



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



Penanggung	PT AXA Financial Indonesia
Nama Produk	Asuransi Tambahan Easy Health
Jenis Produk	Asuransi Tambahan Kesehatan
Mata Uang	Rupiah & Dollar Amerika Serikat (USD)
Produk Dasar	AXA Magnificent Link dan AXA Signature Link

Tentang Produk

Asuransi tambahan Easy Health tersedia dalam mata uang rupiah dan Dollar Amerika Serikat (USD) memberikan pembayaran manfaat asuransi kesehatan sesuai tagihan Rumah Sakit secara *cashless* dengan rincian manfaat yang tertera di dalam Tabel Manfaat Easy Health. Selain itu Easy Health juga memberikan perlindungan terbaik secara optimal bagi Anda dan keluarga, mulai dari akses layanan terbaik di rumah sakit, jangkauan perlindungan kesehatan yang luas di seluruh dunia (Worldwide cover). Dan disesuaikan dengan pilihan Plan yang tersedia (Health 1,2,3,4), (Bronze 1,2,3,4), (Titanium 1,2,3,4) dengan ketentuan sebagai berikut:

- AXA Magnificent Executive Link hanya mengakomodir Plan Health dan Plan Titanium
- AXA Magnificent Elite Link hanya mengakomodir Plan Health dan Plan Bronze.
- AXA Signature Link hanya mengakomodir Plan Health.

FITUR UTAMA ASURANSI TAMBAHAN EASY HEALTH

- Usia Masuk : Tertanggung berusia 15 hari – 75 tahun
Pemegang Polis berusia 18 tahun – 80 tahun
- Masa Pertanggungan : Sampai dengan usia 100 tahun
- Masa Pembayaran Premi : Mengikuti produk Asuransi Dasar
- Plan :

Jenis Manfaat	Keterangan	Nilai Manfaat (Rp '000' / USD)			
		Bronze 1	Bronze 2	Bronze 3	Bronze 4
Plan					
Wilayah Pertanggungan		Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat	Asia	Indonesia & Malaysia	Indonesia
Manfaat Maksimum	per Tahun	Rp10,000,000 / USD670,000	Rp5,000,000 / USD330,000	Rp3,000,000 / USD200,000	Rp2,000,000 / USD130,000
Di Luar Wilayah Pertanggungan	per Tahun	Rawat Inap Darurat akibat Kecelakaan dan Sakit (Perawatan dijalankan dengan jumlah akumulasi 90 hari Di Luar Wilayah Pertanggungan)			
Besar Penggantian Biaya		Wajar & Umum			

Jenis Manfaat	Keterangan	Nilai Manfaat (Rp '000' / USD)			
		Health 1	Health 2	Health 3	Health 4
Plan					
Wilayah Pertanggungan		Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat	Asia	Indonesia & Malaysia	Indonesia & Malaysia
Manfaat Maksimum	per Tahun	Rp15,000,000 / USD1,000,000	Rp10,000,000 / USD670,000	Rp5,000,000 / USD330,000	Rp3,000,000 / USD200,000
Di Luar Wilayah Pertanggungan	per Tahun	Rawat Inap Darurat akibat Kecelakaan dan Sakit (Perawatan dijalankan dengan jumlah akumulasi 90 hari Di Luar Wilayah Pertanggungan)			
Besar Penggantian Biaya		Wajar & Umum			

Jenis Manfaat	Keterangan	Nilai Manfaat (Rp '000' / USD)			
		Titanium 1	Titanium 2	Titanium 3	Titanium 4
Plan					
Wilayah Pertanggungan		Seluruh Dunia	Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat	Asia	Asia kecuali Singapura, Jepang dan Hongkong
Manfaat Maksimum	per Tahun	Rp60,000,000 / USD4,000,000	Rp50,000,000 / USD3,300,000	Rp30,000,000 / USD2,000,000	Rp20,000,000 / USD1,300,000
Di Luar Wilayah Pertanggungan	per Tahun	Rawat Inap Darurat akibat Kecelakaan dan Sakit (Perawatan dijalankan dengan jumlah akumulasi 90 hari Di Luar Wilayah Pertanggungan)			
Besar Penggantian Biaya		Wajar & Umum			

- Biaya Asuransi Tambahan Tertanggung : Besarnya biaya asuransi Tambahan dari usia masuk Tertanggung, jenis kelamin, plan dan Uang Pertanggungan

Usia	Tabel Biaya Asuransi Tambahan (Tahunan) - Rupiah					
	Bronze		Health		Titanium	
0-20	2,741,000	- 8,354,200	4,143,000	- 18,809,200	11,812,400	- 42,096,600
21-40	2,527,400	- 10,663,800	4,545,900	- 23,933,000	11,400,200	- 51,625,600
41-60	3,488,300	- 30,554,600	6,327,000	- 63,532,300	14,637,100	- 118,400,700
61-80	11,618,500	- 75,165,800	20,162,800	- 173,496,300	38,025,000	- 288,546,200
81-99	35,385,500	- 129,510,000	64,181,700	- 296,057,100	99,131,000	- 428,293,500



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



Tabel Biaya Asuransi Tambahan (Tahunan) - Dollar Amerika						
	Bronze		Health		Titanium	
0-20	185	- 562	279	- 1,265	795	- 2,831
21-40	170	- 718	306	- 1,610	767	- 3,472
41-60	235	- 2,055	426	- 4,272	985	- 7,962
61-80	782	- 5,055	1,356	- 11,666	2,557	- 19,402
81-99	2,380	- 8,709	4,316	- 19,908	6,666	- 28,799

"Informasi biaya asuransi tambahan yang sesuai profil nasabah dapat diperoleh dengan ilustrasi proposal melalui agen asuransi"

APA SAJA MANFAAT ASURANSI YANG AKAN DI DAPAT MELALUI PRODUK ASURANSI TAMBAHAN EASY HEALTH?

- Manfaat Asuransi Tambahan Easy Health ini adalah manfaat tambahan yang melekat pada Polis Dasar
- Manfaat Asuransi Tambahan Easy Health berlaku di seluruh dunia (Worldwide cover) kecuali pada Plan Bronze, Plan Health, dan Plan Titanium 2,3,4.
- Asuransi Tambahan Easy Health menanggung biaya Perawatan Tertanggung terkait dengan keperluan medis yang dilakukan oleh Praktisi medis. Besarnya biaya yang dipertanggungjawabkan adalah hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku sesuai dengan Plan yang dipilih Tertanggung dan dilakukan di dalam Wilayah Pertanggungjawaban.

1. Keseluruhan Manfaat

Mengacu pada Tabel Manfaat. Semua manfaat bergantung pada batas manfaat seluruhnya dan ketentuan-ketentuan berikut ini:

Manfaat	Penjelasan
Keseluruhan manfaat maksimum per Tahun	Batas maksimum yang akan ditanggung oleh Penanggung untuk setiap Tertanggung dalam satu Tahun Polis. Semua manfaat yang dibayar selama Masa Pertanggungjawaban Ketentuan Khusus ini akan mengacu kepada jumlah manfaat maksimum tahunan. Pertanggungjawaban tidak mencakup untuk pertanggungjawaban di luar Wilayah yang tertera untuk Plan yang diambil kecuali apabila Tertanggung memenuhi syarat mendapat manfaat 'di luar Wilayah Pertanggungjawaban'.

Di luar Wilayah Pertanggungjawaban

- Hal ini adalah menanggung Perawatan Darurat, atau Perawatan terhadap Kondisi Medis yang timbul secara tiba-tiba ketika sedang berada di luar Wilayah Pertanggungjawaban Tertanggung, dengan syarat bahwa jumlah hari Tertanggung tinggal di luar Wilayah Pertanggungjawaban dalam satu Tahun tidak melebihi batas maksimum hari yang terdapat dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan Pemegang Polis/Tertanggung. Jumlah hari tinggal di luar Wilayah Pertanggungjawaban juga akan termasuk jumlah hari Perawatan.
- Penanggung dengan berdasarkan konsultasi dengan Praktisi Medis yang memberikan Perawatan, berhak untuk menentukan apa saja yang merupakan Perawatan "Darurat".
- Manfaat ini tidak memberikan pertanggungjawaban atas Perawatan terhadap kondisi kesehatan apapun jika ternyata Tertanggung bepergian ke luar Wilayah Pertanggungjawaban sesuai Plan Tertanggung, untuk mendapat Perawatan (walaupun satu-satunya alasan untuk melakukan perjalanan itu atau bukan) atau untuk setiap Perawatan yang atau telah secara wajar sebelumnya diketahui, sebelum dilakukannya perjalanan tersebut.
- Dalam keadaan apapun tidak ada manfaat yang akan dibayarkan sehubungan dengan masalah komplikasi sebelum dan sesudah kelahiran. Manfaat ini akan tetap mengacu kepada Plan yang tertera pada Tabel Manfaat yang telah dipilih oleh Pemegang Polis/Tertanggung.
- Penanggung akan menghentikan pertanggungjawaban untuk Perawatan Darurat bila menurut Penanggung dan Praktisi Medis yang merawat bahwa Kondisi Medis Tertanggung telah stabil atau kondisi kesehatan Tertanggung memungkinkan Tertanggung untuk kembali ke Wilayah Pertanggungjawaban sesuai dengan Plan yang dimiliki.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



	Mohon diperhatikan bahwa semua ketentuan, kondisi, batasan dan pengecualian dalam Ketentuan Khusus yang berlaku untuk manfaat ini adalah juga berlaku sama untuk semua manfaat yang terdapat dalam Ketentuan Khusus ini.
Besarnya Penggantian Biaya (<i>reimbursement</i>)	Biaya-biaya yang Wajar dan Umum di negara/Wilayah dimana Perawatan dilakukan, sesuai dengan definisi Wajar dan Umum pada Pasal 1 Ketentuan Khusus ini.

2. Manfaat-manfaat Perawatan Rawat Inap dan Rawat Harian

Yang Penanggung maksud dengan Perawatan Rawat Inap adalah Perawatan yang memenuhi syarat di Rumah Sakit di mana Tertanggung harus menginap di Rumah Sakit selama satu malam atau lebih.

Yang dimaksud dengan Rawat Harian (*Day Care Treatment*) oleh Penanggung adalah Perawatan yang memenuhi syarat yang mengharuskan Tertanggung masuk Rumah Sakit tetapi tidak sampai menginap di Rumah Sakit atau pusat Rawat Harian.

Dengan memperhatikan batas-batas yang tertera pada Plan Pemegang Polis/Tertanggung maka Tertanggung akan memperoleh pertanggunganan atas biaya Rumah Sakit yang dikenakan atas Perawatan yang memenuhi syarat yang diberikan selama di Rumah Sakit seperti:

- Biaya kamar Perawatan terendah berdasarkan Tabel Manfaat sesuai Plan yang dipilih.
- Biaya tindakan diagnosa.
- Biaya penggunaan kamar operasi.
- Biaya keperawatan, Obat-obatan dan alat kesehatan.
- Biaya pemakaian alat-alat bedah yang digunakan oleh Praktisi Medis selama bedah kecuali prostesa eksternal atau alat luar.
- Biaya ahli bedah dan ahli anastesi termasuk konsultasi sebelum dan sesudah operasi.
- Biaya Unit Perawatan Intensif.
- Biaya konsultasi dan fisioterapi saat masuk Rumah Sakit untuk mendapat Perawatan suatu Kondisi Medis dan apabila Perawatan itu terkait langsung dengannya. Penanggung tidak akan membayarkan manfaat fisioterapi apabila Tertanggung dirawat sebagai pasien Rawat Inap namun Perawatan tersebut

ditujukan sebagai kenyamanan bagi Tertanggung atau Praktisi Medis dan seharusnya dapat dilakukan sebagai Perawatan Rawat Jalan.

- Biaya Perawatan onkologi termasuk radioterapi, terapi target, imunoterapi, terapi hormon dan kemoterapi.
- Biaya tomografi dengan komputer, pengambilan gambar resonansi magnetik, sinar-x dan teknik-teknik pengambilan gambar medis yang terbukti lainnya.
- Perawatan khusus di Rumah Sakit dan/atau Perawatan di rumah setelah keluar dari Rumah Sakit, apabila disepakati secara tertulis sebelumnya bahwa hal itu sesuai dan Diperlukan Secara Medis.
- Berbagai Obat-obatan yang dibawa pulang dari Rumah Sakit atau Perawatan Harian, yang berkaitan dengan Rawat Inap atau Rawat Harian yang memenuhi syarat.

Lihat Tabel Manfaat untuk informasi lebih lanjut mengenai ketersediaan dan besaran manfaat Plan Pemegang Polis/Tertanggung.

Manfaat	Penjelasan
Biaya Kamar Perawatan	'Kamar Perawatan' yang Penanggung maksud adalah jenis kamar Rumah Sakit kelas terendah atau berdasarkan batasan biaya kamar Perawatan harian sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan oleh Tertanggung. Jika Tertanggung menginap di kamar yang lebih tinggi atau lebih mahal daripada ketentuan biaya kamar Perawatan sesuai Manfaat Pertanggunganan pada Ketentuan Khusus ini (<i>upgrade</i>), Penanggung akan meminta Tertanggung untuk membayar selisih biaya kamar dan porsi biaya pengobatan lainnya sesuai dengan ketentuan mengenai Faktor Pro Rata.
Biaya Unit Perawatan Intensif atau <i>Intensive Care Unit (ICU)</i>	Penanggung akan membayarkan biaya yang timbul selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif atau <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> termasuk Perawatan yang dilakukan di NICU/PICU/HDU/ <i>Intermediate Ward</i> /Ruang Isolasi atau unit Perawatan intensif lainnya yang diakui hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan oleh Tertanggung.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



