



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



Penanggung	PT AXA Financial Indonesia
Nama Produk	Maestro Optima Care
Jenis Produk	Asuransi Kesehatan
Mata Uang	Rupiah

Tentang Produk

Merupakan produk Asuransi Kesehatan perorangan yang memberikan manfaat penggantian biaya perawatan dengan pembayaran Premi dimana Premi yang dibayarkan setiap tahun dapat berubah menyesuaikan usia Tertanggung. Pemegang Polis dapat memilih 7 (tujuh) jenis Plan dari Maestro Optima Care yang terdiri dari Diamond, Ruby, Ruby Blue, Emerald, Emerald Blue, Opal dan Opal Blue. Masing-masing Plan memiliki fitur serta manfaat yang berbeda-beda dan dapat disesuaikan dengan kebutuhan Pemegang Polis.

Seorang Tertanggung hanya dapat ditanggung atas satu jenis Plan. Apabila Tertanggung memiliki lebih dari 1 (satu) Plan, maka yang diakui oleh Penanggung adalah Plan yang pertama kali dibeli, sedangkan Plan yang lain akan dibatalkan.

FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN

- **Usia Masuk** : Tertanggung berusia 15 hari (sudah keluar dari Rumah Sakit dan diserahkan ke orang tua) – 80 tahun
- **Masa Pertanggungan dan Masa Pembayaran Premi** : 1 tahun dan dapat diperpanjang sampai dengan sampai dengan usia 99 tahun
- **Plan** : Diamond, Ruby, Ruby Blue, Emerald, Emerald Blue, Opal dan Opal Blue
- **Manfaat Tahunan** : Rp5.000.000.000 sampai dengan Rp50.000.000.000
- **Premi** : Mulai dari Rp3.567.000 per tahun
- **Frekuensi Pembayaran Premi** : Bulanan, kuartalan, semesteran dan tahunan

APA SAJA MANFAAT ASURANSI YANG AKAN DI DAPAT MELALUI PRODUK MAESTRO OPTIMA CARE?

1. Asuransi Maestro Optima Care menanggung biaya Perawatan Tertanggung terkait dengan keperluan medis yang dilakukan oleh Praktisi Medis. Besarnya biaya yang dipertanggungkan adalah hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku sesuai dengan Plan Tertanggung dan dilakukan di dalam Wilayah Pertanggungan.

2. **Keseluruhan dari manfaat**

Lihat Tabel Manfaat untuk informasi lebih lanjut mengenai ketersediaan dan besarnya manfaat Plan Pemegang Polis atau Tertanggung. Semua manfaat yang disebutkan dalam point 3, 4 dan 5 di bawah ini bergantung pada batas manfaat seluruhnya dan ketentuan-ketentuan berikut ini:

Manfaat	Penjelasan
Keseluruhan manfaat maksimum per Tahun	Ini adalah batas maksimum yang akan ditanggung oleh Penanggung untuk setiap Tertanggung dalam satu Tahun Polis. Semua manfaat yang dibayar selama masa Polis akan mengacu kepada jumlah manfaat maksimum tahunan. Pertanggungan tidak mencakup untuk pertanggungan di luar Wilayah yang tertera untuk Plan yang diambil kecuali apabila Tertanggung memenuhi syarat mendapat manfaat 'di luar Wilayah Pertanggungan'.
Perawatan di luar Wilayah Pertanggungan	a. Apabila asuransi Maestro Optima Care digunakan di luar Wilayah Pertanggungan maka Penanggung akan membayarkan biaya atas Perawatan Tertanggung secara proporsional sesuai dengan yang tertera di Tabel Manfaat. b. Biaya untuk Perawatan di luar Wilayah Pertanggungan yang akan dibayarkan oleh Penanggung adalah berdasarkan persentase jumlah pada Tabel Manfaat dikalikan seluruh biaya Perawatan, kecuali ditentukan lain oleh Penanggung. c. Apabila Tertanggung menjalani Perawatan di luar Wilayah Pertanggungan dan menempati kelas kamar yang lebih tinggi dan lebih mahal (<i>upgrade</i>) dari Plan yang dimiliki, maka selain



