Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)
Versi Umum
AXA Medicash Pro Seven

Penanggung	PT AXA Financial Indonesia
Nama Produk	AXA Medicash Pro Seven
Jenis Produk	Asuransi Kesehatan Individu
Mata Uang	Rupiah

Tentang Produk

AXA Medicash Pro Seven merupakan produk asuransi kesehatan individu yang memberikan maslahat santunan harian apabila Tertanggung dan keluarga dirawat di Rumah Sakit baik karena sakit maupun kecelakaan. Produk ini tersedia Fasilitas Non-tunai *(Cashless)* di jaringan Rumah Sakit yang bekerjasama dengan Penangung dan ada 4 (empat) pilihan *plan* sesuai kebutuhan Anda dengan minimum Rp125,000/hari dan maksimum Rp500,000/hari (Reimburse) atau Rp250,000/hari dan Rp1,000,000 (Non-tunai/*Cashless*) untuk santunan rawat inap. Produk ini tersedia dalam mata uang Rupiah.

FITUR UTAMA ASURANSI

Usia Masuk Pemegang Polis : min. 18 tahun
maks. 60 tahun

Usia Masuk Tertanggung : min. 6 bulan
maks. 53 tahun

Masa Pertanggungan :
- 7 Tahun
- Maksimum usia perpanjangan polis hingga 59 tahun.

Plan :
- *Plan* I
- *Plan* II
- *Plan* III
- *Plan* IV

Masa Pembayaran Premi : Selama Masa Pertanggungan

Mata Uang : Rupiah

Frekuensi Pembayaran Premi : Bulanan dan Tahunan

DEFINISI

Pemegang Polis	Seseorang yang mengadakan perjanjian pertanggungan asuransi dengan Penanggung dan seperti tercantum pada Data Polis.
Tertanggung	Seseorang yang berusia 6 bulan sampai dengan 53 tahun yang terhadap dirinya diadakan pertanggungan asuransi, dan wajib memiliki hubungan kepentingan asuransi dengan Pemegang Polis.
Penanggung	PT. AXA Financial Indonesia selaku Penanggung manfaat asuransi.
Polis	Dokumen yang memuat perjanjian asuransi antara Pemegang Polis dan Penanggung yang terdiri dari Data Polis, ketentuan umum dan/atau ketentuan khusus dan/atau ketentuan tambahan Polis dan/atau perubahan lain didalamnya yang ditandatangani oleh Penanggung, termausk formular pengajuan dan dokumen lain yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan atau dinyatakan sebagai bagian dari Polis.
Premi	Sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung berdasarkan ketentuan Polis ini, yaitu dengan cara pendebetan Kartu Kredit atau Rekening Tabungan Pemegang Polis pada setiap Tanggal Jatuh Tempo selama Masa Pembayaran Premi seperti tercantum dalam Data Polis dan menjadi syarat berlakunya suatu pertanggungan asuransi sebagaimana diatur dalam Polis ini.

Public

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)
Versi Umum
AXA Medicash Pro Seven

Masa Bebas Lihat (*Cooling Off Period*)	Periode waktu tertentu yang diberikan kepada Pemegang Polis terhitung sejak Tanggal Diterimanya Polis oleh Pemegang Polis, untuk mempelajari dan memastikan bahwa ketentuan yang termuat dalam Polis telah sesuai dengan kebutuhan dan keinginan dari Pemegang Polis.

MANFAAT ASURANSI

1. **Manfaat Santunan Harian Rawat Inap**
   Diberikan apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap pada sebuah Rumah Sakit akibat sakit atau kecelakaan dengan maksimal perawatan 120 hari per tahun polis.

2. **Manfaat Santunan Harian Perawatan Intensif (*Intensive Care Unit*/ICU), selama menjalani Perawatan Intensif (*Intensive Care Unit* /ICU) di Rumah Sakit**
   Diberikan apabila Tertanggung menjalani perawatan intensif (*Intensive Care Unit*/ICU) di Rumah Sakit akibat penyakit atau kecelakaan dengan maksimal perawatan 30 hari per tahun polis dan termasuk Rawat Inap dalam ruangan Unit Perawatan Intensif pada Rumah Sakit per tahun Polis.

3. **Manfaat Santunan Harian Rawat Inap disebabkan oleh penyakit Tropis Demam Berdarah & Malaria**
   Diberikan apabila Tertanggung menjalani perawatan di Rumah Sakit akibat oleh penyakit Tropis Demam & Malaria dengan maksimal perawatan 30 hari per tahun polis.

4. **Manfaat Santunan Duka**
   Diberikan apabila Tertanggung meninggal baik karena penyakit maupun kecelakaan.