	<p>Jumlah hari Rawat Inap untuk Perawatan Yang Memenuhi Syarat di dalam Wilayah Pertanggung di Unit Perawatan Intensif atau <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> yang dapat ditanggung adalah maksimum 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari kalender dalam waktu 1 (satu) Tahun pertanggung Asuransi Tambahan.</p> <p>Tidak ada biaya kamar Perawatan yang dibayar apabila Biaya Unit Perawatan Intensif atau <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> telah dibayarkan oleh Penanggung.</p>		<p>(i) Biaya yang dibutuhkan selama Rawat Inap, termasuk biaya Obat-obatan yang diberikan dan dibutuhkan berdasarkan instruksi medis oleh Praktisi Medis, perban, kasa, plester, jarum suntik, biaya diagnostik dan laboratorium, radioterapi, oksigen, perangkat infus, biaya transfusi darah atau plasma, atau peralatan dan sarana Rumah Sakit lain;</p> <p>(ii) Biaya administrasi dan pajak yang dikenakan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas pelayanan yang diberikan kepada Tertanggung.</p>
Biaya Tindakan Bedah	<p>Penanggung akan membayarkan biaya yang timbul selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di dalam Wilayah Pertanggung untuk suatu Tindakan Bedah Yang Diperlukan Secara Medis yang terdiri atas biaya pemakaian kamar bedah, fasilitas Tindakan Bedah yang diperlukan, biaya profesional untuk asisten Dokter Bedah atau Dokter Spesialis dan biaya profesional Dokter Spesialis lain yang memiliki kualifikasi tertentu untuk melakukan Tindakan Bedah.</p>	Biaya Tindakan Bedah Implan (Termasuk Prostesis Implan)	<p>Penanggung akan membayarkan biaya prostesis dan implan hingga batas maksimum tahunan yang Diperlukan Secara Medis yang terdiri atas :</p> <ul style="list-style-type: none">- Alat pacu jantung (<i>pace maker</i>);- Stent untuk PTCA (<i>stents for Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty</i>);- Lensa intraokular (<i>intraocular lens</i>);- Katup jantung buatan (<i>artificial cardiac valve</i>);- Sendi buatan untuk pengganti sendi (<i>metallic or artificial joints for joint replacement</i>);- Ligament buatan (<i>prosthetic ligaments for replacement or implantation between bones</i>);- <i>prosthetic intervertebral disc</i>;- prostesis atau implan lainnya yang Diperlukan Secara Medis.
Biaya Kunjungan Dokter Umum	<p>Penanggung akan membayarkan biaya kunjungan Dokter Umum hingga maksimum 2 (dua) kunjungan per hari hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan oleh Tertanggung selama biaya kamar Perawatan atau unit Perawatan intensif dibayarkan.</p>	Penggantian Biaya Donor Pihak Ketiga	<p>Penanggung HANYA akan membayarkan biaya Tindakan Bedah dan Rawat Inap di dalam Wilayah Pertanggung untuk tindakan medis berupa transplantasi organ utama dan komplikasinya dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <p>(i) Penanggung HANYA akan membayarkan biaya Tindakan Bedah dan Rawat Inap di dalam Wilayah Pertanggung bagi penerima donor organ utama (Tertanggung) dan pemberi donor organ utama;</p> <p>(ii) Pemberi donor organ utama adalah keluarga Tertanggung yang hidup dan dapat dibuktikan</p>
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	<p>Penanggung akan membayarkan biaya kunjungan Dokter Spesialis hingga maksimum 2 (dua) kunjungan per hari untuk tiap tipe spesialis hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan oleh Tertanggung selama biaya kamar Perawatan atau unit Perawatan intensif dibayarkan.</p>		
Biaya Aneka Perawatan	<p>Penanggung akan membayarkan biaya yang terdiri atas:</p>		



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



	<p>memiliki ikatan keluarga dengan Tertanggung serta kedua pihak menyetujui bahwa penggantian biaya ini akan ditanggung dari manfaat Tertanggung;</p> <p>(iii) Transplantasi organ untuk 1 (satu) atau lebih organ sebagai berikut:</p> <p>a. Sumsum tulang manusia menggunakan <i>haemotopoietic stem cells</i> yang didahului dengan ablasi sumsum tulang total;</p> <p>b. Jantung, paru-paru, hati, ginjal dan pankreas yang dihasilkan dari kegagalan tahap akhir.</p> <p>(iv) Biaya Rawat Inap tersebut harus disertakan dengan asli bukti pembayaran Tindakan Bedah transplantasi organ (Tindakan Bedah untuk penerima donor organ utama (Tertanggung) dan pemberi donor organ utama);</p> <p>(v) Besarnya penggantian biaya hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan oleh Tertanggung selama biaya kamar Perawatan atau unit Perawatan intensif dibayarkan;</p> <p>(vi) Transplantasi organ utama dilakukan di Rumah Sakit yang berada di dalam Wilayah Pertanggung.</p> <p>Adapun penggantian biaya yang tidak termasuk di dalam manfaat ini meliputi:</p> <p>(i) Biaya Rawat Jalan untuk pemberi donor organ utama, termasuk biaya konsultasi dokter, pemeriksaan diagnostik dan pemeriksaan investigasi;</p> <p>(ii) Biaya pengobatan untuk komplikasi sekunder yang didiagnosa selama prosedur transplantasi, yang tidak terkait dengan prosedur itu sendiri;</p> <p>(iii) Biaya untuk memperoleh organ dan jaringan;</p> <p>(iv) Transplantasi <i>stem cell</i> lainnya.</p>		<p>Kecelakaan atau Tindakan Bedah Yang Diperlukan Secara Medis atas saran tertulis dari Praktisi Medis yang merawat Tertanggung.</p> <p>Adapun penggantian biaya yang termasuk dalam manfaat ini meliputi biaya pemakaian kamar bedah, fasilitas Tindakan Bedah yang diperlukan, biaya profesional untuk asisten Dokter Bedah atau Dokter Spesialis dan biaya profesional Dokter Spesialis lain yang memiliki kualifikasi tertentu untuk melakukan Tindakan Bedah.</p> <p>Bedah rekonstruksi harus secara medis dianggap perlu untuk mengembalikan fungsi atau penampilan setelah Kecelakaan atau Tindakan Bedah, dimana Tertanggung telah dilindungi oleh Ketentuan Khusus sejak sebelum Kecelakaan atau Tindakan Bedah terjadi.</p> <p>Manfaat ini tidak meliputi pengobatan atau tindakan yang semata-mata untuk tujuan kosmetik.</p>
Biaya Bedah Rekonstruksi	Penanggung akan membayarkan biaya bedah rekonstruksi Yang Diperlukan Secara Medis dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sejak terjadinya	HIV/AIDS	<p>Penanggung akan memberikan santunan yang dibayarkan 1 (satu) kali secara sekaligus yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan oleh Tertanggung dalam hal Tertanggung di diagnosa AIDS dan/atau antibodi HIV (positif HIV) disebabkan oleh transfusi darah atau Kecelakaan dalam bekerja setelah Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan.</p> <p>Berlaku Masa Tunggu 12 (dua belas) bulan terhitung sejak Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan untuk manfaat ini.</p> <p><u>HIV yang Disebabkan Oleh Transfusi Darah</u> Tertanggung terinfeksi HIV atas dasar:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Transfusi darah yang Diperlukan Secara Medis atau diberikan sebagai bagian dari Perawatan medis;



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infeksi diperoleh karena transfusi darah yang diterima setelah Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan; ▪ Infeksi bersumber dari institusi yang memberikan transfusi darah dan institusi tersebut mampu melacak asal usul darah yang terinfeksi HIV; dan ▪ Tertanggung tidak menderita penyakit <i>hemophilia</i>. <p>Manfaat ini tidak akan berlaku jika ditemukan adanya pengobatan medis untuk AIDS atau efek dari virus HIV atau Perawatan medis yang dikembangkan untuk menghasilkan pencegahan dari terjadinya AIDS.</p> <p>Infeksi karena hal-hal lain, termasuk infeksi sebagai akibat dari hubungan seksual atau penggunaan obat suntik dikecualikan. Penanggung harus memiliki akses terbuka untuk semua sampel darah dan bisa melakukan tes terhadap sampel darah tersebut.</p> <p><u>HIV yang Diperoleh Karena Pekerjaan</u> Infeksi HIV yang dihasilkan dari Kecelakaan karena pekerjaan yang terjadi setelah Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan, tanggal addendum atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang terjadi paling akhir dimana Tertanggung menjalankan tugasnya di Indonesia dan semua hal berikut ini dapat dibuktikan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bukti kecelakaan yang dapat menimbulkan infeksi harus dilaporkan kepada Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak kecelakaan terjadi; ▪ Bukti bahwa kecelakaan tersebut melibatkan sumber infeksi HIV yang valid; dan ▪ Bukti serokonversi dari HIV negatif ke HIV positif yang terjadi selama 180 (seratus delapan puluh) hari setelah dokumen laporan kecelakaan. Bukti ini harus mencakup tes antibodi HIV negatif yang 		<p>dilakukan dalam waktu 5 (lima) hari sejak kecelakaan terjadi; dan</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infeksi karena hal-hal lain, termasuk infeksi sebagai akibat dari hubungan seksual atau penggunaan obat suntik dikecualikan. <p>Manfaat ini hanya dapat dibayarkan jika pekerjaan Tertanggung adalah seorang Praktisi Medis, mahasiswa medis/kedokteran, Perawat, pegawai laboratorium kesehatan, Dokter Gigi atau paramedik, yang bekerja di pusat medis atau Klinik di Indonesia.</p> <p>Manfaat ini tidak akan berlaku jika pengobatan telah dilakukan sebelum infeksi. "Pengobatan berarti setiap Perawatan yang membuat HIV menjadi tidak aktif atau tidak menular".</p>
		Perawatan Paliatif	<p>Penanggung akan membayar biaya untuk Perawatan Paliatif yang dijalani oleh Tertanggung dengan Rawat Inap hingga batas maksimum yang tercantum dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan Tertanggung. Manfaat ini hanya dibayarkan sekali untuk seumur hidup.</p>
		Akomodasi Pendamping	<p>Penanggung akan membayarkan biaya kamar dan akomodasi dan makanan 1 (satu) orang pendamping dewasa untuk bermalam di kamar Rumah Sakit yang sama dengan Tertanggung yang dirawat sebagai pasien Rawat Inap untuk Perawatan Yang Memenuhi Syarat di dalam Wilayah Pertanggung.</p> <p>Hal ini mengacu pada biaya Wajar dan Umum yang secara aktual terjadi di Rumah Sakit. Jumlah hari yang dapat ditanggung adalah maksimum 100 (seratus) hari kalender dalam rentang waktu 1 (satu) Tahun Polis sesuai dengan batas maksimum penggantian sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan oleh Tertanggung.</p>



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



<p>Manfaat Tunai</p>	<p>Penanggung akan membayar manfaat tunai untuk Perawatan Rawat Inap yang memenuhi syarat hanya apabila Tertanggung mendapat Perawatan dalam Wilayah Pertanggungungan dan biaya Perawatan tersebut tidak ditanggung oleh Penanggung. Dalam keadaan apapun, Penanggung hanya akan menanggung manfaat tunai hingga maksimum biaya Perawatan dimana Tertanggung memenuhi syarat sesuai ketentuan dengan Ketentuan Khusus ini. Penanggung tidak akan membayarkan manfaat lain jika Penanggung telah membayar manfaat tunai.</p> <p>Manfaat tunai yang diberikan kepada Pemegang Polis/Tertanggung dihitung berdasarkan jumlah hari Tertanggung menjalani Rawat Inap.</p> <p>Jumlah hari yang dapat ditanggung adalah maksimum 100 (seratus) hari kalender dalam rentang waktu 1 (satu) Tahun Polis sesuai dengan batas maksimum penggantian sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan oleh Tertanggung.</p>
----------------------	--

Manfaat	Penjelasan
<p>Biaya Tes Laboratorium & Diagnosis Scan</p>	<p>Manfaat ini menanggung biaya-biaya diagnosa scan terbatas pada tomografi dengan komputer, pengambilan gambar resonansi magnetik (<i>magnetic resonance imaging</i>), <i>position emission tomography (PET scan)</i>, <i>ultrasound scan</i> (terbatas pada <i>pelvis, abdomen, thyroid gland</i> dan <i>breast, mammogram, bone densitometry</i>, sinar-x (<i>x-rays</i>) dan <i>gait scans</i> yang diterima sebagai bagian dari Perawatan Rawat Jalan.</p> <p>Manfaat ini hanya meliputi biaya-biaya yang terjadi dalam kurun waktu 60 (enam puluh) hari sebelum Tertanggung menjalani Rawat Inap dan/atau 90 (sembilan puluh) hari setelah Tertanggung keluar dari Rumah Sakit/Tindakan Bedah Yang Diterima Sebagai Rawat Jalan.</p> <p>Manfaat ini hanya dibayarkan jika biaya kamar Perawatan, biaya unit Perawatan intensif atau Tindakan Bedah Yang Diterima Sebagai Rawat Jalan dibayarkan untuk Penyakit atau Cedera yang sama.</p> <p>Perawatan tersebut harus di dalam pengawasan seorang Praktisi Medis.</p> <p>Dalam pengawasan medis maksudnya adalah alasan dilakukan pemeriksaan diagnosa scan tersebut harus benar-benar atas rujukan Praktisi Medis yang memeriksa dan yang membuat rujukan sesuai hasil pemeriksaan tersebut dan bukan untuk tujuan pemeriksaan kesehatan (<i>medical check-up</i>).</p> <p>Untuk memperjelas, manfaat ini tidak mencakup biaya konsultasi, resep dokter dan biaya tindakan diagnosa lainnya termasuk uji laboratorium jika dilakukan sebagai bagian dari pemeriksaan kesehatan rutin (<i>regular screening</i>) atau pemeriksaan kesehatan (<i>screening</i>) yang dianjurkan untuk kelompok usia tertentu.</p>

Sebagai catatan: Untuk hal-hal yang sifatnya tidak Darurat, Penanggung merekomendasikan agar Pemegang Polis/Tertanggung mendapatkan persetujuan tertulis terlebih dahulu dari Penanggung sebelum masuk Rumah Sakit. Hal ini untuk melindungi Pemegang Polis/Tertanggung dari biaya tidak terduga yang mungkin tidak memenuhi syarat untuk dipertanggungkan oleh Penanggung.

3. Manfaat-manfaat Perawatan Rawat Jalan

Perawatan Rawat Jalan adalah Perawatan Yang Memenuhi Syarat yang diberikan oleh seorang Praktisi Medis di Klinik Rawat Jalan, di ruang konsultasi Praktisi Medis atau di Rumah Sakit di mana Tertanggung tidak dirawat inap.