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



	akan dikenakan perhitungan Faktor Pro rata, Penanggung juga akan mengenakan persentase proporsional atas Perawatan di luar Wilayah Pertanggungan sebagaimana dimaksud pada Tabel Manfaat.
Perawatan Darurat di luar Wilayah Pertanggungan	a. Hal ini adalah menanggung Perawatan Darurat, atau Perawatan terhadap Kondisi Medis yang timbul secara tiba-tiba ketika sedang berada di luar Wilayah Pertanggungan Tertanggung, dengan syarat bahwa jumlah hari Tertanggung tinggal di luar Wilayah Pertanggungan dalam satu Tahun berlakunya Polis tidak melebihi batas maksimum hari yang terdapat dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan Pemegang Polis/Tertanggung. Jumlah hari tinggal di luar Wilayah Pertanggungan juga akan termasuk jumlah hari Perawatan. b. Penanggung dengan berdasarkan konsultasi dengan Praktisi Medis yang memberikan Perawatan, berhak untuk menentukan apa saja yang merupakan Perawatan “Darurat”. c. Manfaat ini tidak memberikan pertanggungan atas Perawatan terhadap kondisi kesehatan apapun jika ternyata Tertanggung bepergian ke luar Wilayah Pertanggungan sesuai Polis Tertanggung, untuk mendapat Perawatan (satu-satunya alasan untuk melakukan perjalanan itu atau bukan) atau untuk setiap Perawatan yang atau telah secara wajar sebelumnya diketahui, sebelum dilakukannya perjalanan tersebut. d. 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. e. Penanggung akan menghentikan pertanggungan 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 Pertanggungan sesuai dengan Plan yang dimiliki. f. Apabila Tertanggung masih menjalani Perawatan Darurat sedangkan jumlah hari sebagaimana yang disebutkan pada Tabel Manfaat telah terpakai seluruhnya, maka Penanggung akan membayarkan biaya atas Perawatan Tertanggung secara proporsional atas Perawatan di luar Wilayah Pertanggungan sesuai dengan yang tertera di Tabel Manfaat. Mohon diperhatikan bahwa semua ketentuan, kondisi, batasan dan pengecualian dalam Polis yang berlaku untuk manfaat ini adalah juga berlaku sama untuk semua manfaat lain yang terdapat dalam Polis.
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 Polis.

3. 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 Perawatan 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 pertanggungan atas biaya Rumah Sakit yang dikenakan atas Perawatan yang memenuhi syarat yang diberikan selama di Rumah Sakit seperti:

- Biaya Kamar Perawatan berdasarkan Tabel Manfaat Plan pilihan.
- 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.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



- h. 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.
- i. Biaya Perawatan onkologi termasuk radioterapi, kemoterapi, terapi target, imunoterapi, dan terapi hormon.
- j. Biaya tomografi dengan komputer, pengambilan gambar resonansi magnetik, sinar-x dan teknik-teknik pengambilan gambar medis yang terbukti lainnya.
- k. 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.
- l. Berbagai obat-obatan yang dibawa pulang sampai dengan 7 (tujuh) hari sejak tanggal kepulangan dari Rumah Sakit atau Perawatan Rawat 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 Rawat 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 Pertanggungan pada Polis (<i>upgrade</i>), Penanggung akan meminta Tertanggung untuk membayar selisih biaya kamar dan porsi biaya pengobatan lainnya sesuai dengan ketentuan mengenai faktor Pro Rata dengan mengacu pada ketentuan berikut: <u>Untuk Perawatan Di Wilayah Indonesia</u> a. Apabila upgrade Kamar Perawatan yang digunakan $\leq$ 20% (lebih kecil atau sama dengan dua puluh perseratus) dibandingkan dengan harga kamar terendah sesuai Plan, Tertanggung/Pemegang Polis harus menanggung selisih biaya Kamar Perawatan saja

dan semua biaya lainnya yang memenuhi syarat akan ditanggung oleh Penanggung dengan mengacu pada batasan manfaat. Sebagai tambahan, Tertanggung/Pemegang Polis dapat menggunakan fasilitas penagihan langsung dengan mengacu pada Ketentuan Umum Polis Pasal 16 angka 1 butir 2.

- b. Apabila upgrade Kamar Perawatan $>$ 20% (lebih besar dari dua puluh perseratus) dibandingkan dengan harga kamar terendah sesuai Plan, Tertanggung/Pemegang Polis harus menanggung selisih biaya kamar dan porsi biaya medis lainnya sesuai dengan Faktor Pro Rata. Tertanggung/Pemegang Polis tidak dapat menggunakan fasilitas penagihan langsung dan harus membayarkan semua biaya terlebih dahulu langsung ke Rumah Sakit ketika Tertanggung diperbolehkan pulang, dan di kemudian hari dapat mengajukan klaim dengan mengacu pada Ketentuan Umum Polis Pasal 16.