5. **Refund Of Premium (ROP) sebesar 70% (Tujuh puluh persen)**
   Apabila Polis terus aktif selama 7 (tujuh) tahun sampai dengan akhir Masa Pertanggungan sebagaimana tercantum dalam Data Polis dan Tertanggung masih hidup, meskipun Tertanggung pernah melakukan dan menerima pembayaran klaim Maslahat Santunan Harian Rawat Inap Rumah Sakit, maka Penanggung akan membayarkan Maslahat Pengembalian Premi sebesar 70% (tujuh puluh persen) dari total Premi yang telah dibayarkan akan dikurangi dengan Biaya Terhutang (Jika ada).

RISIKO

1. **Risiko Likuiditas**
   Risiko likuiditas merupakan risiko yang berkaitan dengan kemampuan Penanggung dalam rangka memenuhi kewajiban pembayaran kepada Tertanggung.

2. **Risiko Ekonomi Dan Perubahan Politik**
   Risiko yang disebabkan oleh kondisi makro ekonomi dan perubahan politik di dalam maupun di luar negeri yang kurang kondusif sehingga mempengaruhi kinerja investasi.

3. **Risiko Operasional**
   Risiko yang berkaitan dengan proses internal yang tidak memadai/gagal, pihak ketiga (termasuk namun tidak terbatas pada Tenaga Pemasar) dan sistem operasional, atau dari peristiwa eksternal (termasuk situasi kahar/*force majeure* namun tidak terbatas pada bencana alam, kebakaran, kerusuhan, dan lain-lain) yang dapat mempengaruhi kegiatan operasional perusahaan.

4. **Pengecualian**
   Klaim tidak dibayarkan jika Tertanggung Meninggal Dunia disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan sebagaimana tercantum dalam Ketentuan Polis.

BIAYA-BIAYA

- Premi yaitu sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung seperti tercantum dalam Data Polis.

Public

- Biaya penerbitan Polis/administrasi

Catatan:
Besarnya biaya penerbitan Polis /administrasi dapat berubah sesuai dengan kebijakan PT AXA Financial Indonesia. Untuk informasi lebih lanjut mengenai biaya penerbitan Polis /administrasi dapat menghubungi *Customer Care Center* PT AXA Financial Indonesia.

HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN TERKAIT DENGAN PENGECUALIAN

Penanggung berhak untuk tidak membayarkan Maslahat Polis ini jika kejadian yang diajukan sebagai dasar diajukannya klaim terjadi secara langsung atau tidak langsung, secara sengaja atau tidak disengaja, disadari atau tidak disadari, disebabkan satu atau lebih kejadian berikut:

1. Tindakan yang dilakukan oleh orang yang ingin mengambil keuntungan atas pertanggungan ini, atau
2. Menjalani eksekusi hukuman mati, atau
3. Kegiatan menyakiti diri sendiri atau secara sengaja berada dalam keadaan/kegiatan bahaya (kecuali merupakan usaha untuk menyelamatkan jiwa) atau turut serta dalam suatu perkelahian, tindakan kejahatan atau percobaan tindakan kejahatan baik aktif maupun tidak atau sebagai akibat keadaan tidak waras, atau
4. Mengkonsumsi alkohol atau penyalahgunaan atau ketergantungan pada narkotika, zat lain, atau obat-obatan tanpa resep, atau
5. Tertanggung sebagai penumpang pesawat terbang:
   a. Yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan non komersil.
   b. Yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan penumpang komersil *(Commercial Passenger Airline)* tetapi tidak sedang menjalani jalur penerbangan untuk pengangkutan umum yang berjadwal tetap dan teratur *(charter flight)*. Helikopter, atau
6. Terlibat dalam kegiatan olahraga atau kesenangan/hobi Tertanggung yang berisiko tinggi, seperti: menyelam, mendaki gunung, terjun lenting *(bungee jumping)*, balap mobil, olahraga kontak fisik (termasuk gulat, tinju, karate) dan kegiatan olahraga atau hobi lainnya yang dapat dikategorikan sebagai olahraga atau hobi berbahaya, atau
7. Perang (baik dideklarasikan atau tidak), invasi, perlawanan rakyat, pemberontakan massa, aktivitas teroris, pemogokan, kerusuhan, tindakan militer, setiap senjata atau alat yang mengakibatkan letusan fusi atom atau gas radioaktif atau setiap kegiatan yang mirip operasi perang, atau
8. Pelanggaran atau setiap tindakan yang bermaksud untuk melanggar hukum yang berlaku atau perlawanan terhadap tindakan pemberian hukuman, atau
9. Terkena reaksi nuklir, radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari bahan bakar nuklir atau proses pembuangan limbah atau bahan peledak atau senjata, atau
10. Perawatan yang tidak sesuai dengan diagnosis dan perawatan medis yang biasa dilakukan untuk Penyakit atau tidak sesuai dengan standar praktek kedokteran yang berlaku atau bukan suatu keharusan atau perawatan untuk kenyamanan pihak mana pun (termasuk bedah plastik atau kosmetik), atau
11. Rawat Inap yang muncul atau terjadi dalam Masa Tunggu, setelah Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis, mana yang paling akhir, atau
12. Kehamilan dan segala komplikasinya, kelahiran (termasuk kelahiran dengan Pembedahan), keguguran, perawatan pra dan pasca kelahiran, aborsi, sterilisasi, kontrasepsi, kesuburan beserta komplikasinya, atau
13. Pemeriksaan kesehatan berkala atau uji fisik rutin, vaksinasi, imunisasi, konsultasi dan rawat jalan, perawatan atau pengobatan preventif, penurunan berat badan atau perawatan obesitas, atau
14. Khitan, selain yang diperlukan secara medis, atau
15. Pengobatan atau perawatan atau operasi gigi, kecuali diperlukan karena terjadinya Kecelakaan, atau
16. Pemeriksaan atau perawatan atau pengobatan atau operasi mata, atau
17. Penyakit kelainan bawaan, keturunan, dan kelainan pertumbuhan, atau
18. Perawatan di Rumah Sakit untuk pengobatan Penyakit mental dan syaraf, alkoholisme, ketergantungan obat, bulimia, gangguan makan dengan rasa takut berlebihan terhadap kenaikan berat badan *(anorexia nervosa)* atau pengobatan yang terjadi akibat Penyakit ketuaan, psikis ketuaan, dan kondisi psikis lainnya, atau
19. Perawatan di rumah perawatan untuk memulihkan kesehatan, klinik pengobatan tradisional atau sejenisnya, *health spa* atau rawat baring, atau
20. Perawatan yang dihasilkan dari atau yang berhubungan dengan:

