggung berhak untuk memilih satu kelas yang lebih tinggi, namun jika kamar yang menjadi haknya sudah tersedia maka yang bersangkutan

harus turun ke kelas tersebut, jika yang bersangkutan menolak maka fasilitas provider yang diberikan akan otomatis gugur dan bertanggung akan diperlakukan sebagai pasien umum sehingga yang bersangkutan harus menyelesaikan semua biaya Rumah Sakit terlebih dahulu baru diajukan ke Penanggung.

Perawatan yang menimbulkan biaya yang tidak digantikan/dijamin oleh Penanggung atau tidak terbayarkan akan menjadi beban bertanggung, yang wajib diselesaikan sebelum meninggalkan Rumah Sakit sebagai suatu penyelesaian sementara.

Penyelesaian sementara dilakukan untuk meminimalisasi *excess claim* dan bukan menghilangkan *excess claim* baik yang timbul dari satu peristiwa perawatan Peserta maupun *excess claim* yang timbul setelah diterimanya tagihan akhir dari Rumah sakit dimana jika ternyata Diagnosa perawatan masuk dalam Pengecualian Polis.

*Excess Claim* yang timbul dari biaya yang tidak dijamin oleh Penanggung, baik yang dikarenakan oleh pengecualian, melewati atau melampaui limit pertanggung atau karena terlambat ditagihkan oleh pihak Rumah Sakit tetap merupakan beban kewajiban yang harus dibayarkan oleh bertanggung walaupun terdapat penyelesaian sementara.

Pembekuan secara otomatis fasilitas Rumah Sakit Rekanan (Provider) akan dilakukan oleh Penanggung apabila bertanggung tidak segera melakukan pembayaran dalam waktu selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kalender, dan bertanggung tetap berkewajiban untuk membayarkan semua yang terhutang kepada Penanggung walaupun fasilitas Rumah Sakit Rekanan (Provider) sudah dibekukan ataupun dibatalkan.

## 17. PEMERIKSAAN

Penanggung memiliki hak dan kesempatan untuk memeriksa bertanggung yang mengajukan klaim sejauh diperlukan, termasuk pihak-pihak terkait lainnya, dan memiliki hak dan kesempatan untuk mengadakan opsi dalam hal kematian dimana hal tidak bertentangan dengan hukum.

## 18. NILAI TUKAR MATA UANG ASING

Setiap klaim atau penggantian biaya yang dibuat dalam mata uang asing akan dikonversikan menjadi Rupiah berdasarkan pada nilai tukar kurs tengah yang berlaku pada tanggal saat pasien keluar dari rumah sakit selesai melakukan perawatan.

## 19. ASURANSI LAIN

Jika bertanggung berhak atas manfaat dibawah program BPJS Kesehatan, atau asuransi lainnya, manfaat yang dibayarkan dibatasi sampai sisa biaya yang tidak ditanggung dalam manfaat yang dibayarkan oleh program dari asuransi lain tersebut yang dihitung dari manfaat dalam polis ini.

Penjaminan COB dengan BPJS Kesehatan mengikuti ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan No. 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan beserta perubahan pertama pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 64 Tahun 2016 dan perubahan kedua No. 4 Tahun 2017.

## 20. KETIDAKSESUAIAN DENGAN PIHAK KETIGA

Penanggung tidak bertanggung jawab atas kesalahan tindakan yang dibuat oleh pemegang polis atau bertanggung dengan dokter yang memiliki ijin atau rumah sakit dengan alasan kelalaian, praktek tidak resmi atau sebab lain yang terjadi akibat tindakan mereka atau pemeriksaan atau pengobatan yang tidak sempurna atas bertanggung di bawah kondisi polis ini.

Penanggung tidak bertanggung jawab atas kesalahan data, informasi atau instruksi yang dibuat atau disampaikan oleh bertanggung atau pihak lain atau orang yang ditunjuk oleh Pemegang Polis.

## 21. 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



**Asuransi MAG**  
A FAIRFAX Company



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**

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI) sesuai dengan Peraturan dan Prosedur BMAI atau melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Asuransi lainnya yang terdaftar di 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.

## **22. PENUTUP**

- a. Isi polis ini telah disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan termasuk ketentuan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan.
- b. 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.