Lihat Tabel Manfaat untuk informasi lebih lanjut mengenai ketersediaan dan besaran manfaat Plan Pemegang Polis.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



<p>Perawatan sebelum Rawat Inap</p>	<p>Penanggung akan membayar biaya-biaya yang meliputi biaya konsultasi, pengobatan pendahuluan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi atau radiologi yang dibebankan oleh Praktisi Medis, Rumah Sakit atau Klinik, sebelum Tertanggung menjalani Rawat Inap yang disebabkan oleh suatu Penyakit atau Cedera.</p> <p>Manfaat ini hanya meliputi biaya-biaya yang terjadi 60 (enam puluh) hari sebelum Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit/ Rawat Harian dan dibayarkan hanya jika biaya kamar Perawatan, biaya unit Perawatan intensif atau Rawat Harian dibayarkan untuk Penyakit atau Cedera yang sama.</p> <p>Biaya Perawatan sebelum Rawat Inap tidak dibayar apabila Tertanggung kemudian tidak menjalani Rawat Inap/Rawat Harian untuk Penyakit atau Cedera tersebut.</p>		<p>Tertanggung wajib menyediakan bukti bahwa praktisi telah mendapatkan lisensi dari Departemen Kesehatan atau BPOM untuk praktik pengobatan tradisional Tiongkok dan Perawatan tersebut diterima di Rumah Sakit.</p>
<p>Perawatan sesudah Rawat Inap</p>	<p>Penanggung akan membayar biaya-biaya yang meliputi biaya konsultasi, pengobatan lanjutan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi atau radiologi yang dibebankan oleh Praktisi Medis, Rumah Sakit atau Klinik, terkait Penyakit atau Cedera yang menyebabkan Tertanggung menjalani Rawat Inap/Rawat Harian.</p> <p>Manfaat ini hanya meliputi biaya-biaya yang terjadi 90 (sembilan puluh) hari setelah tanggal Tertanggung keluar dari Rumah Sakit/ Rawat Harian dan dibayarkan hanya jika biaya kamar Perawatan, biaya unit Perawatan intensif atau Rawat Harian dibayarkan untuk Penyakit atau Cedera yang sama.</p>	<p>Perawatan Kanker (Kemoterapi, Radioterapi, Terapi Target, Imunoterapi & Terapi Hormon)</p>	<p>Penanggung akan mengganti biaya terhadap Perawatan kanker aktif yang Diperlukan Secara Medis, radioterapi, kemoterapi, terapi target, imunoterapi dan terapi hormon yang diterima sebagai pasien Rawat Jalan di fasilitas medis terdaftar yang diakui oleh Penanggung. Perawatan ini mengacu pada pengobatan kanker secara aktif dan ditujukan untuk membunuh sel-sel kanker.</p> <p>Yang dimaksud dengan pengobatan kanker secara aktif adalah konsultasi, radioterapi, kemoterapi, target terapi, imunoterapi dan terapi hormon, biaya Obat-obatan dan tindakan Praktisi Medis yang berhubungan dengan pengobatan dan Perawatan sel kanker.</p> <p>Kanker mengacu pada tumor ganas, jaringan atau sel, ditandai dengan pertumbuhan yang tidak terkontrol dan penyebaran sel-sel ganas dan invasi jaringan.</p> <p><i>Carcinoma in situ</i> berarti pertumbuhan sel kanker baru secara otonom yang terbatas pada sel-sel dimana ia berasal dan belum mengakibatkan invasi dan/atau kerusakan jaringan di sekitarnya.</p> <p>Diagnosa terhadap kanker dan <i>carsinoma in situ</i> harus selalu didukung oleh bukti histologis dan dikonfirmasi oleh onkologi atau ahli patologi.</p> <p>Manfaat ini tidak menanggung hal-hal sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Semua tumor atau lesi yang dideskripsikan sebagai <i>pra ganas</i>, <i>jinak</i>, <i>dysplasia</i>, <i>borderline malignant</i>, <i>low or suspicious malignant potential</i>; atau ▪ Semua tumor yang kehadirannya disebabkan oleh HIV; ▪ <i>Cervical intra-epithelial neoplasia</i> (CIN) I, CIN II, CIN III; ▪ <i>Non-melanoma skin cancer</i>.
<p>Pengobatan Tradisional Tiongkok</p>	<p>Penanggung akan membayar biaya konsultasi lanjutan yang memenuhi syarat, obat Tiongkok yang diresepkan (kecuali vitamin, tonik, suplemen diet dan sejenisnya) dan terapi (<i>chiropractic</i>, akupunktur dan moksibusi) yang diberikan oleh seorang Praktisi Pengobatan Tradisional Tiongkok sebagai bagian dari Perawatan sesudah Rawat Inap dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari setelah tanggal keluar dari Rumah Sakit.</p> <p>Tertanggung berhak mendapatkan hanya 1 (satu) kali konsultasi atau tindak lanjut per hari, baik termasuk dalam “Manfaat Sesudah Rawat Inap” atau “Pengobatan Tradisional Tiongkok”.</p>	<p>Perawatan dialisis ginjal</p>	<p>Penanggung akan mengganti biaya-biaya yang terjadi atas Perawatan dialisis ginjal Yang Diperlukan Secara Medis yang diterima sebagai pasien Rawat Jalan di fasilitas medis terdaftar yang diakui oleh Penanggung.</p>



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



	setelah Tertanggung sebelumnya menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit untuk suatu Penyakit yang sama, yang menyebabkan terjadinya Perawatan dialisis ginjal. Manfaat ini juga meliputi biaya Obat-obatan yang diberikan untuk tujuan cuci darah atau dialisis saja.
Fisioterapi	Penanggung akan mengganti biaya yang timbul atas terapi fisik yang dilakukan Tertanggung di Klinik atau Rumah Sakit yang memiliki peralatan memadai dan memenuhi syarat untuk melakukan terapi tersebut. Fisioterapi haruslah merupakan Perawatan lanjutan terhadap suatu Kondisi Medis yang menyebabkan Tertanggung menjalani Rawat Inap. Terapi tersebut harus disarankan dan disetujui secara tertulis oleh Praktisi Medis yang merawat dengan ketentuan: (i) Tidak melebihi 1 (satu) kunjungan per hari; (ii) Dilakukan 60 (enam puluh) hari sebelum dan 90 (sembilan puluh) hari setelah Tertanggung menjalani Rawat Inap.
Rawat Harian (<i>Day Care Treatment</i>)	Penanggung akan membayar untuk setiap Tindakan Bedah atau Perawatan yang diterima sebagai bagian dari Rawat Harian di Rumah Sakit atau Klinik hingga batas maksimum tahunan dalam Tabel Manfaat yang berlaku sesuai Plan Tertanggung termasuk biaya laboratorium dan diagnostik scan, Obat-obatan dan konsultasi dalam kurun waktu 60 (enam puluh) hari sebelum dan 90 (sembilan puluh) hari setelah Tertanggung menjalani Perawatan Rawat Harian.

4. Manfaat-manfaat Lainnya

Tabel di bawah ini adalah manfaat tambahan dari Plan Pemegang Polis/Tertanggung. Perlu diketahui bahwa semua beban sendiri, pembatasan dan ketentuan berlaku terhadap manfaat-manfaat ini persis seperti untuk manfaat-manfaat pokok Rawat Inap/Rawat Harian dan Rawat Jalan, tergantung pada apakah Perawatan diterima sebagai bagian dari Perawatan Rawat Jalan, Rawat Inap atau Rawat Harian.

Lihat Tabel Manfaat untuk informasi lebih lanjut mengenai ketersediaan dan besaran manfaat Plan Pemegang Polis/Tertanggung.

Manfaat	Penjelasan
Biaya Perawat di Rumah/ <i>Home Nursing</i> (berlaku di Plan Bronze 1, 2, 3, Plan Health 1,2,3 dan seluruh Plan Titanium)	Manfaat ini meliputi Perawatan pemulihan yang diberikan setelah Tertanggung keluar dari Rumah Sakit dan membutuhkan Perawatan khusus dari seorang Perawat yang terdaftar dan berlisensi, baik secara penuh atau paruh waktu, untuk merawat Tertanggung di dalam rumah dan di Wilayah Pertanggung, serta sesuai dengan Plan Tertanggung. Perawatan ini harus atas rujukan dari Praktisi Medis yang merawat dan harus terkait dengan Kondisi Medis Tertanggung yang memenuhi syarat pada saat Rawat Inap, dan Diperlukan Secara Medis dan bukan karena alasan domestik dengan ketentuan sebagai berikut : (i) Jumlah hari yang dapat ditanggung adalah maksimum 180 (seratus delapan puluh) hari untuk 1 (satu) Tahun Polis. (ii) Manfaat ini hanya berlaku di Plan Bronze 1,2,3 Plan Health 1,2,3 dan seluruh Plan Titanium. (iii) Pre-otorisasi wajib dilakukan untuk mendapatkan manfaat ini. (iv) Besarnya penggantian biaya hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan oleh Tertanggung. Manfaat ini tidak akan membayar untuk layanan dan Perawatan yang diberikan di fasilitas <i>Home Nursing</i> atau di fasilitas Rehabilitasi atau di tempat yang serupa.
Rawat Jalan atas Penyakit Kronis yang bukan merupakan <i>pre-existing conditions</i> (<i>Outpatient Medication for Covered Chronic Conditions</i>) (berlaku di Plan Bronze 1, 2, seluruh Plan Health dan seluruh Plan Titanium)	Penanggung akan mengganti biaya pengobatan Rawat Jalan yang diberikan oleh Praktisi Medis untuk penyakit-penyakit kronis yang bukan merupakan kondisi yang telah ada sebelum Tanggal Berlakunya Polis. Obat-obatan yang diresepkan oleh Praktisi Medis terdiri dari satu atau lebih sebagai berikut: ▪ <i>anti-hypertensive drugs</i> ; ▪ <i>anti-diabetic drugs</i> ; ▪ <i>cholesterol-lowering drugs</i> ;



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>anti-inflammatory drugs for COPD;</i> ▪ <i>inhalers;</i> ▪ Obat-obatan lainnya yang dibutuhkan untuk penanganan terhadap kondisi-kondisi kronis lain atau komplikasinya. <p>Yang dimaksud sebagai Penyakit kronis adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Diabetes Mellitus Type 2</i> Gangguan metabolisme jangka panjang di mana satu atau lebih dari kondisi berikut ini hadir: <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Venus Plasma Glucose (fasting) ≥ 7.0 mmol/L;</i> b. <i>Venus Plasma Glucose (random) ≥ 7.0 mmol/L;</i> c. <i>HbA1c ≥ 6.3% (45 mmol/mol).</i> 2. <i>Hypertension</i> Kondisi Medis jangka panjang dengan tekanan darah (BP) berulang meningkat melebihi 140 dari 90 mmHg yaitu tekanan sistolik di atas 140 dengan tekanan diastolik di atas 90. Ini didasarkan pada rata-rata dua atau lebih pengukuran yang tepat, tegak, pembacaan BP pada masing-masing dua atau lebih kunjungan Klinik. Ketika tekanan sistolik dan tekanan diastolik jatuh ke dalam kategori yang berbeda, kategori yang lebih tinggi harus dipilih untuk mengklasifikasikan BP individu. 3. <i>Hypercholesterolemia</i> Mengacu pada tingginya kadar kolesterol dalam darah, yang didefinisikan oleh Kolesterol Total melebihi 6,2 mmol/L. 4. <i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).</i> Kondisi yang membatasi aliran udara di mana terdapat satu atau lebih hal berikut ini: <ol style="list-style-type: none"> a. Volume Ekspirasi Paksa lebih dari 1 detik (FEV1) kurang dari 80% dari yang diperkirakan; b. Rasio FEV1 ke Kapasitas Vital Paksa (FEV1 / FVC) kurang dari 70% dari yang 		<p>diperkirakan untuk usia 65 tahun ke bawah, atau kurang dari 65% untuk usia di atas 65 tahun.</p>
		Transportasi ambulan	<p>Penanggung akan mengganti biaya transportasi darat ambulan domestik (termasuk petugas ambulan) untuk membawa Tertanggung dari tempat kejadian ke Rumah Sakit/Klinik atau dari Rumah Sakit/Klinik ke Rumah Sakit/Klinik lainnya dengan tujuan untuk mendapatkan Perawatan Darurat Yang Diperlukan Secara Medis atas Penyakit atau Cedera yang menimpa Tertanggung. Penanggung memiliki hak untuk menentukan apakah transportasi tersebut sesuai secara medis. <i>(Ini bukan merupakan bagian dari layanan Bantuan Medis Gawat Darurat Internasional sebagaimana tertera berikut ini).</i></p>
		Rawat Jalan dan Kerusakan gigi akibat kecelakaan	<p>Penanggung akan mengganti biaya-biaya yang meliputi Praktisi Medis dan/atau Dokter Gigi, fasilitas medis yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk Rawat Jalan Darurat Yang Diperlukan Secara Medis atas Cedera yang terjadi karena Kecelakaan, termasuk Perawatan untuk menjaga gigi asli dari kerusakan akibat Kecelakaan, asalkan Rawat Jalan dilakukan dalam waktu maksimal 48 (empat puluh delapan) jam setelah Kecelakaan terjadi.</p>
		Perawatan Lanjutan atas Kecelakaan	<p>Penanggung akan mengganti biaya konsultasi, pengobatan lanjutan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi dan radiologi yang dijalani Tertanggung yang dibebankan oleh Praktisi Medis, Rumah Sakit atau Klinik atas Rawat Jalan Darurat Yang Diperlukan Secara Medis untuk Cedera yang disebabkan oleh Kecelakaan. Manfaat ini hanya bisa digunakan 2 (dua) kali untuk setiap Kecelakaan. Perawatan harus dilakukan dalam kurun waktu 14 (empat belas) hari sejak Kecelakaan terjadi.</p>



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



	Manfaat ini hanya bisa diklaim setelah manfaat "Rawat Jalan Karena Kecelakaan" sudah diklaim terlebih dahulu.
Perawatan untuk Efek Samping Kemoterapi dan/atau Radioterapi	Penanggung akan mengganti biaya yang dikeluarkan Tertanggung untuk konsultasi, pengobatan dan Perawatan di Rumah Sakit atau Klinik dari segala efek samping yang ditimbulkan oleh kemoterapi dan/atau radioterapi.
Komplikasi pra dan pasca kelahiran (berlaku diseluruh Plan Titanium & Plan Health 1)	Manfaat ini mengganti biaya Rawat Inap yang Diperlukan Secara Medis dari Tertanggung untuk Perawatan yang terdaftar sebelum dan/atau pasca-komplikasi selama masa kehamilan. Yang dipertanggung dalam manfaat komplikasi pra dan pasca melahirkan adalah sebagai berikut: <i>(i) Stillbirth;</i> <i>(ii) Pre-Eclampsia/ Eclampsia;</i> <i>(iii) Abruptio Placentae;</i> <i>(iv) Placenta Increta/Percreta;</i> <i>(v) Amniotic Fluid Embolism;</i> <i>(vi) Disseminated Intravascular Coagulation;</i> <i>(vii) Postpartum Haemorrhage requiring Hysterectomy;</i> <i>(viii) Pregnancy-induced hypertension;</i> <i>(ix) Gestational diabetes mellitus;</i> Biaya Perawatan Rawat Jalan tidak ditanggung oleh manfaat ini. Masa Tunggu 9 (sembilan) bulan berlaku untuk manfaat ini. Untuk informasi tambahan lainnya silakan lihat Pasal 3 ayat 1.2 butir 1.2.6.
Akomodasi bayi baru lahir (berlaku diseluruh Plan Titanium & Plan Health 1)	Manfaat ini membayarkan akomodasi atas bayi dengan usia kurang dari 4 (empat) minggu yang menginap di Rumah Sakit dengan ibunya, dimana sang ibu merupakan Tertanggung dan menerima Perawatan Rawat Inap yang memenuhi syarat di Rumah Sakit terkait. Manfaat ini akan dibayarkan dari Polis Asuransi Tambahan sang ibu yang merupakan Tertanggung setelah melewati Masa Tunggu 9 (sembilan) bulan.

	Manfaat yang dibayarkan adalah akomodasi kamar bayi baru lahir dengan kelas standar, dimana bayi tersebut hanya diperkenankan untuk menerima asuhan di kamar bayi selama menginap di Rumah Sakit. Manfaat ini tidak berlaku apabila bayi baru lahir tersebut di Rawat Inap untuk Perawatan terhadap Kondisi Medis apapun.
Santunan Kematian (berlaku diseluruh Plan Titanium & seluruh Plan Health)	Penanggung akan membayarkan Santunan Kematian dengan besaran mengacu pada Tabel Manfaat. Santunan Kematian ini merupakan santunan tambahan yang diberikan di luar dari Uang Pertanggung/Santunan Kematian dari Polis Asuransi Dasar. Santunan Kematian akan dibayarkan setelah pengajuan klaim kematian Tertanggung yang mengacu pada Polis Asuransi Dasar telah disetujui oleh Penanggung.

Manfaat ini hanya berlaku pada plan Titanium:

5. Manfaat Rawat Jalan

Perawatan Rawat Jalan adalah Perawatan Yang Memenuhi Syarat yang diberikan oleh seorang Praktisi Medis di Klinik Rawat Jalan, di ruang konsultasi Praktisi Medis atau di Rumah Sakit di mana Tertanggung tidak dirawat inap.

Yang tidak termasuk definisi ini adalah semua bentuk pengobatan alternatif seperti namun tidak terbatas pada pengobatan tradisional Tiongkok dan akupunktur.