Public

a. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) seperti diketahui oleh Organisasi Kesehatan Dunia *(World Health Organization/WHO)* dan didiagnosis oleh Dokter, atau
b. Keberadaan virus *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) seperti yang terlihat dari antibodi positif *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), atau
c. Penyakit lain yang timbul dari a dan b di atas.

21. Penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual, atau
22. Rawat Inap yang dilakukan oleh Dokter yang merupakan Tertanggung sendiri atau merupakan anggota keluarga dari Tertanggung/Pemegang Polis dan/atau pihak yang berkepentingan atas Polis ini kecuali diperlukan secara medis dan wajar, atau
23. Perawatan atau Pembedahan amandel, adenoid, hernia hingga Tertanggung telah dilindungi oleh pertanggungan asuransi ini selama 180 (seratus delapan puluh) hari sejak Tanggal Berlakunya Polis dan perpanjangan masa berlakunya secara terus menerus, atau
24. Rawat Inap di Rumah Sakit yang diakibatkan oleh Kondisi Medis dan atau kondisi lainnya yang berhubungan dengan perawatan dan pengobatan Tertanggung di mana Tertanggung mengetahui dan menyadari hal tersebut atau seharusnya menyadari sepenuhnya keadaan tersebut telah ada sejak sebelum Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis, mana yang paling akhir *(Pre-existing Condition)* hingga Tertanggung telah dilindungi oleh pertanggungan ini selama 1 (satu) tahun sejak Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis, mana yang paling akhir dan perpanjangan masa berlakunya secara terus menerus, atau
25. Rawat Inap untuk Penyakit Khusus yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak tanggal mulai pertanggungan asuransi;
    Apabila Kondisi Medis yang berhubungan baik langsung atau tidak langsung dengan Penyakit Khusus tersebut sudah ada sejak sebelum tanggal berlakunya Polis maka Kondisi Medis tersebut akan dianggap sebagai Kondisi-kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya, atau
26. Bedah kosmetik dimana tidak ada indikasi objektif atau gejala-gejala kondisi kesehatan yang buruk, atau
27. Setiap Pembedahan fakultatif yang dipilih oleh Tertanggung tetapi bukan atas rekomendasi atau saran seorang Dokter dalam rangka perawatan Cedera Tubuh akibat Kecelakaan atau Penyakit, atau
28. Setiap prosedur Pembedahan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit, atau
29. Melakukan bunuh diri atau bentuk upaya melakukan bunuh diri.