## KONTRAK POLIS TAMBAHAN

# POLIS ASURANSI KECELAKAAN DIRI

### HAK ATAS SANTUNAN

#### 1. KEMATIAN (JAMINAN A)

Jaminan A akan diberikan dalam hal Tertanggung:

- 1.1. meninggal dunia dalam batas waktu 12 (dua belas) bulan sejak terjadinya kecelakaan, atau
- 1.2. hilang dan tidak diketemukan dalam waktu sekurang-kurangnya 60 hari sejak terjadinya kecelakaan

sebagai akibat langsung dari suatu kecelakaan yang dijamin dalam polis.

#### 2. CACAT TETAP (JAMINAN B)

Jaminan B akan diberikan dalam hal Tertanggung mengalami cacat tetap sebagai akibat langsung dari suatu kecelakaan yang dijamin dalam polis, yang terdiri dari :

##### 2.1. CACAT TETAP KESELURUHAN

Cacat Tetap Keseluruhan meliputi:

- 2.1.1. kehilangan penglihatan kedua belah mata, atau
- 2.1.2. hilang atau tidak berfungsinya kedua lengan, atau
- 2.1.3. hilang atau tidak berfungsinya kedua tungkai kaki, atau
- 2.1.4. hilang atau tidak berfungsinya: penglihatan satu mata dan satu lengan; penglihatan satu mata dan satu tungkai kaki; atau satu tungkai kaki dan satu lengan.

Dapat diartikan pula sebagai Cacat Tetap Keseluruhan, dalam hal kegilaan atau kelumpuhan total yang diderita Tertanggung sebagai akibat langsung dari suatu kecelakaan yang dijamin polis.

Cacat Tetap ini harus terjadi dalam waktu 12 (dua belas) bulan sejak terjadinya kecelakaan.

#### 2.2. CACAT TETAP SEBAGIAN

Cacat Tetap Sebagian berupa hilang atau tidak berfungsinya sebagian dari anggota tubuh. Hak atas santunan ini berlaku setelah dokter menetapkan keadaan cacat tetap yang diderita.

Apabila Tertanggung telah menerima santunan dalam hal Cacat Tetap, kemudian akibat kecelakaan yang sama itu Tertanggung meninggal dunia maka hak atas santunan dalam hal Kematian akan diberikan setelah dikurangi dengan jumlah santunan Cacat Tetap yang telah dibayarkan. Jika santunan Cacat Tetap yang telah dibayar lebih besar daripada santunan Kematian, maka Tertanggung tidak berhak atas santunan Kematian.

### BESARNYA SANTUNAN

#### 1. KEMATIAN:

Santunan sebesar 100% (seratus persen) Nilai Pertanggungan untuk Jaminan A akan dibayarkan kepada Pemegang Polis/Tertanggung atau Ahli Waris yang namanya tercantum dalam Ikhtisar Pertanggungan.

#### 2. CACAT TETAP :

##### 2.1. CACAT TETAP KESELURUHAN

Santunan sebesar 100% (seratus persen) Nilai Pertanggungan untuk Jaminan B akan dibayarkan kepada Tertanggung.

##### 2.2. CACAT TETAP SEBAGIAN

Santunan akan dibayarkan kepada Tertanggung berdasarkan tabel persentase dari Nilai Pertanggungan untuk Jaminan B, sebagai berikut :





No	Uraian	Tabel %
1.	Lengan kanan mulai dari sendi bahu	60 %
2.	Lengan kiri mulai dari sendi bahu	50 %
3.	Lengan kanan mulai dari atasnya sendi siku	50 %
4.	Lengan kiri mulai dari atasnya sendi siku	40 %
5.	Tangan kanan mulai dari atasnya pergelangan tangan	40 %
6.	Tangan kiri mulai dari atasnya pergelangan tangan	30 %
7.	Satu kaki mulai dari lutut sampai pangkal paha.	50 %
8.	Satu kaki mulai dari mata kaki sampai lutut.	25 %
9.	Ibu jari tangan kanan	15 %
10.	Ibu jari tangan kiri	10 %
11.	Jari telunjuk tangan kanan	10 %
12.	Jari telunjuk tangan kiri	8 %
13.	Jari kelingking tangan kanan	8 %
14.	Jari kelingking tangan kiri	6 %
15.	Jari tengah atau manis tangan kanan	5 %
16.	Jari tengah atau manis tangan kiri	4 %
17.	Satu ibu jari kaki	8 %
18.	Satu jari kaki lainnya	5 %
19.	Sebelah mata	50 %
20.	Pendengaran pada kedua belah telinga	50 %
21.	Pendengaran pada sebelah telinga	25 %
22.	Sebelah daun telinga secara keseluruhan	5 %