Untuk Perawatan Di luar Wilayah Indonesia

Tertanggung berhak atas sebuah tipe kamar di Rumah Sakit baik dengan:

- a. 1 (satu) tempat tidur untuk Plan Diamond, Ruby dan Emerald atau
- b. 2 (dua) tempat tidur untuk Plan Opal, Ruby Blue, dan Emerald Blue atau
- c. 3 (tiga) atau 4 (empat) tempat tidur untuk Plan Opal Blue

namun dengan biaya terendah pada masing-masing tipe kamar yang tersedia di Rumah Sakit tersebut. Dalam hal Tertanggung menginap di kamar dengan kelas yang ditingkatkan (*upgrade*) maka Tertanggung/Pemegang Polis harus membayar kenaikan biaya yang berkaitan dengan upgrade kamar dan kelebihan biaya lainnya yang terjadi, langsung ke Rumah Sakit ketika Tertanggung diperbolehkan pulang. Klaim yang terjadi dan diajukan kepada Penanggung dengan mengacu pada Faktor Pro Rata.

Khusus untuk Perawatan di wilayah Indonesia, apabila Kamar Perawatan yang sesuai dengan hak Tertanggung penuh atau tidak tersedia, maka Tertanggung berhak untuk mendapat kamar Perawatan lebih tinggi 1 (satu) tingkat dari haknya, selama maksimal 2 (dua) hari dan pada hari ketiga Tertanggung harus kembali menggunakan kamar



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



Perawatan sesuai manfaat Tertanggung sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat. Dalam hal, atas alasan apapun, Tertanggung tetap menggunakan kelas kamar lebih tinggi 1 (satu) tingkat dari haknya sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat, maka terhitung sejak hari ketiga dan seterusnya, Tertanggung harus membayar selisih biaya kamar atau porsi biaya Perawatan yang memenuhi syarat sesuai dengan ketentuan mengenai Faktor Pro Rata dan tetap mengacu pada Ketentuan Umum Polis Pasal 7 ayat (2) mengenai penjelasan manfaat Biaya Kamar Perawatan terkait dengan ketentuan <i>upgrade</i> kamar Perawatan di wilayah Indonesia. Khusus untuk Perawatan di luar wilayah Indonesia yang bersifat Darurat, apabila kamar Perawatan yang sesuai dengan hak Tertanggung penuh atau tidak tersedia, maka Tertanggung berhak untuk mendapat kamar Perawatan lebih tinggi 1 (satu) tingkat dari haknya, selama maksimal 2 (dua) hari dan pada hari ketiga Tertanggung harus kembali menggunakan kamar Perawatan sesuai manfaat Tertanggung sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat. Dalam hal, atas alasan apapun, Tertanggung masih menjalani Perawatan Darurat di luar Wilayah Pertanggungan dimana jumlah hari Perawatan masih dalam batasan maksimal hari Perawatan Darurat di luar Wilayah Pertanggungan dalam 1 (satu) Tahun dan Tertanggung tetap menggunakan kelas kamar lebih tinggi 1 (satu) tingkat dari haknya sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat, maka terhitung sejak hari ketiga dan seterusnya, Tertanggung harus membayar porsi biaya Perawatan yang memenuhi syarat sesuai dengan ketentuan mengenai Faktor Pro Rata dan tetap mengacu pada Ketentuan Umum Polis Pasal 7 ayat (2) mengenai penjelasan manfaat Biaya Kamar Perawatan terkait dengan ketentuan <i>upgrade</i> kamar Perawatan di luar wilayah Indonesia. Khusus untuk Perawatan di luar wilayah Indonesia yang bersifat Darurat, apabila kamar Perawatan yang sesuai dengan hak Tertanggung penuh atau tidak tersedia, maka Tertanggung berhak untuk mendapat kamar Perawatan lebih tinggi 1 (satu) tingkat dari haknya, selama maksimal 2 (dua) hari dan pada hari ketiga Tertanggung harus kembali menggunakan Kamar Perawatan sesuai manfaat	Tertanggung sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat. Dalam hal, atas alasan apapun, Tertanggung masih menjalani Perawatan Darurat di luar Wilayah Pertanggungan dimana jumlah hari Perawatan telah melewati batasan maksimal hari Perawatan Darurat di luar Wilayah Pertanggungan dalam 1 (satu) Tahun dan Tertanggung tetap menggunakan kelas kamar lebih tinggi 1 (satu) tingkat dari haknya sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat, maka terhitung sejak hari ketiga dan seterusnya, Tertanggung harus membayar porsi biaya Perawatan yang memenuhi syarat sesuai dengan ketentuan mengenai Faktor Pro Rata dan juga dikenakan persentase proporsional atas Perawatan di luar Wilayah Pertanggungan sebagaimana dimaksud pada Tabel Manfaat.
Penggantian Biaya Donor Pihak Ketiga	Penanggung HANYA akan membayarkan biaya Tindakan Bedah dan Rawat Inap untuk tindakan medis berupa transplantasi organ utama dan komplikasinya dengan ketentuan sebagai berikut: (i) Penanggung HANYA akan membayarkan biaya Tindakan Bedah dan Rawat Inap bagi penerima donor organ utama (Tertanggung) dan pemberi donor organ utama; (ii) Pemberi donor organ utama adalah Anggota keluarga Tertanggung yang hidup dan dapat dibuktikan memiliki ikatan keluarga dengan Tertanggung serta kedua pihak menyetujui bahwa penggantian biaya ini akan ditanggung dari manfaat Tertanggung; (iii) Transplantasi organ untuk 1 (satu) atau lebih organ sebagai berikut: a. Sumsum tulang manusia menggunakan <i>haemotopoietic stem cells</i> yang didahului dengan ablasi sumsum tulang total; b. Jantung, paru-paru, hati, ginjal dan pankreas yang dihasilkan dari kegagalan tahap akhir. (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); (v) Besarnya penggantian biaya hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