SYARAT PENGAJUAN POLIS

1. Pemegang Polis dan Tertanggung memenuhi syarat usia masuk.
2. Melampirkan foto KTP.

MASA BEBAS LIHAT (*COOLING OFF PERIOD*)

1. Pemegang Polis mempunyai Masa Bebas Lihat *(Cooling Off Period)* selama 20 (dua puluh) hari kalender sejak tanggal diterimanya Polis oleh Pemegang Polis untuk mempelajari dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Pemegang Polis.
2. Dengan tetap memperhatikan ketentuan mengenai Masa Tunggu sehubungan dengan berlakunya pertanggungan asuransi, selama Masa Bebas Lihat *(Cooling Off Period)* ini, Polis telah berlaku, namun demikian Pemegang Polis dapat mengajukan pembatalan Polis kepada Penanggung. Dalam hal Pemegang Polis mengajukan pembatalan, maka Polis secara otomatis menjadi batal sejak Tanggal Berlakunya Polis dan tidak ada pertanggungan asuransi apapun yang menjadi kewajiban Penanggung kepada Pemegang Polis atau Tertanggung.
3. Jika pada Masa Bebas Lihat tersebut Pemegang Polis mengajukan pembatalan Polis dan Premi telah berhasil didebet dari rekening Kartu Kredit atau Rekening Tabungan Pemegang Polis, maka Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayar tersebut setelah dikurangi biaya administrasi (jika ada) ke rekening Kartu Kredit atau Rekening Tabungan Pemegang Polis.

Public

MASA LELUASA

Dalam hal pendebetan Premi tidak berhasil dilakukan pada Tanggal Jatuh Tempo, Penanggung memberikan masa leluasa selama 3 (tiga) bulan dimana pertanggungan masih berlaku (untuk selanjutnya disebut "Masa Leluasa"). Apabila pendebetan tidak berhasil dilakukan sampai dengan 3 (tiga) bulan berturut–turut, maka pertanggungan menjadi berakhir sejak Tanggal Jatuh Tempo pembayaran Premi yang pertama kali tertunggak dan tidak ada kewajiban apapun dari Penanggung terhadap Pemegang Polis dan/atau Tertanggung sehubungan dengan Polis yang bersangkutan.

KEWAJIBAN ANDA SEBAGAI PEMEGANG POLIS

1. Memberikan informasi dengan benar dan lengkap serta telah memahami semua dokumen sebelum ditandatangani. Apabila Pemegang Polis memberikan informasi, data, keterangan dan/atau pernyataan tidak benar, tidak lengkap atau tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya, baik dilakukan secara sengaja atau tidak sengaja, maka terdapat risiko pelaksanaan seleksi ulang atau pembatalan Polis oleh Penanggung.

2. Membayar Premi secara tepat waktu. Apabila premi tidak dibayarkan secara tepat waktu maka terdapat risiko status Polis Anda bisa menjadi tidak aktif (*lapse*) dan klaim Manfaat Asuransi tidak dibayarkan.

SYARAT PENGAJUAN KLAIM

Dapatkan formulir klaim dengan cara menghubungi *Customer Care Centre* PT AXA Financial Indonesia. Formulir juga dapat diunduh di website https://axa.co.id/formulir

1. Pengajuan Klaim

a. Setiap pengajuan klaim pembayaran Maslahat Polis ini wajib diajukan secara tertulis kepada Penanggung oleh Pemegang Polis. Apabila Pemegang Polis berhalangan atau telah Meninggal Dunia, maka yang berhak mengajukan adalah Termaslahat. Apabila Termaslahat berhalangan atau telah Meninggal Dunia, maka ahli waris dari Termaslahat yang sah menurut hukum yang berhak mengajukan pembayaran Maslahat.

b. Pengajuan klaim harus disertai dokumen-dokumen asli seperti yang dipersyaratkan oleh Penanggung sebagaimana tercantum dalam ketentuan Polis dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak tanggal terakhir Tertanggung menjalani Rawat Inap. Apabila dokumen-dokumen klaim tersebut tidak dapat disampaikan dalam waktu yang ditentukan, maka Penanggung mempunyai hak untuk menolak pembayaran Maslahat dari Polis ini.

2. Tata Cara Penyelesaian dan Pembayaran Klaim.

Pembayaran Maslahat sebagaimana diatur dalam Polis selain pembayaran Maslahat santunan duka, Maslahat akan dibayarkan kepada Pemegang Polis. Pembayaran Maslahat santunan duka akan dibayarkan kepada Termaslahat sesuai ketentuan dalam Polis. Apabila Termaslahat Meninggal Dunia atau dinyatakan hilang berdasarkan penetapan Pengadilan Negeri setempat, maka Maslahat santunan duka akan dibayarkan kepada ahli waris Termaslahat yang dianggap sah secara hukum. Apabila Penanggung telah membayarkan Maslahat kepada ahli waris pertama Termaslahat yang dianggap sah secara hukum maka Penanggung tidak berkewajiban untuk membayarkan Maslahat apapun kepada ahli waris lainnya.