Dengan ketentuan :

- 2.2.1. Jumlah persentase dari seluruh cacat tetap yang diderita selama jangka waktu pertanggungan tidak melebihi 100% Nilai Pertanggungan untuk Jaminan B.
- 2.2.2. Bagi orang kidal pengertian kata "kanan" dibaca "kiri" dan sebaliknya.
- 2.2.3. Dalam hal kehilangan atas sebagian dari salah satu yang disebutkan di dalam tabel diatas, maka akan diberikan jumlah santunan secara berbanding

(menurut perbandingan) dalam angka persentase yang lebih kecil dari skala persentase yang bersangkutan dengan bagian yang hilang itu.

- 2.2.4. Dalam hal kehilangan atau tidak berfungsinya lebih dari satu jari, maka santunan yang diberikan untuk itu tidak melebihi yang telah ditetapkan untuk kehilangan tangan dari pergelangan tangan.
- 2.2.5. Dalam hal tidak berfungsinya anggota badan yang tercantum dalam tabel, santunan diberikan apabila tidak berfungsinya anggota



**Asuransi MAG**  
A FAIRFAX Company



badan tersebut mencapai 50% (lima puluh persen) atau lebih berdasarkan Surat Keterangan Dokter yang melakukan perawatan.

darah, butanya satu mata jika mata yang lain tertimpa kecelakaan.

Dalam hal ini besarnya santunan diberikan tidak lebih tinggi dari yang akan diberikan jika tidak ada keadaan yang memberatkan akibat-akibat kecelakaan itu.

## PENGECUALIAN

Polis ini tidak menjamin :

1. Kecelakaan yang terjadi sebagai akibat langsung dari Tertanggung :
  - 1.1. turut serta dalam lalu-lintas udara, kecuali sebagai penumpang yang sah (memiliki tiket resmi) dalam suatu pesawat udara pengangkut penumpang oleh Maskapai Penerbangan yang memiliki izin untuk itu,
  - 1.2. bertinju, bergulat dan semua jenis olah raga beladiri, *rugby*, hockey, olah raga diatas es atau salju, mendaki gunung atau gunung es dan semua jenis olah raga kontak fisik, *bungy jumping* dan sejenisnya, memasuki gua-gua atau lubang-lubang yang dalam, berburu binatang, atau jika Tertanggung berlayar seorang diri, atau berlatih untuk atau turut serta dalam perlombaan kecepatan atau ketangkasan mobil atau sepeda motor, olah raga udara dan olah raga air,
  - 1.3. dengan sengaja melakukan atau turut serta dalam tindak kejahatan,
  - 1.4. melanggar Peraturan dan Perundang-undangan yang berlaku,
  - 1.5. menderita burut (*hernia*), ayun (*epilepsy*), sengatan matahari,
  - 1.6. terserang atau terjangkit gangguan-gangguan atau virus atau kuman penyakit dalam arti yang seluas-luasnya dan mengakibatkan antara lain timbulnya demam (*hayfever*), typhus, paratyphus, disentri, peracunan dalam makanan (*botulism*), malaria, sampar (*leptospirosis*), filaria dan penyakit tidur karena gigitan atau sengatan serangga kedalam tubuh,
  - 1.7. mengalami bertambah parahnya akibat-akibat kecelakaan karena mengidap penyakit gula, peredaran darah yang kurang baik, pembesaran pembuluh

2. Kecelakaan-kecelakaan yang disebabkan atau ditimbulkan oleh :

- 2.1. Tertanggung menjalankan tugasnya dalam Dinas Kemiliteran atau Kepolisian dan atau yang berhubungan dengan atau yang diperbantukan untuk itu, kecuali jika telah disetujui Penanggung dengan tidak mengurangi apa yang ditetapkan dalam ayat (2.2.)