Lihat Tabel Manfaat untuk informasi lebih lanjut mengenai ketersediaan dan besaran manfaat Plan Pemegang Polis/Tertanggung.

Manfaat	Penjelasan
Batas tahunan Manfaat Rawat Jalan untuk Tertanggung berusia 16 tahun keatas	Semua manfaat yang dibayarkan berdasarkan Manfaat Rawat Jalan akan digabungkan dan tunduk kepada batas maksimum per Tahun Polis sesuai Tabel Manfaat. Perubahan batas tahunan Manfaat Rawat Jalan akan disesuaikan pada ulang Tahun Polis setelah Tertanggung mencapai batas usia yang ditentukan



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



<p>Batas tahunan Manfaat Rawat Jalan untuk Tertanggung berusia 15 tahun kebawah</p>	<p>Semua manfaat yang dibayarkan berdasarkan Manfaat Rawat Jalan akan digabungkan dan tunduk kepada batas maksimum per Tahun Polis sesuai Tabel Manfaat. Perubahan batas tahunan Manfaat Rawat Jalan akan disesuaikan pada ulang Tahun Polis setelah Tertanggung mencapai batas usia yang ditentukan.</p> <p>Contoh: Tn. A membelikan anaknya yang berumur 10 tahun produk AXA Magnificent Link dengan Asuransi Tambahan Easy Health Plan Titanium 2 yang efektif pada tanggal 11 Agustus 2021. Sejak awal pertanggung, Tertanggung akan menerima batas tahunan Manfaat Rawat Jalan sebesar Rp . 10,000,000/tahun.</p> <p>Anak Tn. A berulang tahun yang ke 16 pada tanggal 1 November 2027 Batas tahunan Manfaat Rawat Jalan ini akan berubah mengikuti Batasan baru yang ditentukan pada Ulang Tahun Polis, yaitu tanggal 11 Agustus 2027.</p>
<p>Manfaat Perawatan Rawat Jalan – Dokter Umum, Dokter Spesialis & Biaya lain-lain</p>	<p>Penanggung akan membayar biaya untuk setiap kunjungan Rawat Jalan, meliputi biaya konsultasi, Obat-obatan, pemeriksaan diagnostik dan laboratorium yang Diperlukan Secara Medis untuk pengobatan suatu penyakit atau Cedera, seperti yang dibebankan oleh Dokter Umum atau Dokter Spesialis, hingga maksimum 15 (lima belas) kunjungan per Tahun Polis.</p>
<p>Vaksin untuk Anak</p>	<p>Untuk Tertanggung berumur 15 (lima belas) tahun atau lebih muda, Penanggung akan membayar imunisasi dasar dan injeksi booster (penguat) berdasarkan peraturan negara tempat Perawatan diberikan, vaksinasi perjalanan yang Diperlukan Secara Medis dan profilaksis malaria, vaksinasi untuk membantu pencegahan kanker, seperti Human Papilloma Virus (HPV), dan vaksinasi yang direkomendasikan sebagai bagian dari program imunisasi nasional di negara tempat Tertanggung tinggal; dan vaksinasi dan imunisasi untuk influenza (flu musiman), varicella (cacar air).</p>

	<p>Vaksinasi harus telah lulus uji klinis dan diizinkan untuk digunakan oleh badan/otoritas pemerintah terkait di negara tempat pengobatan dilakukan. Sudah termasuk biaya kunjungan dan administrasi vaksinasi.</p>
--	--

RISIKO

1. Risiko yang disebabkan oleh kondisi kenaikan harga yang menyebabkan terjadinya kenaikan biaya medis. Biaya Asuransi Tambahan Easy Health dapat naik seiring waktu akibat inflasi biaya medis (*medical inflation*).
2. Penanggung tidak menanggung semua jenis tes kesehatan, investigasi, Perawatan, alat-alat medis dan/atau non-medis, kondisi, aktivitas dan semua hal atau konsekuensi biaya terkait yang dikecualikan pada Asuransi Tambahan Easy Health.
3. Risiko Nilai Tukar atau Mata Uang
Suatu risiko yang disebabkan karena perubahan nilai tukar suatu mata uang terhadap mata uang yang lain.
4. Pengecualian
Klaim tidak dibayarkan jika Tertanggung meninggal dunia atau Terminal Illness disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan sebagaimana tercantum dalam Ketentuan Polis.

HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN TERKAIT DENGAN PENGECEUALIAN

Manfaat Asuransi Tambahan Easy Health ini tidak mencakup klaim yang disebabkan oleh hal-hal berikut baik secara langsung atau tidak langsung:

1. **Pengecualian**
 - 1.1 **Kondisi-kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya.**
 - 1.2 **Penanggung tidak menanggung semua jenis Perawatan, tes kesehatan dibawah ini, investigasi, alat-alat medis dan/atau non-medis, kondisi, aktivitas dan semua hal atau konsekuensi biaya terkait yang dikecualikan dari Polis seperti hal-hal berikut ini:**



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



- 1.2.1 Rawat Inap atau Tindakan Bedah apapun untuk Penyakit yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Berlakunya Polis, atau Tanggal Pemulihan Polis dan Asuransi Tambahan ini termasuk yang turut dipulihkan, atau tanggal disetujuinya perubahan Plan atas Asuransi Tambahan ini oleh Penanggung (jika ada) sebagaimana tercantum dalam endosemen, tergantung tanggal mana yang paling akhir, baik Tertanggung telah mengetahui maupun tidak mengetahui, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya, baik secara langsung maupun tidak langsung yaitu:
- Semua jenis hernia;
 - Semua jenis tumor jinak atau benjolan atau kista;
 - Tuberkulosis;
 - Wasir;
 - Penyakit pada tonsil atau adenoid;
 - Kondisi abnormal rongga hidung, sekat hidung, atau kerang hidung (turbinates), termasuk sinus;
 - Penyakit kelenjar gondok;
 - Hysterektomi (dengan atau tanpa salpingo-ooforektomi);
 - Penyakit tekanan darah tinggi;
 - Penyakit jantung dan pembuluh darah;
 - Fistula di anus;
 - Batu pada sistem saluran empedu;
 - Batu pada ginjal, saluran kemih atau kandung kemih;
 - Katarak;
 - Tukak pada lambung atau usus 12 jari;
 - Semua jenis kelainan sistem reproduksi;
 - Diskus invertebrate yang menonjol; dan/atau
 - Penyakit kencing manis;
- 1.2.2 Manfaat Asuransi Tambahan ini mulai berlaku apabila telah melewati Masa Tunggu 30 (tiga puluh) hari setelah Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan ini, kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan;
- 1.2.3 Kanker yang tanda dan gejalanya diketahui oleh Tertanggung atau yang telah didiagnosa atau menerima Perawatan dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari sejak Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan ini atau Tanggal Pemulihan Polis dan Asuransi Tambahan ini termasuk yang turut dipulihkan, mana yang paling akhir terjadi;
- 1.2.4 Penanggung tidak akan memberikan perlindungan dan tidak akan bertanggung jawab untuk membayar klaim atau memberikan manfaat

apa pun berdasarkan Polis ini sejauh hal itu akan membuat Penanggung terkena sanksi, larangan, atau pembatasan berdasarkan resolusi PBB atau sanksi perdagangan atau ekonomi, undang-undang atau peraturan Uni Eropa, Inggris atau Amerika Serikat.

- 1.2.5 Suatu Perawatan yang hanya menghilangkan gejala untuk sementara dan bukannya mengobati Kondisi Medis yang menjadi akarnya, yang seharusnya wajar dilakukan;

- 1.2.6 Penjelasan untuk seluruh Plan Bronze & Plan Health 2,3,4: Kehamilan atau kelahiran anak (persalinan termasuk apabila bayi yang dilahirkan meninggal) normal. Operasi caesar (*sectio caesar*) dan komplikasi-komplikasi yang terkait dengannya juga tidak ditanggung;

Penjelasan untuk Plan Health 1 dan seluruh Plan Titanium: Setelah melewati Masa Tunggu yang telah ditentukan, Penanggung akan menanggung Perawatan atas suatu komplikasi baik pra atau pasca kehamilan yang diakibatkan oleh dan terjadi selama kehamilan, kecuali kehamilan tersebut merupakan hasil dari segala bentuk proses kehamilan yang dibantu (*assisted conception technology*).

- 1.2.7 Perawatan yang dimulai, atau yang atasnya telah timbul kebutuhan, selama 90 (sembilan puluh) hari pertama setelah lahir untuk bayi yang dikandung dengan cara buatan atau suatu bentuk penghamilan yang dibantu termasuk pembuahan buatan;
- 1.2.8 Pengguguran kehamilan atau konsekuensi dari pengguguran itu, kecuali apabila memenuhi syarat berdasarkan manfaat komplikasi pra dan pasca kelahiran;
- 1.2.9 Pemeriksaan dan Perawatan terhadap kemandulan, kontrasepsi, pembuahan/kehamilan yang dibantu, sterilisasi (atau kebalikannya) atau konsekuensi dari salah satu dari Perawatan tersebut atau dari suatu Perawatan terhadap hal-hal tersebut di atas;
- 1.2.10 Pengobatan atau Perawatan yang berhubungan dengan impotensi atau segala konsekuensinya;
- 1.2.11 Pengobatan penyakit-penyakit yang menular secara seksual;
- 1.2.12 Ganti kelamin termasuk Perawatan yang timbul akibat atau yang secara langsung atau tidak langsung dilakukan akibat ganti kelamin;
- 1.2.13 Perawatan dari segala Kondisi Medis yang timbul dengan cara apa pun dari infeksi *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* dan *AIDS Related Complex (ARC)*;



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



- 1.2.14 Investigasi atau Pengobatan obesitas atau yang diperlukan karena obesitas;
- 1.2.15 Segala jenis operasi bariatrik, penggunaan pengikatan atau pengapitan lambung, menciptakan selongsong lambung atau Perawatan serupa lainnya atau komplikasi apa pun yang dihasilkan dari Perawatan tersebut terlepas dari mengapa operasi tersebut diperlukan; segala jenis penurunan berat badan atau kenaikan berat badan, bulimia, anoreksia nervosa termasuk semua komplikasi yang terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung,
- 1.2.16 Pengurangan payudara pada pria atau wanita, penghilangan lemak atau jaringan berlebih dari bagian tubuh apa pun diperlukan atau tidak karena alasan medis atau psikologis;
- 1.2.17 Biaya untuk mendapatkan organ-organ donor, biaya Perawatan orang yang mendonorkan organnya atau biaya administrasi apapun yang terkait meskipun pencangkakan itu diperbolehkan menurut ketentuan-ketentuan dalam Polis asuransi tambahan ini.
- 1.2.18 Perawatan untuk penyakit, Cedera, atau cacat yang disebabkan oleh percobaan bunuh diri atau melukai diri sendiri, sementara waras atau tidak waras termasuk semua komplikasi yang terjadi baik secara langsung atau tidak langsung;
- 1.2.19 Perawatan terhadap terapi penggantian nikotin, atau Perawatan yang timbul akibat atau dalam suatu hal terkait dengan penyalahgunaan atau penggunaan secara berlebihan pada alkohol, Obat-obatan, Obat-obatan terlarang atau penyalahgunaan zat;
- 1.2.20 Perawatan untuk memperbaiki refraksi penglihatan mata seperti rabun dekat atau rabun jauh atau astigmatik; laser/operasi mata dengan laser (lasik);
- 1.2.21 Segala jenis Perawatan atau investigasi ditujukan kepada semua jenis keterlambatan bicara, gangguan belajar, masalah pendidikan, masalah perilaku, keterlambatan perkembangan baik secara fisik maupun psikologis atau kesulitan belajar termasuk peninjauan atau penilaian masalah serupa, kecuali diizinkan sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 3 ayat 1.3.3.
- 1.2.22 Penyelidikan dan Perawatan atas hilangnya rambut dan/atau penggantian rambut;
- 1.2.23 Perawatan Pencegahan (*prophylactic*), tes atau tindakan apapun untuk memastikan adanya suatu Kondisi Medis ketika tidak ada gejala-gejala yang jelas atau tidak menunjukkan tanda-tanda Penyakit, dalam upaya pencegahan Penyakit pada suatu organ atau kelenjar;
- 1.2.24 Vaksinasi, pemeriksaan kesehatan rutin atau pencegahan, termasuk konsultasi tindak lanjut rutin kecuali dinyatakan dalam Tabel Manfaat
- 1.2.25 Biaya untuk menyediakan atau memasang prostesa eksternal atau ortosis atau alat luar atau alat medis lain yang digunakan untuk jangka waktu lama;
- 1.2.26 Obat-obat atau alat kesehatan Rawat Jalan kecuali yang diresepkan dan dipertanggungjawabkan oleh Polis ini;
- 1.2.27 Vitamin, suplemen, jamu/Obat-obatan herbal, Obat-obatan tradisional Tiongkok atau Obat-obatan tradisional kecuali disebutkan dalam Tabel Manfaat;
- 1.2.28 Barang-barang keperluan pribadi umumnya, seperti namun tidak terbatas pada sampo, sabun, pasta gigi, obat kumur (*mouth wash*), lotion, pelembab, pembersih, alat kontrasepsi, obat sakit kepala dan flu khusus yang dapat dibeli sendiri tanpa Resep Praktisi Medis di toko obat setempat dan Penanggung juga tidak menanggung biaya telepon;
- 1.2.29 Perawatan ortodontis, periodontis, endodontis, Perawatan yang bersifat mencegah untuk masalah gigi, dan Perawatan gigi pada umumnya, termasuk penambalan gigi, gigi palsu, mahkota, dan imPlan gigi, terlepas dari siapa yang melakukan Perawatan tersebut;
- 1.2.30 Klaim-klaim Perawatan yang dikecualikan adalah sebagai berikut:
- Klaim-klaim yang diterima dari luar Wilayah Pertanggung, kecuali perawatan Rawat Inap Darurat di luar Wilayah Pertanggung; atau
 - Klaim-klaim Perawatan jika Tertanggung bepergian sedangkan anjuran medis melarang Tertanggung untuk bepergian, sekalipun Perawatan dilakukan di dalam Wilayah Pertanggung.;
- 1.2.31 Perawatan yang terjadi akibat melakukan atau pelatihan segala bentuk olahraga dimana Tertanggung menerima gaji atau penggantian atas segala biaya, termasuk hibah ataupun dalam bentuk bentuk *sponsorship* (kecuali Tertanggung hanya menerima biaya perjalanan);
- 1.2.32 Perawatan Cedera yang diderita akibat melakukan atau berP artisipasi dalam olahraga profesional atau akibat dari *base jumping*, *cliff diving*, terbang dalam suatu pesawat yang tidak berlisensi atau sebagai siswa belajar penerbang, *hot-air ballooning*, bela diri, panjat bebas, mendaki gunung dengan atau tanpa tali, *scuba diving* sampai pada kedalaman lebih dari 10 meter, menelusuri medan berat (*trekking*) sampai pada ketinggian di atas 2.500 meter, *bungee jumping*, *canyoning*, seluncur