	berlaku untuk Plan oleh Tertanggung selama biaya kamar Perawatan atau unit perawatan intensif dibayarkan. Adapun penggantian biaya yang tidak termasuk di dalam manfaat ini meliputi: (i) Biaya Rawat Jalan untuk pemberi donor organ utama, termasuk biaya konsultasi dokter, pemeriksaan diagnostik dan pemeriksaan investigasi; (ii) Biaya pengobatan untuk komplikasi sekunder yang didiagnosa selama prosedur transplantasi, yang tidak terkait dengan prosedur itu sendiri; (iii) Biaya untuk memperoleh organ dan jaringan; (iv) Transplantasi <i>stem cell</i> lainnya.
Akomodasi Pendamping	Penanggung akan membayarkan biaya 1 (satu) orang pendamping untuk bermalam di kamar Rumah Sakit yang sama dengan Tertanggung yang dirawat sebagai pasien Rawat Inap untuk Perawatan Yang Memenuhi Syarat. Hal ini mengacu pada biaya Wajar dan Umum yang secara aktual terjadi di Rumah Sakit untuk biaya kamar, akomodasi dan biaya makan. Manfaat yang dibayarkan adalah berdasarkan manfaat dari Polis Tertanggung tersebut.
Manfaat Konsultasi Psikologis	Penanggung akan membayarkan hingga jumlah maksimum sesuai Tabel Manfaat per Tertanggung per Tahun untuk Manfaat Konsultasi Psikologis apabila dirujuk oleh Praktisi Medis yang merawat dan untuk berkonsultasi dengan seorang Konsultan Ahli Psikologis dalam kurun waktu: (i) 60 (enam puluh) hari sebelum Rawat Inap/Rawat Harian; atau (ii) Pada saat Rawat Inap/Rawat Harian; atau (iii) 90 (sembilan puluh) hari setelah lepas Rawat Inap untuk Rawat Inap atau Rawat Harian yang memenuhi syarat sesuai dengan perlindungan yang ada di dalam Polis Tertanggung. Manfaat Konsultasi Psikologis juga mencakup konsultasi psikologis yang dilaksanakan 60 (enam puluh) hari sebelum

	dan 90 (sembilan puluh) hari sesudah setiap sesi radioterapi, kemoterapi, terapi target, imunoterapi, terapi hormon, atau dialisis ginjal yang diterima sebagai Rawat Jalan untuk Perawatan Yang Memenuhi Syarat sesuai dengan perlindungan yang ada di dalam Polis Tertanggung. Klaim untuk konsultasi psikologi harus didaftarkan sesuai dengan ketentuan <i>reimbursement</i> dan akan di investigasi setelah Penanggung menentukan Rawat Inap atau Rawat Harian yang memenuhi syarat tersebut sesuai dengan program perlindungan di dalam Plan. Surat rujukan dari Praktisi Medis yang merawat harus dikirimkan bersamaan dengan formulir klaim. Manfaat Konsultasi Psikologis hanya akan membayar biaya konsultasi. Manfaat ini tidak mencakup biaya obat-obatan atau tindakan medis lainnya. Tidak ada batasan lain yang terkait dalam manfaat ini.
Manfaat tunai (hanya berlaku pada Plan Diamond, Ruby, Ruby Blue, Emerald, dan Emerald Blue)	Penanggung akan membayar manfaat tunai untuk Perawatan Rawat Inap yang memenuhi syarat hanya apabila Pemegang Polis/Tertanggung mendapat Perawatan 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 dalam Polis. Penanggung tidak akan membayarkan manfaat lain jika Penanggung telah membayar manfaat tunai.
Tagihan langsung Rawat Inap	Pemegang Polis/Tertanggung dapat menikmati fasilitas penagihan langsung tagihan Rawat Inap apabila menggunakan Rumah Sakit yang termasuk dalam Direktori Rumah Sakit Global di seluruh dunia.