- 2.2. baik langsung maupun tidak langsung karena :

2.2.1. *Kerusuhan, Pemogokan, Penghalangan Bekerja, Perbuatan Jahat, Huru-hara, Pembangkitan Rakyat, Pengambil-alihan Kekuasaan, Revolusi, Pemberontakan, Kekuatan Militer, Invasi, Perang Saudara, Perang dan Permusuhan, Makar, Terorisme, atau Sabotase,*

2.2.2. tindakan-tindakan kekerasan termasuk pembunuhan, penganiayaan, pemerkosaan, penculikan dengan tidak memandang apakah tindakan-tindakan itu ditujukan terhadap Tertanggung atau orang-orang lain,

2.2.3. ditahannya Tertanggung di dalam tempat tawanan atau tempat pengasingan karena deportasi atau dilaksanakan secara sah atau tidak sah suatu perintah dari pembesar-pembesar atau instansi kemiliteran, sipil kehakiman, kepolisian, atau politik yang telah diambil sehubungan dengan keadaan yang tersebut diatas atau bahaya yang akan timbul dari keadaan yang demikian itu



**Asuransi MAG**  
A FAIRFAX Company

Jika Tertanggung atau orang-orang yang ditunjuk dalam polis ini menuntut santunan berdasarkan pertanggungan ini, maka yang bersangkutan wajib membuktikan kecelakaan tersebut tidak mempunyai hubungan apapun juga baik langsung maupun tidak langsung dengan kejadian-kejadian yang dikecualikan seperti tersebut dalam ayat ini.

- 2.3. baik langsung maupun tidak langsung karena atau terjadi pada reaksi-reaksi inti atom dan atau nuklir.
3. Penanggung tidak berkewajiban membayar santunan atau penggantian atas :
  - 3.1. Biaya-biaya yang dikeluarkan untuk mencegah atau mengurangi kerugian kecuali jika telah disetujui Penanggung.
  - 3.2. Kecelakaan dan akibat-akibatnya yang disebabkan oleh tindakan yang dilakukan dengan sengaja, direncanakan, dikehendaki oleh Tertanggung atau pihak yang berhak menerima santunan, kecuali :
    - 3.2.1. Karena Tertanggung menjalankan pekerjaannya, sebagaimana yang diterangkan dalam polis ini, atau
    - 3.2.2. Karena Tertanggung berusaha menyelamatkan dirinya, orang lain, hewan-hewan, barang-barang atau mempertahankan dan atau melindunginya secara sah dengan tidak mengurangi apa yang ditetapkan pada ayat (2.2.) diatas.



## DOKUMEN PENDUKUNG KLAIM

Jika terjadi kecelakaan yang mungkin akan menimbulkan tuntutan penggantian, Tertanggung wajib menyampaikan dokumen-dokumen pendukung klaim sebagai berikut :

1. Formulir laporan pengajuan klaim berikut kronologis kecelakaan yang terjadi.
2. Polis asli atau fotocopy
3. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP).
4. Dalam hal Tertanggung meninggal dunia:
  - 4.1. Surat keterangan mengenai hasil pemeriksaan jenazah (Visum et Repertum).
  - 4.2. Fotocopy surat keterangan meninggal dunia dari Lurah atau kepolisian setempat.
  - 4.3. Surat keterangan para saksi
5. Dalam hal Tertanggung hilang :
  - 5.1. surat keterangan tentang kecelakaan dan penghentian pencarian dari pihak yang berwenang
  - 5.2. surat pernyataan dari ahli waris akan mengembalikan santunan apabila Tertanggung diketemukan kembali dalam keadaan hidup
6. Dalam hal Tertanggung mengalami cacat tetap,
  - 6.1. Surat keterangan pemeriksaan (Visum) dari Dokter yang melakukan perawatan atau pengobatan
  - 6.2. Surat keterangan para saksi
7. Dokumen lain yang relevan, wajar dan patut diminta oleh Penanggung sehubungan dengan penyelesaian klaim.

### SCHEDULE OF SURGICAL FEES

The operating surgeon's fee limit of this schedule will apply to the performance of the surgical procedure and two weeks post operating care, if two or more surgical procedures are performed during the course of single operation through the same incision, benefits will be allowed only for the surgical procedure having the largest limit.