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



- gantung (*hang gliding*), seluncur parasut (*paragliding*) atau *microlighting*, *potholing*, ski keluar dari jalur yang ditentukan atau kegiatan olahraga musim dingin lainnya yang dilakukan keluar dari jalur yang ditentukan; Penyakit, Cedera atau cacat yang terjadi ketika Tertanggung di bawah pengaruh narkoba, alkohol, Obat-obatan psikotropika, racun, gas atau kecanduan dari zat atau obat lain yang serupa selain untuk digunakan sebagai obat dengan resep yang dikeluarkan oleh Dokter,
- 1.2.33 Perawatan-Perawatan yang secara khusus dikecualikan menurut ketentuan-ketentuan yang tertera dalam Data Polis Pemegang Polis atau endorsemen/ketentuan-ketentuan yang merupakan bagian dari Polis ini;
- 1.2.34 Biaya-biaya yang dikeluarkan untuk Perawatan yang tidak Diperlukan Secara Medis; atau setiap biaya Perawatan untuk tujuan alasan sosial atau domestik atau untuk keperluan-keperluan yang tidak ada kaitan langsungnya dengan Perawatan; Perawatan yang dianggap atas pilihan Tertanggung sendiri;
- 1.2.35 Biaya-biaya yang dibebankan oleh tempat-tempat hidro kesehatan, spa, pusat kebugaran, Klinik Perawatan alamiah (atau Praktisi Medis) atau tempat-tempat sejenisnya, sekalipun tempat itu terdaftar sebagai Rumah Sakit; *aquatic therapy* sekalipun Perawatan tersebut disediakan oleh Praktisi Medis yang terdaftar;
- 1.2.36 Biaya-biaya yang dibebankan oleh Praktisi Medis, Dokter Gigi, Rumah Sakit, laboratorium atau layanan-layanan medis lainnya yang melebihi tingkat Wajar dan Umum;
- 1.2.37 Biaya-biaya Perawatan dan / atau pengobatan yang timbul sehubungan dengan atau akibat dari kondisi kongenital, cacat lahir, atau penyakit keturunan, baik yang diketahui atau tidak oleh Tertanggung sebelum pengajuan klaim;
- 1.2.38 Biaya-biaya untuk hal-hal yang tidak disebutkan dalam Tabel Manfaat yang berlaku terhadap Plan Pemegang Polis;
- 1.2.39 Perawatan Rawat Inap untuk Kondisi Medis yang sebenarnya dapat diberlakukan sebagai Perawatan Rawat Jalan;
- 1.2.40 Pemeriksaan genetik, termasuk konseling yang diperlukan setelah pemeriksaan genetik, sekalipun jika pemeriksaan itu dilakukan untuk memastikan apakah Tertanggung secara genetik rentan terhadap perkembangan suatu Kondisi Medis atau tidak di kemudian hari;
- 1.2.41 Biaya yang terkait dengan terapi penggantian hormon (*hormone replacement therapy*) namun tidak terkait dengan kelanjutan pengobatan kanker;
- 1.2.42 Perawatan untuk sakit kejiwaan, Penyakit atau gangguan mental, atau yang berhubungan dengan psikis/psikosomatis, bulimia, anorexia nervosa termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung;
- 1.2.43 Cedera yang disebabkan oleh pelanggaran peraturan perundang-undangan oleh Tertanggung, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan putusan pengadilan;
- 1.2.44 Perawatan yang diberikan Tertanggung oleh siapapun yang memiliki kepentingan asuransi atas diri Tertanggung atau Pemegang Polis;
- 1.2.45 Pengobatan apapun yang dibutuhkan sebagai akibat dari tato dan tindik telinga atau badan;
- 1.2.46 Kriopreservasi, implantasi atau re-implantasi sel hidup atau jaringan hidup, apakah autologous atau disediakan oleh donor;
- 1.2.47 Setiap biaya administrasi atau laporan apapun atau biaya lain yang bersifat non-medis sehubungan dengan penyediaan dan/atau kinerja persediaan dan/atau pelayanan medis;
- 1.2.48 Biaya bank atau biaya pengkreditan yang terjadi ketika penggantian klaim dibuat selain mata uang Polis;
- 1.2.49 Perawatan saat dirawat di Rumah Sakit secara terus menerus untuk kerusakan neurologis permanen, atau jika Tertanggung dalam kondisi vegetatif yang persisten. Penanggung mendefinisikan kondisi vegetatif yang persisten sebagai kondisi tidak responsif yang mendalam tanpa tanda-tanda kesadaran atau kesadaran atau pikiran yang berfungsi, bahkan jika orang tersebut dapat membuka mata dan bernapas tanpa bantuan, orang tersebut tidak menanggapi rangsangan seperti dipanggil nama atau sentuhan atau Tertanggung dijaga agar tetap hidup dengan intervensi medis seperti ventilasi mekanis untuk periode 4 (empat) minggu terus menerus. Perawatan ini hanya diberikan selama 150 (seratus lima puluh) hari sejak Praktisi Medis yang melakukan Perawatan memberikan keterangan mengenai kondisi kerusakan neurologis permanen atau kondisi vegetatif yang persisten atau selama 122 (seratus dua puluh dua) hari setelah Tertanggung untuk periode 4 (empat) minggu terus menerus dalam kondisi vegetatif yang persisten. Setelah itu, Penanggung memiliki hak untuk mengakhiri Polis asuransi tambahan ini.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



- 1.2.50 Biaya yang terjadi pada periode dimana biaya asuransi tambahan ini belum dibayarkan; Penanggung tidak membayarkan proporsi biaya apabila tanggal masuk Rumah Sakit adalah sebelum Tanggal Berlakunya Polis asuransi tambahan ini, bahkan apabila periode Rawat Inap atau Perawatan terkait terjadi pada saat atau setelah Tanggal Berlakunya Polis asuransi tambahan ini.
- 1.2.51 Tagihan apapun yang tidak termasuk dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan Tertanggung atau melebihi batas yang ditunjukkan Tabel Manfaat; konsultasi Rawat Jalan, tes diagnosa, Perawatan, pelayanan atau penyediaan kecuali secara khusus ditunjukkan di dalam Tabel Manfaat;
- 1.2.52 Perawatan/pengobatan untuk meredakan gejala pada umumnya terkait dengan perubahan fisiologis atau perubahan alami sebagai akibat dari penuaan seperti menopause atau pubertas.
- 1.3 Beberapa ketentuan khusus berlaku dalam kasus-kasus berikut ini. Penanggung tidak menanggung semua jenis tes kesehatan dibawah ini, investigasi, Perawatan, alat-alat medis dan/atau non-medis, kondisi, aktivitas dan semua hal atau konsekuensi biaya terkait yang dikecualikan dari Polis seperti hal-hal berikut ini:
- 1.3.1 Bedah atau Perawatan kecantikan (estetis), atau Perawatan yang berkaitan dengan atau dibutuhkan karena Perawatan kecantikan sebelumnya. Namun demikian Penanggung akan menanggung bedah rekonstruksi apabila:
- Bedah itu dilakukan untuk memulihkan kembali fungsi atau rupa setelah sebuah Kecelakaan atau setelah pembedahan atas suatu Kondisi Medis, dengan ketentuan bahwa Tertanggung telah secara terus-menerus dipertanggungkan dalam Polis ini sejak sebelum Kecelakaan atau bedah itu terjadi; dan
 - Bedah itu dilakukan pada tahap yang tepat secara medis setelah Kecelakaan atau pembedahan tersebut; dan
 - Penanggung setuju dengan biaya Perawatan tersebut secara tertulis sebelum dilakukan.
- 1.3.2 Perawatan khusus di Rumah Sakit dan/atau Perawatan di rumah kecuali apabila Penanggung sudah setuju secara tertulis sebelumnya bahwa hal itu perlu dan sesuai.
- 1.3.3 Rehabilitasi Rawat Inap selama lebih dari 28 (dua puluh delapan) hari kecuali dalam kasus-kasus seperti kerusakan sistem saraf pusat yang parah yang disebabkan oleh trauma eksternal atau Kecelakaan, maka Penanggung akan memperpanjang anjang perlindungan ini hingga 180 (seratus delapan puluh) hari.
- Rehabilitasi Rawat Inap tersebut dijamin selama:
- Bagian integral dari Perawatan yang ditanggung berdasarkan Plan Tertanggung;
 - Dilakukan oleh seorang Praktisi Medis yang berspesialisasi rehabilitasi dan yang menangani Perawatan;
 - Rehabilitasi dilakukan tidak sebagai Rawat Jalan, serta
 - Biaya telah disepakati sebelumnya, secara tertulis, oleh Penanggung sebelum rehabilitasi dimulai.
- 1.3.4 Perawatan yang belum terbukti dapat berhasil atau yang bersifat Eksperimental. Namun demikian Penanggung akan menanggung, jika sebelum Perawatan dimulai, telah dipastikan bahwa Perawatan itu diakui oleh sebuah lembaga medis resmi (dengan mengacu pada pasal 1 ayat 9 ketentuan Polis ini sebagai Perawatan yang tepat dan Penanggung telah menyetujui secara tertulis dengan Praktisi Medis, sehubungan dengan biaya Perawatan tersebut.
- 1.3.5 Klaim berkenaan dengan Perawatan yang diterima di luar area pertanggungannya atau jika Tertanggung melakukan perjalanan terhadap nasihat medis bahkan di dalam area pertanggungannya atau ketika klaim diajukan oleh Tertanggung ketika ia tinggal di luar negara tempat tinggal asalnya (Indonesia) untuk lebih dari 185 (seratus delapan puluh lima) hari per periode pertanggungannya.
- 1.4 Penanggung tidak menanggung suatu Perawatan, atau bantuan medis gawat Darurat internasional (*International Emergency Medical Assistance*), jika diperlukan akibat pencemaran nuklir, pencemaran biologis atau atau pencemaran zat kimia, sementara berada di atau ikut dalam perang, tindakan musuh asing, teroris, invasi, perang sipil, kerusakan, pemberontakan, huru-hara, revolusi, penggulingan terhadap pemerintah yang sah, ledakan senjata perang, berpartisipasi dalam semua bentuk aktifitas kriminal atau kejadian-kejadian seperti salah satu dari yang disebutkan di atas.
- Sebagai catatan: Ada pertanggungannya untuk Perawatan yang diperlukan akibat tindakan teroris, sepanjang tindakan teroris tersebut tidak menimbulkan pencemaran nuklir, biologis atau kontaminasi zat kimia.
2. Pembatasan
- 2.1 Penanggung berhak untuk tidak membayar manfaat suatu Perawatan jika Penanggung belum juga menerima formulir klaim yang sudah diisi dengan benar



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



dan surat tagihan asli dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah selesainya Perawatan tersebut diberikan.

Penanggung tidak akan membayar manfaat yang sudah dinaikkan untuk Perawatan suatu Kondisi Medis yang sudah timbul atau yang sewajarnya sudah bisa diduga oleh Tertanggung tersebut sebelum perubahan itu menjadi berlaku efektif. Apabila Kondisi Medis itu sudah timbul atau menjadi timbul, manfaat-manfaat untuk Kondisi Medis itu terbatas hanya sebesar tanggungan yang semestinya berlaku terhadap Kondisi Medis sebelum perubahan.

SYARAT PENGAJUAN POLIS

1. Tertanggung berusia 15 hari dan maksimal 75 tahun dan Pemegang Polis berusia minimal 18 tahun sampai dengan 80 tahun.
2. Besarnya biaya asuransi tergantung dari usia masuk Tertanggung, jenis kelamin, Plan dan Uang Pertanggungan.
3. Minimum Uang Pertanggungan adalah Rp 25,000,000. Atau USD 1,600
4. Maksimum Uang Pertanggungan: sampai dengan akseptasi underwriting.
5. Melengkapi dokumen yang diperlukan sebagai berikut:
 - a. Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ) yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.
 - b. Salinan Kartu Identitas Tertanggung dan Pemegang Polis (KTP/SIM/Passport).
 - c. Tanda bukti pembayaran premi.
 - d. Surat Kuasa Debit Rekening (khusus autodebet).
 - e. Surat Kuasa Kartu kredit (khusus pembayaran dengan kartu kredit).
6. Tata cara pengajuan penutupan asuransi sebagai berikut:
 - a. Melengkapi dokumen yang diperlukan, sebagai berikut:
 - Surat Pengajuan Asuransi Kesehatan yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Pemegang Polis/Tertanggung
 - Proposal/Illustrasi Manfaat
 - Fotokopi Identitas Pemegang Polis dan Tertanggung (KTP/SIM/Passport)
 - Asli Tanda Bukti Bayar Premi
 - Surat Kuasa Debit Rekening (Khusus autodebet)
 - b. Calon Pemegang Polis membayarkan premi langsung ke rekening PT AXA Financial Indonesia.
 - c. Harap membaca dengan teliti Polis beserta semua lampiran yang sudah diterima.
 - d. Perhatikan Masa Bebas Lihat (*Cooling - Off Period*) yang tercantum pada Polis, sebagai periode dimana Polis masih dapat dibatalkan.

DEFINISI

Pemegang Polis	Orang atau Badan yang mengadakan sebuah perjanjian asuransi jiwa dengan Penanggung dan namanya sebagaimana tercantum dalam Data Polis
Tertanggung	Orang yang atas dirinya diadakan pertanggungan asuransi dan yang namanya tercantum dalam Data Polis
Kondisi Medis	Setiap penyakit, sakit atau cedera yang ditanggung dalam Ketentuan Asuransi Tambahan ini namun tidak termasuk dalam penyakit kejiwaan.
Kondisi-kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya (Pre-Existing Condition)	Setiap Kondisi Medis yang telah ada sebelum Tanggal Berlakunya Polis asuransi tambahan ini atau Tanggal Pemulihan Polis asuransi dasar atau asuransi tambahan ini (mana yang paling akhir) dimana: <ol style="list-style-type: none"> a. Tertanggung sudah pernah menerima pengobatan, nasihat, Perawatan, tes atau pemeriksaan; b. Tertanggung sudah merasakan/mengalami gejala-gejala dan/atau sudah mengetahui kondisi kesehatannya, dimana gejala dan/atau kondisi kesehatannya tersebut sudah atau belum pernah terdiagnosa; dikonsultasikan ke Praktisi Medis, mendapatkan Perawatan atau pengobatan; c. Kondisi Medis tersebut seharusnya secara logis dan rasional membuat Tertanggung mencari pendapat medis atau pengobatan/Perawatan; atau



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



	d. Bertanggung secara wajar, menurut pendapat Praktisi Medis Penanggung, sudah seharusnya cukup mengetahui mengenai kondisi tersebut sebelumnya.
Masa Tunggu	Periode dimana suatu Manfaat Pertanggung tidak dapat dibayarkan, dan periode ini didasarkan pada tanggal berlakunya ketentuan khusus ini, atau tanggal persetujuan kenaikan pertanggung (upgrade), atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang paling akhir. Silakan mengacu pada Tabel Manfaat dan/atau Ketentuan Asuransi Tambahan ini untuk detail Masa Tunggu yang diterapkan.