3. Prosedur Klaim

Pengajuan klaim dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

3.1 Fasilitas Non-tunai *(Cashless)*

3.1.1 Penggunaan Fasilitas Non-tunai *(Cashless)*

a) Pemegang Polis/Tertanggung menggunakan Fasilitas Non-tunai *(Cashless)* akan mendapatkan 200% pembayaran biaya sesuai *Plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis.

b) Fasilitas Non-tunai *(Cashless)* mulai berlaku sejak Tanggal Berlakunya Polis atau tanggal perubahan Polis (mana yang lebih akhir) dan hanya dapat digunakan oleh Tertanggung dengan menunjukkan Kartu Non-tunai *(Cashless)* dan Kartu Identitas.

c) Fasilitas Non-tunai *(Cashless)* dapat digunakan setelah Penanggung menerbitkan Surat Jaminan Rawat Inap sesuai Maslahat *Plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis kepada Rumah Sakit/Jaringan Layanan Kesehatan tersebut.

d) Penanggung mempunyai hak untuk tidak menerbitkan atau membatalkan Surat Jaminan sesuai *Plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis dan dalam hal tersebut maka Pemegang Polis dapat mengajukan klaim melalui fasilitas Penggantian Biaya (*Reimbursement*).

e) Pemegang Polis/Tertanggung harus menggunakan Rumah Sakit yang tercatat dalam Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Pertanggungan sesuai *Plan* yang dipilih.

f) Pembayaran biaya sesuai *Plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis ke Rumah Sakit melalui Fasilitas Non-tunai *(Cashless)*:

(i) Tidak menghapus hak Penanggung menyanggah kebenaran Polis termasuk untuk melakukan analisis atas klaim dan/atau melakukan seleksi ulang terhadap Polis Asuransi sebagaimana diatur pada Ketentuan Umum Polis.

(ii) Bukan merupakan bentuk persetujuan Penanggung atas klaim yang diajukan. Persetujuan klaim yang diajukan akan disampaikan kemudian oleh Penanggung dalam bentuk tertulis.

3.1.2 Kewajiban Pemegang Polis

a) Pemegang Polis dan/atau Tertanggung bertanggung jawab untuk melunasi semua kerugian akibat pengunaan Kartu Non-tunai *(Cashless)* yang tidak seharusnya, termasuk namun tidka terbatas pada penggunaan Kartu Non-tunai *(Cashless)* oleh pihak selain Tertanggung.

b) Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib untuk membayar Kelebihan Klaim dan/atau Kelebihan Biaya (jika ada).

3.1.3 Kelebihan Biaya dan Kelebihan Klaim

a. Setiap Kelebihan Biaya yang timbul menjadi tanggung jawab penuh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, tidak dapat dialihkan dan/atau ditagihkan kepada Penanggung kecuali apabila disetujui sebaliknya oleh Penanggung.

b. Apabila Tagihan Rumah Sakit lebih kecil dari Maslahat non-tunai *(cashless)* (sesuai Plan) yang didapat, maka proses pembayaran disesuaikan dengan tagihan Rumah Sakit, dan Penanggung tidak berkewajiban untuk membayarkan/transfer sisa dari kelebihan Maslahat yang didapat.

c. Setiap penolakan atas klaim yang diajukan dan sudah berhasil non-tunai *(cashless)*, maka akan menjadi Kelebihan Klaim dan wajib dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung.

3.1.4 Berakhirnya Fasilitas Non-tunai *(Cashless)*

Terdapat penggunaan Kartu Non-tunai *(Cashless)* sesuai dengan poin 3.1.1 butir b) di atas; atau Surat Jaminan sesuai Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis dibatalkan oleh Penanggung kepada Rumah Sakit Rekanan. Biaya yang timbul akibat pembatalan ini diperhitungkan sebagai Kelebihan Klaim.

3.1.5 Berhenti sementara Fasilitas Non-tunai *(Cashless)*

a) Premi atas pertanggungan asuransi ini tidak dibayarkan setelah melewati 5 (lima) hari kalender dari Tanggal Jatuh Tempo tagihan asuransi.

b) Fasilitas Non-tunai *(Cashless)* dapat dipergunakan oleh Pemegang Polis/Tertanggung, setelah Pemegang Polis/Tertanggung sudah melakukan pembayaran Premi dengan jangka waktu proses peaktifan kembali selama 2 hari kerja.

3.2 Klaim Penggantian *(Reimbursement)*

3.2.1 Pemegang Polis/Tertanggung mengajukan klaim Penggantian *(Reimbursement)* 100% pembayaran biaya mendapatkan sesuai *Plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis.