The Company will exclusively determine the limit for any surgical procedure which is not listed and such limit will be objectively determine on the basis of the gravity and severity of such procedure as compared to the most comparable listed procedure.

Description of Surgical Benefit	Group	Description of Surgical Benefit	Group
<b>1. ABDOMEN</b>		<b>4. BREAST</b>	
Appendectomy	Intermediate	Biopsy, incisional & drainage of abscess	Minor
Cholecystotomy/Cholecystectomy, drainage or removal of calculus	Major	Excision of cyst, fibro-adenoma or other benign tumor, aberrant breast tissue, duct lesion or nipple lesion	Intermediate
Colon resection : (partial with or without)		Gynaecomastia	Intermediate
- Colostomy	Major	Mastectomy, simple	Intermediate
- Total resection	Complex	Mastectomy, radical. including breast, pectoral muscles and axillary lymph nodes, unilateral	Major
Colostomy or Enterostomy, closure	Intermediate		
ERCP	Minor	<b>5. CHEST</b>	
ERCP with stent	Intermediate	Artificial pneumothorax : (induction of)	
Exploration of common bile duct, biliary fistula, etc	Major	- Initial	Minor
Fissure in ano, cutting operation for independent procedure	Intermediate	- Refills, each (not more than six)	Minor
Fistulotomy or fistulectomy :		Drainage of empyema pleura	Intermediate
- Simple	Intermediate	Drainage of lung abscess	Major
- Multiple	Intermediate	Incision of pleura effusion	Minor
Gastric or Duodenal ulcer, perforation closure of	Major	Intrathoracic, or intraabdominal aneurysm	Complex
Gastroenterostomy/jejunostomy	Major	Lobectomy :	
Gastrostomy, opening into the stomach	Major	- Total or subtotal	Complex
Gut or Stomach (gastrectomy), resection of	Complex	- Wedge resection	Major
Haemorrhoidectomy and fistulotomy or fistulectomy	Major	Lung, complete removal or portion of	Complex
Haemorrhoidectomy, internal & external complex or extensive	Intermediate	Lung, haemorrhage or rupture	Major
Hepatectomy : (resection of Liver)		Mediastinoscopy	Intermediate
- Partial Lobectomy	Intermediate	Pericardium, opening and draining	Major
- Total Lobectomy	Major	Pleurodesis with thoracoplasty	Intermediate
- Tumor, removal	Intermediate	Pneumectomy	Major
- Biopsy	Minor	Pneumonectomy, total	Complex
Incision & drainage of Ischiorectal and/or perirectal abscess	Minor	Thoracoplasty, complete	Complex
Intestinal obstruction, acute including intussusception	Major	Thoracotomy :	
Laparotomy exploratory	Major	- Exploratory	Intermediate
Oesophagus :		- Removal of pus, tapping excepted	Minor
- Transection/resection	Complex	Thymectomy	Major
- Operation of stricture	Intermediate	WSD	Minor
Pancreatectomy	Complex		
Pan Procto-colectomy	Complex	<b>6. ORTHOPAEDIC OPERATIONS</b>	
Papillectomy, single or multiple procedure	Minor	<b>Dislocation</b>	
Pilonidal cyst/sinus, removal	Intermediate	Ankle dislocation :	
Prolapse of Rectum (partial)	Intermediate	- Close reduction	Minor
Prolapse of rectum involving laparotomy, colostomy or intestinal anastomosis	Major	- Open reduction	Intermediate
Pseudo pancreatic cyst drainage	Major	Carpal and Tarsal bone, open and close reduction	Minor
Rectal Polyp :		Clavícula :	
- Biopsy	Minor	- Close reduction	Minor
- Removal	Intermediate	- Open reduction	Intermediate
Rectum :		Hip dislocation :	
- Excision of	Complex	- Closed or open with acetabular hip fixation	Major
- Other cutting operation of	Minor	- Manipulative with anaesthesi	Minor
Retroperitoneal abscess, drainage	Intermediate	Knee dislocation :	
Spleen, removal	Complex	- Closed or manipulative reduction	Minor
		- Open with uncomplicated soft tissue closure, manipulative reduction	Intermediate
<b>2. ABCESS</b>		Jaw temporo-mandibular :	
Incision and drainage of superficial abscesses, boil or furuncle - one or more	Minor	- Simple, closed reduction	Minor
Treatment of carbuncle or abscess requiring hospitalisation - one or more	Minor	- Open reduction with interdental fixation	Major
		Shoulder sternoclavicular :	
<b>3. AMPUTATIONS AND DISARTICULATIONS</b>		- Closed or manipulative reduction	Minor
Arm, upper, forearm, entire hand or foot	Major	- Open reduction/repair, with or without fascial graft	Major
Fingers, thumbs, toes, each	Minor	Wrist :	
Hip joints	Complex	- Radio-carpal or intercarpal closed reduction	Minor
Leg through Tibia and Fibula	Major	- Open reduction	Intermediate
Shoulder :			
- Joint or blade	Major		
- Interscapula-thoracic	Complex		
Thigh, between Hip and Knee	Major		