MASA BEBAS LIHAT (COOLING-OFF PERIOD)

1. Pemegang Polis mempunyai Masa Bebas Lihat (*Cooling - Off Period*) selama 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal Polis diterima (baik dalam bentuk hardcopy atau elektronik) oleh Pemegang Polis untuk meneliti dan memastikan bahwa isi yang ada dalam Polis sudah sesuai dengan kebutuhan dan keinginan Pemegang Polis.
2. Selama Masa Bebas Lihat (*Cooling - off Period*) ini dan tidak ada pengajuan klaim, Pemegang Polis dapat mengajukan pembatalan Polis kepada Penanggung secara tertulis dan mengembalikan asli dokumen Polis (apabila Polis diterbitkan dalam bentuk cetak) atau asli dokumen Data Polis (apabila Polis diterbitkan dalam bentuk elektronik) kepada Penanggung.
3. Apabila dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal Polis diterima a oleh Pemegang Polis (baik dalam bentuk hardcopy atau elektronik), Penanggung tidak menerima pengajuan pembatalan Polis, maka seluruh ketentuan Polis ini tetap

- berlaku secara sah dan mengikat sejak Tanggal Berlakunya Polis.
4. Dengan adanya permohonan pembatalan Polis selama Masa Bebas Lihat (*Cooling-off Period*) maka Polis batal sejak Tanggal Berlakunya Polis dan Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayar tanpa bunga setelah dikurangi dengan biaya penerbitan Polis dan biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada). Dengan demikian, Penanggung tidak berkewajiban terhadap apapun kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.

TATA CARA LAYANAN DAN KELUHAN

Pemegang Polis dapat menghubungi customer care center dengan alamat sebagai berikut:
 AXA Tower Lantai Dasar
 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City Jakarta 12940, Indonesia
 Tel : 1500 940
 Email: customer@axa-financial.co.id



WHATSAPP CLAIM
0811 8818001
KLIK: bit.ly/infoWAclaim



EXPRESS CLAIM
KLIK: bit.ly/infoWAclaim



www.axa.co.id

 AXA Indonesia

 axaindonesia

Informasi kantor pemasaran dapat dilihat melalui:
<https://axa.co.id/direktori/kantorcabang>



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health



Program Dasar	AXA Magnificent Link
Sub Program Dasar	AXA Magnificent Elite Link
Usia Masuk	35 tahun (Pria)
Premi Dasar Berkala	Rp 27,300,000
Premi Top Up Berkala	Rp 0
Total Premi Berkala	Rp 27,300,000

Cara Pembayaran	Tahunan
Masa Pembayaran Premi	65 tahun
Uang Pertanggungan	Rp 750,000,000
Jenis Dana Investasi	100% MaestroLink Fixed Income Plus (IDR)
Asuransi Tambahan	Asuransi Tambahan Easy Health – Health 3



*COR atau Cost of Rider adalah biaya asuransi tambahan





Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



TABEL MANFAAT ASURANSI TAMBAHAN EASY HEALTH

Plan Health

Jenis Manfaat	Keterangan	Nilai Manfaat (Rp '000' / USD)			
Plan		Health 1	Health 2	Health 3	Health 4
Wilayah Pertanggungungan		Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat	Asia	Indonesia & Malaysia	Indonesia & Malaysia
Manfaat Maksimum	per Tahun	Rp 15,000,000 / USD 1,000,000	Rp 10,000,000 / USD 670,000	Rp 5,000,000 / USD 330,000	Rp 3,000,000 / USD 200,000
Di Luar Wilayah Pertanggungungan	per Tahun	Rawat Inap Darurat akibat Kecelakaan dan Sakit (Perawatan dijalankan dengan jumlah akumulasi 90 hari Di Luar Wilayah Pertanggungungan)			
Besar Penggantian Biaya		Wajar & Umum			
Rawat Inap & Rawat Harian (termasuk bedah, konsultasi, transplantasi organ, barang habis pakai, implantasi bedah, dll)					
Biaya Kamar Perawatan	365 hari per Tahun	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp 10,000 / USD 650 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp 3,000 / USD 200 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp 2,000 / USD 130 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp 1,000 / USD 65 (mana yang lebih tinggi)
	<p>Catatan: Dalam hal harga Kamar Perawatan dengan harga ter-rendah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas lebih tinggi dari harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas, maka harga Kamar Perawatan yang digunakan adalah harga ter-rendah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas.</p> <p>Dalam hal harga Kamar Perawatan dengan harga ter-rendah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas lebih rendah dari harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas, maka harga Kamar Perawatan yang digunakan adalah harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas.</p>				
Biaya Perawatan Intensif	365 hari per Tahun	Sesuai Tagihan			
Biaya Tindakan Bedah	Maksimum per Tahun				
Biaya Kunjungan Dokter Umum	Maksimum 2 kunjungan per hari				
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Maksimum 2 kunjungan per hari per tipe spesialisasi				
Biaya Aneka Perawatan	Maksimum per Tahun				
Biaya Bedah Implan & Prostesis	Maksimum per Tahun				



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



Biaya Donor Pihak Ketiga	Maksimum per Tahun Transplantasi organ penting (jantung, paru-paru, hati, ginjal, pankreas & sumsum tulang belakang)	Sesuai Tagihan			
Biaya Bedah Rekonstruksi	Maksimum per Tahun				
HIV/AIDS	Maksimum per Tertanggung Setelah melewati Masa Tunggu 12 bulan	Rp 25,000 / USD 1,600	Rp 25,000 / USD 1,600	Rp 15,000 / USD 1,000	Rp 15,000 / USD 1,000
Biaya Perawatan Paliatif	Maksimum per Tertanggung	Rp 250,000 / USD 16,000			
Biaya Akomodasi Pendamping	Maksimum per hari Maksimum 100 hari per Tahun	Rp 1,500 / USD 100			
Manfaat Tunai (apabila tidak ada pengajuan klaim ke Penanggung)	Maksimum per hari Maksimum 100 hari per Tahun	Rp 2,000 / USD 130	Rp 1,500 / USD 100	Rp 750 / USD 50	Rp 500 / USD 30
Rawat Jalan (berhubungan dengan Rawat Inap)					
Biaya Tes Laboratorium & Diagnosis Scan	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap	Sesuai Tagihan			
Perawatan Sebelum Rawat Inap	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum Rawat Inap				
Perawatan Setelah Rawat Inap	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap				
Pengobatan Tradisional Tiongkok (<i>chiropractic</i> , akupunktur)	Maksimum per Tahun Maksimum 1 Kunjungan per hari dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap	Rp 25,000 / USD 1,600	Rp 15,000 / USD 1,000	Rp 10,000 / USD 670	Rp 10,000 / USD 670
Perawatan Cuci Darah (Dialisa)	Maksimum per Tahun				
Perawatan Kanker (Kemoterapi, Radioterapi, Target Terapi, Imunoterapi, Terapi Hormon)	Maksimum per Tahun				
Fisioterapi	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap	Sesuai Tagihan			
Rawat Harian (termasuk Tindakan Bedah yang Diterima Sebagai Rawat Jalan, tes lab, diagnostic dan biaya pengobatan lainnya)	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Harian				
Manfaat Lain					
Biaya Perawat di Rumah	Maksimum per hari Maksimum 180 hari per Tahun	Sesuai Tagihan			N/A



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



Rawat Jalan atas Penyakit Kronis (bukan merupakan <i>pre-existing conditions</i>)	Maksimum per Tahun	Rp 2,000 / USD 130	Rp 1,250 / USD 80	Rp 1,000 / USD 65	Rp 1,000 / USD 65
Transportasi Ambulan	Maksimum per Tahun	Sesuai Tagihan			
Rawat Jalan Gigi karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Perawatan dilakukan dalam waktu 48 jam setelah Kecelakaan				
Rawat Jalan karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Perawatan dilakukan dalam waktu 48 jam setelah Kecelakaan				
Rawat Jalan Lanjutan karena Kecelakaan (Perawatan lanjutan dalam waktu 2 minggu setelah kecelakaan)	Maksimum per Tahun Maksimum 2 Kunjungan per Kecelakaan dalam waktu 2 minggu setelah Kecelakaan				
Perawatan untuk Efek Samping Kemoterapi dan/atau Radioterapi	Maksimum per Tahun	Rp 5,000 / USD 330	Rp 3,000 / USD 200	Rp 2,500 / USD 160	Rp 2,000 / USD 130
Komplikasi Sebelum dan Sesudah Kelahiran	Maksimum per Tahun setelah melewati Masa Tunggu 9 bulan	Rp 10,000 / USD 670	N/A		
Akomodasi Bayi Baru Lahir	Maksimum per hari setelah melewati Masa Tunggu 9 bulan	Rp 5,000 / USD 330			
Manfaat Kematian	Maksimum per Tertanggung	Rp 25,000 / USD 1,600			

Plan Bronze

Jenis Manfaat		Keterangan		Nilai Manfaat (Rp '000' / USD)			
Plan		Bronze 1	Bronze 2	Bronze 3	Bronze 4		
Wilayah Pertanggung		Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat	Asia	Indonesia & Malaysia	Indonesia		
Manfaat Maksimum	per Tahun	Rp 10,000,000 / USD 670,000	Rp 5,000,000 / USD 330,000	Rp 3,000,000 / USD 200,000	Rp 2,000,000 / USD 130,000		
Di Luar Wilayah Pertanggung	per Tahun	Rawat Inap Darurat akibat Kecelakaan dan Sakit (Perawatan dijalankan dengan jumlah akumulasi 90 hari Di Luar Wilayah Pertanggung)					
Besar Penggantian Biaya		Wajar & Umum					
Rawat Inap & Rawat Harian (termasuk bedah, konsultasi, transplantasi organ, barang habis pakai, implantasi bedah, dll)							
Biaya kamar Perawatan	365 hari per Tahun	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam		



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



	<p>Catatan: Dalam hal harga Kamar Perawatan dengan harga ter-endah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas lebih tinggi dari harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas, maka harga Kamar Perawatan yang digunakan adalah harga ter-endah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas.</p> <p>Dalam hal harga Kamar Perawatan dengan harga ter-endah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas lebih rendah dari harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas, maka harga Kamar Perawatan yang digunakan adalah harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas.</p>				
Biaya Perawatan Intensif	365 hari per Tahun	Sesuai Tagihan			Sesuai Tagihan
Biaya Tindakan Bedah	Maksimum per Tahun				Rp 150 / USD 10
Biaya Kunjungan Dokter Umum	Maksimum 2 Kunjungan per hari				Rp 200 / USD 13
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Maksimum 2 Kunjungan per hari per tipe spesialisasi				Rp 10,000 / USD 670
Biaya Aneka Perawatan	Maksimum per Tahun				Sesuai Tagihan
Biaya Bedah Implan & Prostesis	Maksimum per Tahun				Sesuai Tagihan
Biaya Donor Pihak Ketiga	Maksimum per Tahun Transplantasi organ penting (jantung, paru-paru, hati, ginjal, pankreas & sumsum tulang belakang)				Rp 120,000 / USD 8,000
Biaya Bedah Rekonstruksi	Maksimum per Tahun	Rp 10,000 / USD 670			
HIV/AIDS	Maksimum per Tertanggung Setelah melewati Masa Tunggu 12 bulan	Rp 200,000 / USD 13,000			
Biaya Perawatan Paliatif	Maksimum per Tertanggung	Rp 1,000 / USD 65			
Biaya Akomodasi Pendamping	Maksimum per hari Maksimum 100 hari per Tahun	Rp 1,500 / USD 100	Rp 1,000 / USD 65	Rp 500 / USD 30	Rp 250 / USD 16
Manfaat Tunai (apabila tidak ada pengajuan klaim ke Penanggung)	Maksimum per hari Maksimum 100 hari per Tahun				
Rawat Jalan (berhubungan dengan Rawat Inap)					
Biaya Tes Laboratorium & Diagnosis Scan	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap	Sesuai Tagihan			



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



Perawatan Sebelum Rawat Inap	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum Rawat Inap	Sesuai Tagihan			Rp 5,000 / USD 330
Perawatan Setelah Rawat Inap	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap				
Pengobatan Tradisional Tiongkok (<i>chiropractic</i> , akupunktur)	Maksimum per Tahun Maksimum 1 Kunjungan per hari dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap	Rp 15,000 / USD 1,000	Rp 10,000 / USD 670	Rp 7,500 / USD 500	Rp 5,000 / USD 330
Perawatan Cuci Darah (Dialisa)	Maksimum per Tahun	Sesuai Tagihan			Rp 100,000 / USD 6,700
Perawatan Kanker (Kemoterapi, Radioterapi, Target Terapi, Imunoterapi, Terapi Hormon)	Maksimum per Tahun				Rp 150,000 / USD 10,000
Fisioterapi	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap				Rp 5,000 / USD 330
Rawat Harian (termasuk Tindakan Bedah yang Diterima Sebagai Rawat Jalan, tes lab, diagnostic dan biaya pengobatan lainnya)	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Harian				Rp 10,000 / USD 670
Manfaat Lain					
Biaya Perawat di Rumah	Maksimum per hari Maksimum 180 hari per Tahun	Sesuai Tagihan			N/A
Rawat Jalan atas Penyakit Kronis (bukan merupakan <i>pre-existing conditions</i>)	Maksimum per Tahun	Rp 1,500 / USD 100	Rp 1,000 / USD 65	N/A	N/A
Transportasi Ambulan	Maksimum per Tahun	Sesuai Tagihan			Rp 1,500 / USD 100
Rawat Jalan Gigi karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Perawatan dilakukan dalam waktu 48 jam setelah Kecelakaan				Rp 2,000 / USD 130
Rawat Jalan karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Perawatan dilakukan dalam waktu 48 jam setelah Kecelakaan				



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health



Rawat Jalan Lanjutan karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Maksimum 2 Kunjungan per Kecelakaan dalam waktu 2 minggu setelah Kecelakaan	Sesuai Tagihan			Rp 1,000 / USD 65
Perawatan untuk Efek Samping Kemoterapi dan/atau Radioterapi	Maksimum per Tahun	Rp 3,500 / USD 230	Rp 2,500 / USD 160	Rp 2,000 / USD 130	Rp 1,500 / USD 100

Plan Titanium

Jenis Manfaat	Keterangan	Nilai Manfaat (Rp '000' / USD)			
Plan		Titanium 1	Titanium 2	Titanium 3	Titanium 4
Wilayah Pertanggunggaan		Seluruh Dunia	Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat	Asia	Asia kecuali Singapura, Jepang dan Hongkong
Manfaat Maksimum	per Tahun	Rp 60,000,000 / USD 4,000,000	Rp 50,000,000 / USD 3,300,000	Rp 30,000,000 / USD 2,000,000	Rp 20,000,000 / USD 1,300,000
Di Luar Wilayah Pertanggunggaan	per Tahun	Rawat Inap Darurat akibat Kecelakaan dan Sakit (Perawatan dijalankan dengan jumlah akumulasi 90 hari Di Luar Wilayah Pertanggunggaan)			
Besar Penggantian Biaya		Wajar & Umum			
Rawat Inap & Rawat Harian (termasuk bedah, konsultasi, transplantasi organ, barang habis pakai, implantasi bedah, dll)					
Biaya Kamar Perawatan	365 hari per Tahun	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp 15,000 / USD 1,000 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp 10,000 / USD 650 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp 3,000 / USD 200 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp 2,000 / USD 130 (mana yang lebih tinggi)
	<p>Catatan:</p> <p>Dalam hal harga Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas lebih tinggi dari harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas, maka harga Kamar Perawatan yang digunakan adalah harga terendah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas.</p> <p>Dalam hal harga Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas lebih rendah dari harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas, maka harga Kamar Perawatan yang digunakan adalah harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas.</p>				
Biaya Perawatan Intensif	365 hari per Tahun	Sesuai Tagihan			
Biaya Tindakan Bedah	Maksimum per Tahun				
Biaya Kunjungan Dokter Umum	Maksimum 2 kunjungan per hari				
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Maksimum 2 kunjungan per hari per tipe spesialisasi				