3.2.2 Apabila Tertanggung memiliki asuransi lain dan metode penagihan langsung tidak dapat dilakukan atau apabila Perawatan Rawat Inap dan Rawat Harian terhadap Tertanggung dilakukan di Rumah Sakit diluar Rumah Sakit Rekanan

Public

atau, maka Pemegang Polis/Tertanggung dapat mengajukan klaim penggantian *(Reimbursement),* dengan melengkapi dokumen-dokumen yang dipersyaratkan sesuai dengan ketentuan poin 4.

3.2.3 Apabila Pemegang Polis/Tertanggung mengajukan klaim Penggantian *(Reimbursement)* dikarenakan Tertanggung telah dibayarkankan langsung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), maka mendapatkan 200% pembayaran biaya sesuai *Plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis.

4. Dokumentasi Klaim.

a. Dokumen pengajuan Maslahat Santunan Harian Rawat Inap:

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit, maka pengajuan klaim Maslahat Asuransi harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen sebagai berikut:

1. Formulir pengajuan klaim (asli),
2. Identitas diri resmi (KTP/SIM/Paspor),
3. Kuitansi asli Rawat Inap berikut bukti-bukti penunjang (untuk fotokopi harus dilegalisasi oleh Rumah Sakit yang bersangkutan),
4. Nama atau Rincian obat-obatan yang diberikan selama perawatan,
5. Fotokopi hasil pemeriksaan/dokumen penunjang diagnosis lainnya (seperti laboratorium, Elektrokardiogram (EKG), Ultrasonografi (USG), dan lain-lain) yang dilakukan selama Rawat Inap,
6. Formulir Surat Keterangan Dokter untuk klaim Rawat Inap yang ditandatangani oleh Dokter yang merawat (asli),
7. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang berkaitan dengan klaim dan dianggap perlu oleh Penanggung.
8. Apabila Tertanggung sebagai Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) : Surat Keterangan dari BPJS Kesehatan bahwa Perawatan telah dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan.

Dokumen-dokumen tersebut harus diterima oleh Penanggung selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak tanggal terakhir Tertanggung menjalani Rawat Inap.

b. Dokumen pengajuan Maslahat Santunan Duka:

Apabila Tertanggung Meninggal Dunia maka pengajuan klaim Maslahat Asuransi harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen sebagai berikut:

1. Identitas diri resmi (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku dari Pemegang Polis dan/atauTertanggung dan/atau dari yang mengajukan,
2. Surat kuasa asli dari Pemegang Polis atau dari ahli waris Pemegang Polis yang bermeterai cukup (apabila dikuasakan),
3. Formulir klaim meninggal yang telah diisi dengan benar dan lengkap (asli), dan
4. Formulir surat keterangan Dokter (asli) yang sah dan berwenang tentang sebab-sebab kematian,
5. Fotokopi akte kematian atau surat keterangan meninggal (asli atau fotokopi yang dilegalisasi) dari pejabat/instansi yang berwenang,
6. Surat keterangan Dokter pemeriksa jenazah Tertanggung pada *visum et repertum* (pemeriksaan luar dan dalam), dalam hal Tertanggung Meninggal Dunia karena Kecelakaan atau meninggal tidak wajar (asli atau fotokopi yang dilegalisasi),
7. Surat keterangan dari Kepolisian dalam hal Tertanggung meninggal karena Kecelakaan atau meninggal tidak wajar (asli atau fotokopi yang dilegalisasi),
8. Apabila Tertanggung meninggal di luar wilayah Republik Indonesia, maka surat keterangan meninggal harus dilegalisasi oleh Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) atau perwakilan negara Indonesia yang disetujui Penanggung,
9. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.

Dokumen-dokumen tersebut harus diterima oleh Penanggung selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan terhitung sejak tanggal Tertanggung Meninggal Dunia.

c. Dokumen Pengajuan Maslahat Pengembalian Premi.

(i) Formulir Pengajuan Maslahat pengembalian Premi yang telah diisi dengan benar dan lengkap,

(ii) *Copy*/salinan Identitas diri resmi yang masih berlaku dari Pemegang Polis dan/atau dari pihak yang mengajukan,

Public

(iii) Surat Kuasa asli dari Pemegang Polis yang bermaterai cukup (apabila dikuasakan), dan
(iv) Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung.

Dokumen klaim yang diberikan secara lengkap akan membuat klaim Pemegang Polis/Tertanggung diproses dengan segera. Dokumen klaim yang tidak lengkap dapat menunda penyelesaian klaim dan dalam beberapa hal dapat mengakibatkan formulir klaim dikembalikan kepada Pemegang Polis/Tertanggung untuk dilengkapi atau penolakan klaim.