Description of Surgical Benefit	Group	Description of Surgical Benefit	Group
<b>Fracture</b>		<b>8. EAR</b>	
Ankle :		Any cutting operation of the inner ear	Major
- Closed or manipulative reduction	Minor	Ear operation for epithelioma of	Minor
- Open reduction with or without internal fixation	Intermediate	Fenestration, one or both sides	Complex
Application of POP cast (with or without anaesthesia)	Minor	Insertion of ear grommet	Minor
Clavicle, Scapula :		Mastoidectomy :	
- Closed or manipulative reduction	Minor	- Simple	Intermediate
- Open reduction with or without internal fixation	Intermediate	- Radical	Complex
Elbow :		Myringectomy	Intermediate
- Comminuted, closed, manipulative reduction	Intermediate	Myringoplasty or tympanoplasty (including ossi-culoplasty)	Major
- Open reduction with or without internal fixation	Major	Myringotomy for otitis media	Minor
Femur :		Other cutting operation of the middle ear	Intermediate
- Closed or manipulative reduction	Intermediate	Other cutting operation of the external ear	Minor
- Open reduction with or without internal fixation	Major	Removal of aural polyp	Minor
Fingers : carpal, metacarpal, tarsal, metatarsal		Stapes, Mobilization or Stapedectomy	Intermediate
- Closed or manipulative reduction	Minor		
- Open reduction with or without internal fixation	Intermediate	<b>9. EYE</b>	
Incision of bone for acute osteomyelitis	Intermediate	Any operation for glaucoma : trabeculectomy, sclerectomy, sclerostomy, Scheie's operation	Major
Jaw : (close manipulative reduction with or without)		Blepharoplasty (eyelid reconstruction)	Major
- Interdental fixation	Intermediate	Chalazion, Papilloma of eyelid, cutting operation on eyelids, repair wound	Minor
- Open reduction with or without interdental fixation	Major	Conjunctivoplasty	Minor
Knee fracture :		Corneal tattooing	Minor
- Closed or manipulative reduction	Minor	Corneal grafting	Intermediate
- Open reduction with or without internal fixation	Intermediate	Corneal ulcer, cauterisation	Minor
Lower extremities :		Destruct of lesion of cornea by cryotherapy	Intermediate
- Closed or manipulative reduction	Intermediate	Ectropion/Entropion :	
- Open reduction with or without internal fixation	Major	- Simple correction	Minor
Multiple fracture with complication	Complex	- Plastic correction	Intermediate
Nail, excision of nail & nail matrix, partial or complete (inc. roserplasty)	Minor	Evisceration, Enucleation with implant, muscles attached to implant	Intermediate
Osteoectomy	Major	Excision of lac or gland; total or partial	Intermediate
Osteoplasty	Major	Excision of Pterygium	Intermediate
Osteotomy :		Fluorescin Angiography	Minor
- Small bone	Intermediate	Iridectomy :	
- Large bone	Major	- Standart operation	Major