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health



Biaya Aneka Perawatan	Maksimum per Tahun	Sesuai Tagihan			
Biaya Bedah Implan & Prostesis	Maksimum per Tahun				
Biaya Donor Pihak Ketiga	Maksimum per Tahun Transplantasi organ penting (jantung, paru-paru, hati, ginjal, pankreas & sumsum tulang belakang)				
Biaya Bedah Rekonstruksi	Maksimum per Tahun				
HIV/AIDS	Maksimum per Tertanggung Setelah melewati Masa Tunggu 12 bulan	Rp 50,000 / USD 3,300			
Biaya Perawatan Paliatif	Maksimum per Tertanggung	Rp 300,000 / USD 20,000			
Biaya Akomodasi Pendamping	Maksimum per hari Maksimum 100 hari per Tahun	Rp 1,500 / USD 100			
Manfaat Tunai (apabila tidak ada pengajuan klaim ke Penanggung)	Maksimum per hari Maksimum 100 hari per Tahun	Rp 5,000 / USD 330	Rp 4,000 / USD 260	Rp 3,000 / USD 200	Rp 2,000 / USD 130
Rawat Jalan (berhubungan dengan Rawat Inap)					
Biaya Tes Laboratorium & Diagnosis Scan	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap	Sesuai Tagihan			
Perawatan Sebelum Rawat Inap	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum Rawat Inap				
Perawatan Setelah Rawat Inap	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap				
Pengobatan Tradisional Tiongkok (<i>chiropractic</i> , akupunktur)	Maksimum per Tahun Maksimum 1 Kunjungan per hari dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap	Rp 35,000 / USD 2,300	Rp 30,000 / USD 2,000	Rp 20,000 / USD 1,300	Rp 15,000 / USD 1,000
Perawatan Cuci Darah (Dialisa)	Maksimum per Tahun	Sesuai Tagihan			
Perawatan Kanker (Kemoterapi, Radioterapi, Target Terapi, Imunoterapi, Terapi Hormon)	Maksimum per Tahun				
Fisioterapi	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari				



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health



	sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap	Sesuai Tagihan			
Rawat Harian (termasuk Tindakan Bedah yang Diterima Sebagai Rawat Jalan, tes lab, diagnostic dan biaya pengobatan lainnya)	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Harian				
Manfaat Lain					
Biaya Perawat di Rumah	Maksimum per hari Maksimum 180 hari per Tahun	Sesuai Tagihan			
Rawat Jalan atas Penyakit Kronis (bukan merupakan <i>pre-existing conditions</i>)	Maksimum per Tahun	Rp 2,500 / USD 160	Rp 2,000 / USD 130	Rp 1,250 / USD 80	Rp 1,000 / USD 65
Transportasi Ambulan	Maksimum per Tahun	Sesuai Tagihan			
Rawat Jalan Gigi karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Perawatan dilakukan dalam waktu 48 jam setelah Kecelakaan				
Rawat Jalan karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Perawatan dilakukan dalam waktu 48 jam setelah Kecelakaan				
Rawat Jalan Lanjutan karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Maksimum 2 Kunjungan per Kecelakaan dalam waktu 2 minggu setelah Kecelakaan				
Perawatan untuk Efek Samping Kemoterapi dan/atau Radioterapi	Maksimum per Tahun	Rp 10,000 / USD 670	Rp 7,500 / USD 500	Rp 5,000 / USD 330	Rp 4,000 / USD 260
Komplikasi Sebelum dan Sesudah Kelahiran	Maksimum per Tahun setelah melewati Masa Tunggu 9 bulan	Rp 50,000 / USD 3,300	Rp 40,000 / USD 2,600	Rp 30,000 / USD 2,000	Rp 20,000 / USD 1.300
Akomodasi Bayi Baru Lahir	Maksimum per hari setelah melewati Masa Tunggu 9 bulan	Rp 25,000 / USD 1,600	Rp 20,000 / USD 1,300	Rp 15,000 / USD 1,000	Rp 10,000 / USD 670
Manfaat Kematian	Maksimum per Tertanggung	Rp 50,000 / USD 3,300			
Rawat Jalan					
Manfaat Maksimum untuk Tertanggung berusia 16 tahun keatas	per Tahun	Rp 60,000 / USD 4,000	Rp 50,000 / USD 3,300	Rp 40,000 / USD 2,600	Rp 30,000 / USD 2,000



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health



Manfaat Maksimum untuk Tertanggung berusia 15 tahun kebawah	per Tahun	Rp 10,000 / USD 650			
Dokter Umum & Dokter Spesialis	Maksimum 15 kunjungan pertahun	Sesuai Tagihan			
Manfaat biaya lain-lain (Obat-obatan, tes lab, administrasi dll)					
Vaksin untuk anak	per Tahun	Rp 5,000 / USD 330	Rp 3,000 / USD 200	Rp 2,000 / USD 130	Rp 1,500 / USD 100



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health



KEWAJIBAN ANDA SEBAGAI PEMEGANG POLIS

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. Melakukan pembayaran Premi Berkala sebelum Tanggal Jatuh Tempo.

CARA PENGAJUAN KLAIM

1. Prosedur Klaim

Pengajuan klaim dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1.1. Fasilitas *Cashless*

1.1.1 Penggunaan Fasilitas *Cashless*

- a) Fasilitas *Cashless* mulai berlaku sejak Tanggal Berlakunya Polis atau tanggal perubahan Polis (mana yang lebih akhir) dan hanya dapat digunakan oleh Tertanggung dengan menunjukkan Kartu Peserta dan Kartu Identitas.
- b) Fasilitas *Cashless* dapat digunakan setelah Penanggung menerbitkan Surat Jaminan Rawat Inap sesuai manfaat Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis kepada Rumah Sakit atau Klinik Rekanan.
- c) Penanggung mempunyai hak untuk tidak menerbitkan atau membatalkan Surat Jaminan sesuai Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis apabila Perawatan medis yang dijalani Tertanggung tidak sesuai dengan Ketentuan Khusus ini dan dalam hal tersebut maka Pemegang Polis dapat mengajukan klaim melalui fasilitas Penggantian Biaya (*reimbursement*).
- d) Pembayaran biaya sesuai Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis ke Rumah Sakit atau Klinik Rekanan melalui Fasilitas *Cashless*:

- (i) Tidak menghapus hak Penanggung menyanggah kebenaran Polis termasuk untuk melakukan analisis atas klaim dan/atau melakukan seleksi ulang terhadap Polis Asuransi Tambahan sebagaimana diatur pada Ketentuan Khusus.
- (ii) Bukan merupakan bentuk persetujuan Penanggung atas klaim yang diajukan. Persetujuan klaim yang diajukan akan disampaikan kemudian oleh Penanggung dalam bentuk tertulis.

1.1.2 Kewajiban Pemegang Polis

- a) Pemegang Polis dan/atau Tertanggung bertanggung jawab untuk melunasi semua kerugian akibat penggunaan Kartu Peserta yang tidak seharusnya, termasuk namun tidak terbatas pada penggunaan Kartu Peserta oleh pihak selain Tertanggung.
- b) Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib untuk membayar Kelebihan Klaim dan/atau Kelebihan Biaya (jika ada).
- c) Pelunasan atas Kelebihan Klaim selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal pemberitahuan Kelebihan Klaim kepada Pemegang Polis.

1.1.3 Kelebihan Biaya dan Kelebihan Klaim

- a) Apabila kelas kamar yang sesuai dengan Surat Jaminan Rawat Inap tidak tersedia pada Rumah Sakit Rekanan maka Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib membayar setiap Kelebihan Biaya yang timbul sesuai Faktor Pro Rata.
- b) 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.
- c) Setiap penolakan atas klaim yang diajukan akan menjadi Kelebihan Klaim dan wajib dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung.

1.1.4 Berakhirnya Fasilitas *Cashless*

- a) Terdapat penggunaan Kartu Peserta sesuai dengan Pasal 5 ayat 1.1.1 butir a) di atas; atau
- b) 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.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



- c) Terdapat Kelebihan Klaim yang belum dibayarkan seluruhnya oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sebagaimana diatur dalam Pasal 5 ayat 1.1.2.
- 1.2. Klaim Penggantian (*Reimbursement*)
Apabila metode penagihan langsung tidak dapat dilakukan atau apabila Perawatan Rawat Inap dan Rawat Harian terhadap Tertanggung dilakukan di Rumah Sakit diluar Rumah Sakit Rekanan, maka Pemegang Polis/Tertanggung dapat mengajukan klaim penggantian (*reimbursement*), dengan melengkapi dokumen-dokumen yang dipersyaratkan sesuai dengan ketentuan pada Polis ini pasal 5 ayat 2.
- 1.3. Fasilitas Penagihan Langsung
- 1.3.1 Pemegang Polis/Tertanggung dapat menikmati manfaat dari fasilitas penagihan langsung untuk Perawatan Rawat Inap dan Rawat Harian yang memenuhi syarat Penanggung di dalam Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Pertanggung sesuai Plan yang dipilih dan setiap permintaan untuk penagihan langsung ini harus dengan persetujuan terlebih dahulu (pra-otorisasi) dari Penanggung.
- 1.3.2 Pemegang Polis/Tertanggung harus menggunakan Rumah Sakit yang tercatat dalam Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Pertanggung sesuai Plan yang dipilih, kecuali dalam hal keadaan Darurat di mana hal ini tidak memungkinkan. Jika Pemegang Polis/Tertanggung memutuskan untuk menggunakan Rumah Sakit yang tidak tercantum pada Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Pertanggung sesuai Plan yang dipilih, Pemegang Polis/Tertanggung wajib untuk membayar terlebih dahulu atas seluruh biaya Perawatan dan selanjutnya Pemegang Polis/Tertanggung mengajukan penggantian biaya Perawatan (*reimbursement*) yang memenuhi syarat kepada Penanggung.
- 1.4. Persetujuan Terlebih Dahulu/Pra-Otorisasi
- 1.4.1 Sebelum menerima Perawatan Rawat Inap atau Rawat Harian sebagaimana dianjurkan oleh Praktisi Medis Tertanggung maka Pemegang Polis/Tertanggung atau Rumah Sakit yang akan merawat harus menghubungi Penanggung sebelum memulai Perawatan yang direncanakan tersebut, untuk mendapatkan persetujuan Penanggung. Untuk memperlancar proses penagihan langsung, adapun ketentuannya sebagai berikut:
- a. Tertanggung harus memberi tahu Penanggung sebelum Perawatan dilakukan. Idealnya, Penanggung harus diinformasikan sebelum Perawatan yang direncanakan dimulai.
- b. Keuntungan dari mendapatkan persetujuan terlebih dahulu dari Penanggung adalah:
- (i) melindungi Tertanggung dari biaya-biaya yang tidak terduga, dan/atau
- (ii) jika Tertanggung menginginkan Penanggung untuk menangani penagihan langsung untuk Rawat Inap atau Rawat Harian untuk Tertanggung terhadap Kondisi Medis yang memenuhi syarat.
- c. Jika Perawatan ini adalah untuk Kondisi Medis yang memenuhi syarat dan Penanggung telah memberikan persetujuan terlebih dahulu, Penanggung akan mengeluarkan Surat Jaminan atau *Letter of Guaranteed* (LoG) ke Rumah Sakit atas nama Tertanggung. Biaya yang muncul namun tidak berhubungan dengan Perawatan akan ditanggung oleh Pemegang Polis/Tertanggung pada saat keluar dari Rumah Sakit.
- d. Tertanggung/Pemegang Polis harus membawa Kartu Peserta dan menunjukkan kartu kepada petugas administrasi di Rumah Sakit yang merupakan bagian dari Rumah Sakit Rekanan untuk Perawatan Rawat Inap atau Rawat Harian untuk Kondisi Medis yang memenuhi syarat.
- e. Apabila Kondisi Medis tidak memenuhi syarat untuk dilakukan Rawat Inap atau Rawat Harian dengan persetujuan terlebih dahulu (pra-otorisasi), maka disarankan agar Perawatan tersebut menggunakan metode pembayaran lebih dahulu oleh Pemegang Polis/Tertanggung dan di kemudian hari mengajukan klaim penggantian (*reimbursement*) kepada Penanggung dengan mengacu pada Pasal 5 ayat 2 dibawah.
- 1.4.2 Penanggung memberikan persetujuan terlebih dahulu untuk Perawatan yang direncanakan kepada Pemegang Polis/Tertanggung adalah agar Pemegang Polis/Tertanggung terhindar dari biaya-biaya yang tidak terduga. Saat memberikan konfirmasi pertanggung dalam hal ini, Penanggung akan memberikan konfirmasi mengenai hal-hal berikut ini:
- a. Perawatan yang direncanakan itu memenuhi syarat berdasarkan Ketentuan Khusus ini;
- b. Perawatan yang direncanakan itu Diperlukan Secara Medis;
- c. Perawatan yang direncanakan itu dalam batas biaya yang Wajar dan Umum; dan



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health



- d. Perawatan yang direncanakan itu masuk dalam batas manfaat yang masih ada dari Plan Tertanggung.
- 1.4.3 Pemegang Polis/Tertanggung perlu mendapat persetujuan pra-otorisasi tertulis terlebih dahulu dari Penanggung untuk Perawatan dan pelayanan berikut ini:
- a. Rawat Inap dan Rawat Harian
 - (i) Semua layanan untuk Rawat Inap atau Rawat Harian.
 - (ii) Semua layanan yang tidak termasuk Darurat untuk pemeriksaan, diagnosa, Perawatan, bedah dan layanan medis lainnya.
 - (iii) Layanan Perawatan khusus di Rumah Sakit
 - (iv) Layanan Perawatan di rumah setelah keluar dari Rumah Sakit yang dilakukan oleh Perawat.
 - b. Rawat Jalan
Layanan yang tidak termasuk gawat Darurat.
- 1.4.4 Apabila tidak ada persetujuan terlebih dahulu hal ini bisa berakibat Penanggung tidak dapat membayar seluruh atau sebagian dari klaim yang diajukan. Dalam hal Penanggung diwajibkan untuk membayar suatu bagian pengeluaran yang tidak termasuk dalam konfirmasi Perawatan Penanggung, maka Penanggung akan meminta pengembalian pembayaran tersebut dari Pemegang Polis. Biaya-biaya yang dikeluarkan yang tidak berkaitan langsung dengan Perawatan akan ditanggung oleh Pemegang Polis.
- 1.5. Perawatan Darurat
- a. Jika Perawatan itu membutuhkan penanganan Darurat di Rumah Sakit, dimana Pemegang Polis/Tertanggung tidak sempat menghubungi Penanggung terlebih dahulu, Pemegang Polis/Tertanggung dapat meminta bantuan seseorang untuk menghubungi Penanggung sesegera mungkin dan memastikan, saat Tertanggung sudah masuk Rumah Sakit, pihak Rumah Sakit telah menerima Kartu Peserta dan kartu identitas diri agar Rumah Sakit dapat langsung menghubungi Penanggung.
 - b. Untuk Perawatan Rawat Inap Darurat di Rumah Sakit di luar Indonesia yang merupakan bagian dari Rumah Sakit Rekanan, silakan hubungi Hotline Claim dan Darurat 24 jam untuk bantuan segera. Untuk Perawatan Rawat Inap Darurat di Rumah Sakit di Indonesia yang bukan merupakan bagian dari Rumah Sakit Rekanan, untuk lebih jelasnya silakan merujuk pada Pasal 5 ayat 2.