5.a Pengajuan dokumen klaim dapat dilakukan melalui media digital baik email, *Whatsapp* ataupun portal ataupun media digital lainnya (jika ada) dengan mengirimkan dalam bentuk salinan elektronik/*softcopy* (scan/foto) dari dokumen asli atau fotokopi *(fotocopy)* yang telah dilegalisir. Pemegang Polis wajib menyimpan dokumen asli/fotokopi yang sudah dilegalisir dan harus mengirimkan apabila dibutuhkan oleh Penanggung.

5.b Apabila terdapat hal-hal yang bertentangan dalam dokumen-dokumen seperti yang di maksud dalam poin 4 diatas, maka Penanggung berhak untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dari Pemegang Polis atau Tertanggung. Dan atas hal tersebut Penanggung mempunyai hak untuk melakukan investigasi atau penelusuran termasuk untuk melakukan pemeriksaan ulang atas diri Tertanggung pada Dokter atau laboratorium yang ditunjuk oleh Penanggung pada saat proses penyelesaian klaim.

5.c Pembayaran klaim akan dilakukan setelah dokumen yang diperlukan telah diterima dengan lengkap dan proses analisa telah selesai dilakukan oleh Penanggung.

5.d Semua informasi terkait proses klaim akan disampaikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis/Termaslahat melalui E-mail/SMS/Telepon/Whatsapp/Surat.

5.e Pembayaran klaim akan dibayarkan ke rekening Pemegang Polis atau ke rekening Termaslahat yang telah ditunjuk di dalam Data Polis jika Tertanggung Meninggal Dunia.

6. Apabila terdapat hal-hal yang bertentangan dalam dokumen-dokumen seperti yang di maksud dalam poin 4 diatas maka Penanggung berhak untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dari Pemegang Polis atau Tertanggung. Dan atas hal tersebut Penanggung mempunyai hak untuk melakukan investigasi termasuk untuk melakukan pemeriksaan ulang atas diri Tertanggung pada Dokter atau laboratorium yang ditunjuk oleh Penanggung pada saat proses penyelesaian klaim.

7. Penanggung selalu mempunyai hak untuk menunjuk dan menyewa seorang Dokter independen untuk memberi masukan kepada Penanggung tentang hal-hal medis yang berkaitan dengan suatu klaim. Jika Penanggung perlukan, Dokter independen tersebut juga akan secara medis memeriksa Tertanggung yang mengajukan klaim tersebut dan memberi laporan kepada Penanggung. Penanggung akan menggunakan hak ini apabila terdapat ketidakpastian mengenai sifat atau lingkup dari Kondisi Medis tersebut dan/atau tanggung jawab Penanggung dalam Polis terhadap Tertanggung. Tertanggung harus bekerja sama dengan Dokter independen, bila tidak maka Penanggung berhak untuk tidak membayar klaim.

8. Pasal Berlakunya pertanggungan dimana Penanggung berhak tidak memberikan persetujuan untuk memperpanjang Masa Pertanggungan Polis, dapat dilakukan tanpa alasan tertentu.

9. Rawat Inap yang bukan atas anjuran dan/atau persetujuan dokter sehubungan dengan diagnosis dan perawatan yang diperlukan (Jadi jika ada pasien yang meminta perpanjangan Rawat Inap atas permintaan sendiri kita dapat bayarkan secara partial atas ketentuan Polis ini.

10. Penanggung berhak untuk tidak membayarkan Maslahat dalam Polis ini apabila diketahui klaim yang diajukan berdasarkan Polis ini ternyata tidak benar atau terdapat dugaan unsur kecurangan dan/atau manipulasi atau dipalsukan. Apabila di kemudian hari Penanggung mengetahui bahwa santunan telah dibayarkan berdasarkan klaim yang dipalsukan atau dimanipulasi, maka Penanggung berhak melakukan segala tindakan hukum yang diperlukan untuk menuntut dikembalikannya seluruh Maslahat yang telah dibayarkan tersebut. Dengan

Public

terjadinya peristiwa sebagaimana dimaksud dalam poin ini maka Penanggung berhak mengakhiri pertanggungan atas Polis ini.

11.a Batas waktu penetapan persetujuan atau penolakan pembayaran klaim adalah 14 (empat belas) hari kerja setelah dokumen klaim diterima lengkap atau 60 (enam puluh) hari kerja untuk klaim yang memerlukan investigasi lebih lanjut.

11.b Apabila pengajuan dokumen klaim tidak lengkap, maka batas waktu Pemegang Polis untuk melengkapi dokumen klaim adalah 90 (sembilan puluh) hari kalender dimulai dari tanggal pengajuan klaim. Jika Pemegang Polis tidak melengkapi dokumen klaim sampai melewati batas waktu yang ditentu, Maka Pemegang Polis telah membatalkan pengajuan klaim tersebut dan dokumen yang sama sudah tidak dapat diajukan kembali, serta membebaskan PT AXA Financial Indonesia dari seluruh tanggung jawab dan kewajiban hukum terkait proses klaim ini.