Radical operations for bone tumours	Major	- Laser surgery	Intermediate
Removal of implant	Minor	Iridotomy	Intermediate
Spine : one/more, manipulative reduction, open reduction & fusion, with or without iliac or other bone graft	Major	Lacrimal system : incision & drainage lacrimal gland, lacrimal duct, lacrimal sac, dilatation	Minor
Upper extremities : (wrist, radius, ulna, humerus)		Lens : extraction of cataract with or without lens implant; extraction of lens; dislocated lens	Major
- Closed or manipulative reduction	Minor	Needling of lens capsule after senile cataract; including Extraction of acrylic lens	Minor
- Open reduction with or without internal fixation	Intermediate	Radial Keratotomy	Intermediate
NOTE : (Closed reduction is correction by manipulation without incision and Open reduction is correction with incision incl. wiring)		Removal foreign body : conjunctival, superficial embedded, subconjunctival, cornea	Minor
		Repair retinal detachment with or without vitreous surgery.	Major
<b>Joints, Tendons &amp; Bursae</b>		Vitreotomy	Intermediate
Arthroscopy	Intermediate		
Arthrotomy including removal of loose bodies	Intermediate	<b>10. GENITO-URINARY TRACT</b>	
Arthrectomy	Major	Bladder :	
Hip or knee replacement	Major	- Ruptured; cystolithotomy	Major
Arthrodesis :		- Removal of growths by abdominal surgery	Major
- Small joint	Intermediate	- Removal of growths by diathermy	Intermediate
- Large joint	Major	- Removal of stone	Major
Arthroplasty :		Cimino, for hemodialysis	Minor
- Small joint	Intermediate	Circumcision	Minor
- Large joint	Major	Curettag or cauterization of cervix, non puerpeural	Minor
Tendon :		Cystectomy, ovarian cyst	Major
- Release, lengthening or shortening	Minor	Cystectomy-with ureteroleal conduit or sigmoid bladder with bilateral pelvic lymphadenectomy	Complex
- Repair and suture	Minor	Dilatation & curettage, non puerpeural	Minor
- Transplantation	Intermediate	Hydrocele, radical care of	Minor
- Extensive grafting or ligament/tendon	Intermediate	Hysterectomy, radical for cancer with complete removal of tubes and ovaries with or without appendectomy	Major
Excision of bursae	Minor	Kidney :	
		- Extra corporeal shockwave lithotripsy (ESWL)	Major
<b>7. EXCISION OR FIXATION BY CUTTING</b>		- Fixation of	Major
Ankle, elbow, knee or wrist joints	Intermediate	- Haemorrhage due to accident	Major
Bone, removal of (diseased portion of femur, tibia, humerus or fibula)	Intermediate	- Removal of stone	Intermediate
Deep suppuratin in palm, forearm, arm, sole leg/high involving multiple incisions or drainage	Minor	- Removal of, with total ureterectomy and bladder cuff	Complex
Hip joint, shoulder or spine	Major	- Transplantation/radical nephrectomy	Complex
Lesser bones	Minor		