Perlu diketahui: Dalam situasi jika Penanggung berkewajiban untuk membayar bagian tertentu yang tidak dipertanggungjawabkan dalam Polis Asuransi Tambahan, maka Penanggung memiliki hak untuk menagihkan biaya tersebut kepada Pemegang Polis.

1.6. Subrogasi/Koordinasi Manfaat

- 1.6.1. Pemegang Polis harus memberitahukan kepada Penanggung dalam formulir klaim jika Pemegang Polis menganggap ada suatu biaya yang dapat diklaim kepada pihak lain atau berdasarkan Polis dari perusahaan asuransi lain atau berdasarkan sumber lain. Dalam hal tersebut, maka:
- a. Apabila ada Polis dari perusahaan asuransi lain yang terlibat dan asuransi lain tersebut sudah membayarkan klaim kesehatan tersebut dan klaim tersebut memenuhi syarat dalam Polis Asuransi Tambahan ini, maka Penanggung hanya membayar bagian yang menjadi tanggungan Penanggung saja; atau
 - b. Apabila terdapat manfaat yang diklaim mengenai pertanggungan Perawatan atau Kondisi Medis yang disebabkan oleh orang lain (selanjutnya disebut " Pihak Ketiga"), Penanggung hanya akan membayar manfaat kepada Tertanggung sesuai dengan nilai pertanggungan kepada Tertanggung berdasarkan Polis Asuransi Tambahan ini. Jika klaim tersebut juga dipertanggungjawabkan pada Polis dari perusahaan asuransi lain, maka Penanggung hanya akan membayar manfaat yang menjadi bagian Penanggung. Disisi lain, Penanggung dimungkinkan untuk dapat menagih jumlah manfaat yang dibayarkan tersebut kepada Pihak Ketiga yang bertanggung jawab menyebabkan terjadinya klaim. Dalam hal terjadi klaim seperti disebutkan di atas, maka akan berlaku ketentuan sebagai berikut:
 - (i) Pemegang Polis/Tertanggung harus sesegera mungkin memberitahukan Penanggung bahwa Perawatan atau Kondisi Medis tersebut disebabkan oleh atau merupakan kesalahan dari Pihak Ketiga. Penanggung akan mengirimkan formulir kepada Pemegang Polis untuk mengisi keterangan dan penjelasan tertulis secara lengkap;
 - (ii) Pemegang Polis/Tertanggung wajib untuk beritikad baik untuk terlebih dahulu mengajukan klaim kepada Pihak Ketiga jika merupakan kesalahan dari Pihak Ketiga. Pemegang Polis/Tertanggung wajib untuk memastikan bahwa uang penggantian dapat ditagihkan kepada Pihak Ketiga dan



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



dibayarkan kembali kepada Penanggung sampai dengan jumlah manfaat yang telah Penanggung bayarkan kepada Pemegang Polis/Tertanggung. Dalam hal ini, Pemegang Polis/Tertanggung akan ditindaklanjuti dengan penandatanganan pernyataan tertulis; dan

(iii) Apabila Pemegang Polis/Tertanggung tidak membayar kepada Penanggung sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pihak Ketiga tersebut hingga sebesar manfaat-manfaat tersebut (termasuk setiap bunga), maka Penanggung berhak untuk menagih pembayaran tersebut kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.

1.6.2. Ketentuan Khusus ini tidak akan memberikan kompensasi selain secara proporsional atau manfaat tunai jika Pemegang Polis/Tertanggung memiliki asuransi lain yang berlaku atau berhak untuk ganti rugi dari sumber lain sehubungan Kondisi Medis yang sama.

1.6.3. Penanggung memiliki hak penuh subrogasi/koordinasi manfaat dan dapat mengambil tindakan atas nama Tertanggung, untuk menagihkan jumlah setiap pembayaran yang dilakukan di dalam Polis Asuransi Tambahan ini dan/atau untuk mengamankan ganti rugi dari pihak ketiga.

1.7 Mekanisme Pembayaran Klaim

- a. Untuk mekanisme pembayaran klaim berdasarkan ayat 1.1 Fasilitas *Cashless*, ayat 1.3 Fasilitas Penagihan Langsung dan ayat 1.4 Persetujuan Terlebih Dahulu/Pra-Otorisasi dimana Perawatan dilakukan di Rumah Sakit Rekanan, maka pembayaran klaim akan dibayarkan ke Rumah Sakit dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja setelah klaim disetujui oleh Penanggung.
- b. Untuk mekanisme pembayaran melalui Klaim Penggantian (*reimbursement*), termasuk Perawatan yang dilakukan di Rumah Sakit diluar Rumah Sakit Rekanan, maka pembayaran klaim akan dibayarkan kepada Pemegang Polis/Tertanggung dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja setelah klaim disetujui oleh Penanggung.

2. Dokumentasi

Pemegang Polis/Tertanggung dapat mengunjungi situs Penanggung di www.axa.co.id untuk mendapat formulir klaim yang dapat dicetak atau dapat menghubungi petugas yang siap membantu Pemegang Polis/Tertanggung di nomor yang tertera dibalik Kartu Peserta.

2.1. Klaim Rawat Jalan yang terkait dengan Rawat Inap (Perawatan sebelum dan sesudah Rawat Inap)

Pemegang Polis/Tertanggung harus dengan segera mengajukan formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani disertai dan dilengkapi dengan kuitansi asli dengan perinciannya – jenis layanan, hasil diagnosa Praktisi Medis, salinan biaya dari setiap layanan yang diberikan dan salinan Resep dokter apabila sudah membeli obat. Klaim diajukan untuk setiap Kunjungan yang dilakukan termasuk Kunjungan ke Praktisi Medis, Rumah Sakit, Klinik, farmasi, Klinik diagnosa atau tempat lain yang memberi layanan kesehatan.

2.2. Klaim Rawat Inap atau Rawat Harian (di luar jaringan tagihan langsung Penanggung)

Pemegang Polis/Tertanggung harus membawa formulir klaim (dapat juga diperoleh di situs Penanggung) dan pastikan formulir sudah diisi dan ditandatangani oleh Pemegang Polis/Tertanggung sendiri dan Praktisi Medis yang merawat Tertanggung dan selanjutnya dikirimkan kepada Penanggung sesegera mungkin, disertai seluruh informasi yang dibutuhkan oleh Penanggung (hanya tagihan-tagihan dengan dokumen asli beserta kuitansinya dapat diterima bersama klaim Pemegang Polis/ Tertanggung). 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.

2.3. Klaim Manfaat Tunai

Pemegang Polis/Tertanggung diwajibkan untuk mengisi formulir klaim (dapat juga diperoleh di situs Penanggung), disertai seluruh informasi yang dibutuhkan oleh Penanggung (salinan tagihan-tagihan beserta kuitansinya). Yang dimaksud dengan dokumen yang dibutuhkan Penanggung adalah sebagai berikut:

2.3.1 Nasabah Asuransi Lain: salinan tagihan-tagihan beserta kuitansi yang dilegalisir dan salinan persetujuan pembayaran klaim dari asuransi lain.

2.3.2 Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan): Surat Keterangan dari BPJS Kesehatan bahwa Perawatan telah dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan.

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.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Asuransi Tambahan Easy Health



- 2.4. Dokumen-dokumen klaim yang harus dilengkapi untuk pengajuan klaim adalah sebagai berikut:
 - a. Formulir klaim asli/original yang sudah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Tertanggung dan Praktisi Medis yang melakukan Perawatan;
 - b. Segala bukti pembayaran (kuitansi) asli/original (bukan copy/duplikat, yang hanya dikeluarkan satu kali) dan semua rincian tagihan asli/original atau fotokopi yang telah dilegalisir, yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit
 - c. Salinan inteRp retasi (hasil baca) atas hasil pemeriksaan penunjang, laporan pasien pulang (*discharge summary*) dan *resume* medis;
 - d. Surat Kuasa, fotokopi identitas (KTP dan Paspor), KITAS/KITAP untuk warga negara asing;
 - e. Surat pernyataan pembayaran klaim dari asuransi pertama asli/original dilengkapi dengan total biaya yang ditanggung beserta perinciannya, jenis manfaat yang ditanggung dan tidak ditanggung, beserta alasannya apabila terdapat jenis manfaat yang tidak ditanggung (khusus untuk subrogasi atau koordinasi manfaat); dan
 - f. Setiap dokumen atau informasi lain yang diperlukan oleh Penanggung. Tertanggung/Pemegang Polis bersedia untuk menanggung seluruh biaya yang mungkin akan timbul terkait dengan dokumen-dokumen tersebut.
 - g. Untuk dokumen dalam Bahasa selain Indonesia atau Inggris wajib menyertakan translasinya dalam Bahasa Indonesia atau Inggris yang dibuat oleh penerjemah tersumpah.
- 2.5. Jika dianggap perlu maka Penanggung dapat meminta keterangan medis langsung kepada Praktisi Medis. Apabila Praktisi Medis yang bersangkutan tidak segera menanggapi permintaan tersebut maka klaim Pemegang Polis/Tertanggung dapat tertunda. Penanggung tidak akan melakukan pembayaran apapun untuk memperoleh keterangan/laporan medis apapun.
- 2.6. Untuk Perawatan dimana Pemegang Polis/Tertanggung harus mendapat persetujuan terlebih dahulu dari Penanggung, persetujuan itu harus diterima secara tertulis sebelum Perawatan dimulai. Salinan dari persetujuan itu harus disertakan dalam klaim Pemegang Polis berikutnya.
- 2.7. Apabila Tertanggung sudah dipertanggungkan oleh asuransi lain dan sudah mengajukan klaim namun tidak mendapatkan penggantian penuh dari asuransi lain tersebut maka Tertanggung dapat mengajukan sisa jumlah klaim yang tidak dibayarkan tersebut kepada Penanggung dengan ketentuan klaim yang diajukan sesuai dengan Plan Tertanggung dan mengacu kepada syarat dan ketentuan Polis Asuransi Tambahan ini.
- 2.8. Proses klaim akan dimulai apabila dokumen lengkap sudah diterima oleh Penanggung.
3. Pemberitahuan
 - 3.1. Untuk klaim-klaim penggantian biaya, Penanggung hanya mempertimbangkan klaim-klaim yang diajukan dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari sejak Tertanggung keluar dari Rumah Sakit. Penanggung berhak untuk meminta informasi tambahan untuk mendukung klaim.
 - 3.2. Dalam hal permintaan informasi tambahan untuk mendukung klaim, Pemegang Polis/Tertanggung diwajibkan melengkapi dokumen yang diminta Penanggung maksimum 60 (enam puluh) hari sejak tanggal surat permintaan yang dikirimkan oleh Penanggung. Apabila tidak dikirimkan sesuai dengan jangka waktu yang ditentukan, maka proses klaim akan dihentikan dan Penanggung akan mengembalikan seluruh dokumen kepada Pemegang Polis/Tertanggung.
 - 3.3. Setiap dokumen yang berhubungan dengan permohonan klaim termasuk tagihan, kuitansi dan lainnya bersama dengan formulir klaim yang telah diisi lengkap dapat dapat dikirimkan ke alamat di bawah ini sesuai dengan ketentuan waktu yang telah disebutkan dalam pasal ini:
PT AXA Financial Indonesia, Departemen Klaim, AXA Tower Lantai 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.
 - 3.4. Kegagalan untuk memberitahukan dalam waktu yang telah ditentukan dalam Ketentuan Khusus tidak akan membatalkan klaim apabila tidak dimungkinkan memberikan pemberitahuan tersebut sesegera mungkin
4. Kondisi Klaim Khusus
 - 4.1. Apabila Tertanggung diketahui tidak jujur dan/atau memberikan keterangan yang tidak benar, tidak sesuai dan/atau tidak sama dalam pengajuan suatu klaim, maka Penanggung berhak untuk tidak membayarkan manfaat apapun, atau apabila Penanggung telah membayarkan suatu manfaat dan ternyata dikemudian hari diketahui adanya ketidakjujuran maka Penanggung berhak untuk menarik kembali manfaat yang sudah diberikan kepada Tertanggung, atau mengakhiri Polis Tertanggung (sesuai yang dinyatakan pada Pasal 4 ayat 1)
 - 4.2. Pembayaran suatu klaim tidak membebaskan Pemegang Polis/Tertanggung dari kewajiban untuk memenuhi semua syarat dan ketentuan Polis Asuransi Tambahan ini.
Penanggung tidak wajib untuk membayarkan semua biaya yang berkelanjutan, atau Perawatan sejenisnya, meskipun Penanggung sebelumnya telah membayarkan klaim atas Perawatan yang sama atau sejenis, apabila dikemudian hari diketahui bahwa klaim atas Perawatan tersebut tidak memenuhi ketentuan Polis Asuransi Tambahan ini.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health



4.3. Jika Penanggung menyatakan suatu biaya atau pengeluaran tidak ditanggung dalam asuransi ini termasuk yang terkait dengan alasan apapun yang terdapat dalam Pasal 3, maka apabila ada pembuktian dari kebalikan atas keterangan tersebut akan dibebankan kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.

Sebagai catatan, jika Pemegang Polis/Tertanggung mengajukan suatu klaim yang tidak jujur dan/atau tidak benar baik disengaja atau tidak disengaja, maka Penanggung berhak untuk tidak membayar manfaat, atau apabila Penanggung terlanjur membayar manfaat sebelum Penanggung mengetahui ketidakjujuran dan ketidakbenaran itu, maka Penanggung berhak untuk menagih kembali manfaat itu kepada Pemegang Polis/Tertanggung, atau mengakhiri Polis Asuransi Tambahan ini tanpa pengembalian Biaya Asuransi Tambahan kepada Pemegang Polis (sebagaimana disebutkan dalam Pasal 4 ayat 2).

Apabila terdapat hal-hal dan/atau keterangan yang bertentangan dan/atau tidak sesuai dan/atau berbeda dengan dokumen klaim yang diajukan, maka Penanggung berhak untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dari Pemegang Polis/Tertanggung. Atas hal tersebut, Penanggung mempunyai hak untuk melakukan investigasi termasuk untuk melakukan pemeriksaan ulang atas diri Tertanggung pada Praktisi Medis atau laboratorium yang ditunjuk oleh Penanggung.

DISCLAIMER (PENTING UNTUK DIBACA)

1. Produk asuransi ini telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK).
2. PT AXA Financial Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).
3. Informasi yang tercantum pada Ringkasan Informasi Produk dan/atau 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/kecualian Asuransi Tambahan Easy Health dijelaskan secara rinci dan lengkap dalam Polis yang akan dikirimkan kepada Anda setelah permohonan pengajuan asuransi jiwa 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 dilihat dalam RIPLAY Umum, RIPLAY Personal dan Proposal Produk.
7. Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah termasuk komisi bagi tenaga pemasar.

CATATAN PENTING

1. PT AXA Financial Indonesia dapat menolak permohonan produk Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan berhak bertanya kepada tenaga pemasar atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.

Tanggal Cetak Dokumen: 12 April 2021