11.c Realisasi pembayaran Maslahat klaim adalah 5 (lima) hari kerja sejak klaim disetujui oleh Penanggung.

12. Dokumen-dokumen yang dipersyaratkan di dalam pengajuan klaim tersebut di atas wajib diajukan dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris.

TATA CARA LAYANAN DAN KELUHAN

Pemegang Polis dapat menghubungi *Customer Care Centre* sebagai berikut:

PT AXA Financial Indonesia
Tel: 1500 940 |Email: customer@axa-financial.co.id
https://axa.co.id

Customer Care Centre Jakarta
AXA Tower Lt. 18
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

Customer Care Centre Surabaya
Tunjungan Plaza 5 (Pakuwon Center 15th Floor Unit 1&2)
Jl. Embong Malang no 1, 3, 5, Surabaya 60261

Public

SIMULASI

Nama Pemegang Polis	Bryan Adam
Usia Pemegang Polis / Jenis Kelamin	35 tahun / Laki – laki
Nama Tertanggung	Mike Adam
Usia Tertanggung / Jenis Kelamin	14 tahun / Laki – laki
Plan	*Plan* IV
Masa Pertanggungan Asuransi	7 Tahun
Cara Pembayaran Premi	Bulanan
Premi	Rp528.000

Maslahat	***Plan* IV (Rp)** ***Cashless* (Non-Tunai)**
Maslahat Santunan Harian Rawat Inap Rumah Sakit	
a. Penggantian biaya harian rawat inap di RS yang disebabkan oleh penyakit atau kecelakaan (maksimum 120 hari pertahun polis)	1.000.000
b. Penggantian biaya harian rawat inap di ruang ICU (maksimum 30 hari pertahun polis)	2.000.000
c. Penggantian biaya harian rawat inap di RS yang disebabkan oleh penyakit tropis demam berdarah atau malaria (maksimum 30 hari pertahun polis)	3.000.000
Maslahat Santunan Duka	
a. Meninggal Dunia Santunan duka karena sebab alami (tahun ke 1 s.d 7)	120.000.000
b. Meninggal Dunia karena Kecelakaan Santunan duka karena kecelakaan (tahun ke 1 s.d 7)	240.000.000
Maslahat Pengembalian Premi	
Pengembalian premi jika tertanggung hidup dan polis tetap aktif s.d akhir tahun ke 7	ROP 70% dari premi thn ke 1 s/d 7 yang terdebet

Public

CATATAN PENTING

1. Produk asuransi ini telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

2. PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

3. Informasi yang tercantum pada Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini adalah akurat sampai dengan adanya perubahan yang dilakukan oleh PT AXA Financial Indonesia.

4. Syarat, kondisi dan hal-hal yang dapat menyebabkan klaim menjadi tidak dibayarkan/pengecualian produk AXA Medicash Pro Seven dijelaskan secara rinci dan lengkap dalam Polis yang akan dikirimkan kepada Anda setelah permohonan pengajuan asuransi diterima oleh PT AXA Financial Indonesia.

5. Pemegang Polis wajib membaca dan tunduk pada syarat dan ketentuan yang tercantum dalam Polis.

6. Produk asuransi ini memiliki syarat dan ketentuan yang berlaku dimana informasi tersebut dapat dillihat dalam RIPLAY Umum dan RIPLAY Personal.

7. Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah termasuk komisi.

8. PT AXA Financial Indonesia akan menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini atau perubahan lainnya (apabila ada) melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. PT AXA Financial Indonesia akan mengirimkan pemberitahuan 30 (tiga puluh) Hari Kerja sebelum perubahan tersebut berlaku.

9. PT AXA Financial Indonesia hanya menerima pembayaran premi pertama, premi lanjutan (*renewal*), Penambahan Dana *(Top Up),* dan biaya-biaya terkait polis melalui *rekening resmi milik PT AXA Financial Indonesia. PT AXA Financial Indonesia tidak bertanggung jawab atas kerugian yang timbul terhadap pembayaran yang dilakukan diluar dari ketentuan tersebut diatas. Apabila Tenaga Pemasar meminta Nasabah untuk melakukan pembayaran ke rekening diluar rekening resmi milik PT AXA Financial Indonesia, Nasabah dapat melaporkan kepada kami melalui email customer @axa-financial.co.id atau di nomor telepon 1500 940.

*Dapat dilihat di sini (https://axa.co.id/pembayaran-premi)

DISCLAIMER (PENTING UNTUK DIBACA)

1. PT AXA Financial Indonesia dapat menolak permohonan pengajuan produk asuransi Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.

2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) ini dan berhak bertanya kepada Tenaga Pemasar atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) ini.