Description of Surgical Benefit	Group	Description of Surgical Benefit	Group
Myomectomy, single or multiple excision of fibroid tumor of uterus abdominal approach	Major	Gasserian ganglion, resection of	Major
Orchidectomy	Intermediate	Impression fracture, correction	Complex
Salpingectomy / oophorectomy or both unilateral or bilateral, independent procedure	Major	Intervertebral disc, excision of :	
Testicles, castration for growths or tuberculosis of	Minor	- Without spinal fusion	Major
Prostate :		- With spinal fusion	Complex
- Endoscopic means-partial removal	Intermediate	Laminectomy	Complex
- Total resection	Major	Liquor cerebrospinal, puncture	Minor
- Transurethral resection of prostate (TURP)	Major	Microdisectomy	Intermediate
Removal of stent post URS	Minor	Nerve grafting	Intermediate
Urethra :		Spinal cord tumor, operation for	Complex
- Intra-urethral cutting operation	Minor		
- Stricture of, open operation	Intermediate	<b>18. THROAT/NECK</b>	
Ureter, removal of stone	Major	Adenoidectomy, independent procedure	Minor
Ureterolotomy, including removal of stone	Complex	Excision of localized tumor	Intermediate
Varicocele, Epididymectomy, excision of-single or bilateral	Minor	Excision of tumor of cords & epiglottis or stripping of vocal cords	Intermediate
		Jaw, total excision of upper or lower partial	Complex
		Laryngectomy, without neck dissection	Intermediate
<b>11. HEART</b>		Lymphatic glands :	
Coronary arteriography, selective	Intermediate	- Removal of malignant tumors of,	Complex
Coronary angioplasty, transluminal	Intermediate	- Removal of tumors of, for diagnosis or adenoma of thyroid	Intermediate
Coronary arteri/arteries, Bypass	Major	Parathyroidectomy, total	Major
Digital Subtraction Angiography (DSA)	Minor	Removal of lower lip for cancer	Intermediate
Heart catheterisation	Minor	Thyroidectomy :	
Heart catheterisation with other procedures (Inc. PCI/PTCA)	Intermediate	- Sub-total	Intermediate
Minimal Invasive Cardiac Surgery (incl. Repairing valve)	Intermediate	- Total	Major
Open Heart surgery for single valve replacement	Major	Thyroid, tumor of,	Major
Open Heart surgery for more than one valve or involving more than one chamber	Complex	Tongue, total excision of, for cancer	Complex
		Tonsillectomy with or without adenoidectomy	Minor
<b>12. HERNIA</b>		Tracheostomy, independent procedure	Minor
Herniotomy and, or Hernioraphy	Intermediate		
Strangulated / Complicated Hernia	Intermediate	<b>19. TUMORS</b>	
Diaphragmatic or Other Abdominal Hernia	Major	Benign tumors of testicles	Minor
		Benign tumors one or more	Minor
<b>13. NOSE</b>		Excision of Bartholin's tumor or cyst	Minor
Anthrostomy / Antral Puncture (Inc. DAWO)	Intermediate	Excision of Ganglion	Minor
Functional endoscopic sinus surgery (FESS)	Major	Incision or drainage of cyst	Minor
Nasal septum, Septoplasty/submucous resection	Intermediate	Malignant tumors of the mucous membrane, skin & subcutaneous tissue	Minor
Polypus, removal, one or more	Minor	Malignant tumors, surgical removal of except those of the mucous membrane skin & subcutaneous tissue	Intermediate
Reconstruction of,	Major	Warts and moles	Minor
Sarcoma, operation for, or epithelioma of nose	Major		
Sinus :		<b>20. CIRCULATORY/VARICOSE VEINS</b>	
- Open Cutting operation on air sinuses (e.g. Caldwell Luc) except Antral Puncture	Intermediate	Abdominal aortic aneurysm (circumscribed dilation of aorta)	Complex
- Intranasal / other cutting operation sinus	Minor	Aneurysm in large arteries	Intermediate
Turbinectomy / Conchotomy	Minor	Cutting operation or injection treatment, both legs	Major
		Ligation of small arteries, smaller aneurysms	Minor
<b>14. PARACENTESIS</b>		Stripping of varicose vein, one leg	Intermediate
Tapping of-Abdomen	Minor	Thoracic aortic aneurysm-transverse arch graft	Complex
Chest or bladder (cauterization excepted)	Minor		
Ear drum, hydrocele, joints or spine	Minor	<b>21. ENDOSCOPIC PROCEDURE</b>	
		Arthroscopy	Intermediate
<b>15. SKIN</b>		Bronchoscopy, diagnostic	Minor
Biopsy or excision	Minor	Cholegram/Pancreatogram cholelithiasis	Minor
Burns, extensive dressing :		Colonoscopy	Minor
- < 10% body surface	Minor	Cystoscopy	Minor
- > 10% body surface with/without skin graft	Intermediate	Laparoscopy, diagnostic & therapy	Intermediate
Simple wound, debridement & sutures	Minor	Laryngoscopy	Minor
Deep/extensive contaminated wound	Minor	Oesophagoscopy/Gastroscopy with or without dilatation	Minor
		Pancreatocholangiographic endoscopy	Minor
<b>16. SKULL</b>		Sigmoidoscopy	Minor
Cutting into cranial cavity/craniotomy trephening & tapping excepted	Complex	Therapeutic Hysteroscopy	Minor
Microsurgery	Major	Utereroscopy (URS)	Intermediate
Removal of bone trephening or decompression	Intermediate		
Trephening for fracture middle meningeal or other intracranial haemorrhage	Complex		
Tumor or abcess of the brain, cerebral or cerebellar tumor	Complex		
Ventriculo-atrial/peritoneal valvular shunt for Hydrocephalus or other lesions	Intermediate		
<b>17. SPINE OR SPINAL CORD</b>			
Division of posterior spinal tracts or roots	Complex		