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 dipertanggungjawabkan oleh Penanggung.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



4. 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.

Manfaat	Penjelasan
Diagnosa Scan (<i>Diagnostic Scan</i>) (hanya berlaku pada Plan Diamond saja)	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</i> , <i>abdomen</i> , <i>thyroid gland</i> dan <i>breast</i> , <i>mammogram</i> , <i>bone densitometry</i> , sinar-x (<i>x-rays</i>) dan <i>gait scans</i> yang diterima sebagai bagian dari Perawatan Rawat Jalan. Perawatan tersebut harus di dalam pengawasan seorang Praktisi Medis. 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>). 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.
Perawatan sebelum dan sesudah Rawat Inap di Rumah Sakit	Penanggung akan membayar semua biaya konsultasi dan/atau Perawatan yang dianggap perlu untuk menentukan apakah Tertanggung harus menjalani Perawatan di Rumah Sakit dan dilakukan 60 (enam puluh) hari sebelum Rawat Inap atau Rawat Harian. Penanggung juga akan membayarkan semua biaya yang terjadi setelah Rawat Inap sebagai lanjutan Perawatan oleh Praktisi Medis yang sama dengan pada saat Tertanggung

menjalani Rawat Inap atau Rawat Harian yang memenuhi syarat selama periode 90 (sembilan puluh) hari setelah tanggal Tertanggung keluar dari Rumah Sakit karena Rawat Inap atau Rawat Harian.

Fisioterapi, ketika:

- itu adalah bagian integral dari Perawatan setelah Rawat Inap yang ditanggung berdasarkan Plan Tertanggung; dan
- dilakukan oleh seorang Praktisi Medis yang berspesialisasi fisioterapi; dan
- dilakukan di Rumah Sakit atau unit rehabilitasi yang diakui; dan
- biaya telah disepakati sebelumnya, secara tertulis, oleh Penanggung sebelum Fisioterapi dimulai.

Jika Fisioterapi dilakukan atas saran Praktisi Medis dan merupakan bagian dari Perawatan sebelum dan sesudah Rawat Inap, Tertanggung harus menghubungi kami untuk pra-otorisasi dan surat rujukan medis akan diperlukan bersama dengan rencana Perawatan yang jelas dari ahli Fisioterapi dengan titik akhir dan hasil yang diharapkan. Perawatan tersebut harus diterima dalam jangka waktu 60 (enam puluh) hari sebelum dan 90 (sembilan puluh) hari segera setelah tanggal Tertanggung dikeluarkan dari Rawat Inap. Fisioterapi ini juga mencakup terapi wicara dan terapi okupasi.

Pengobatan Tradisional Tiongkok
(Hanya berlaku pada Plan Diamond saja)

Penanggung akan membayar biaya konsultasi lanjutan yang memenuhi syarat, obat Tiongkok yang diresepkan (kecuali vitamin, tonik, suplemen diet dan sejenisnya) dan terapi (terbatas pada akupunktur) 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.

Tertanggung berhak mendapatkan hanya 1 (satu) kali konsultasi atau tindak lanjut per hari, baik termasuk dalam "Manfaat Sesudah Rawat Inap" atau "Pengobatan Tradisional Tiongkok".



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



Radioterapi, Kemoterapi, Terapi Target, Imunoterapi, dan Terapi Hormon	Batas yang tertera berlaku terhadap Perawatan 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. Manfaat ini terbatas pada pertanggung terhadap biaya obat-obatan dan tindakan Praktisi Medis pada saat Radioterapi, Kemoterapi, Terapi Target, Imunoterapi, dan Terapi Hormon. Kanker mengacu pada tumor ganas, jaringan atau sel, ditandai dengan pertumbuhan yang tidak terkontrol dan penyebaran sel-sel ganas dan invasi jaringan.
Perawatan dialisis ginjal	Batas yang tertera berlaku terhadap Perawatan dialisis ginjal yang diterima sebagai pasien Rawat Jalan.
Tindakan Bedah yang diterima sebagai pasien Rawat Jalan	Manfaat ini menanggung setiap Tindakan Bedah yang diterima sebagai bagian dari Perawatan Rawat Jalan, biaya konsultasi Praktisi Medis, tes laboratorium atau Radiologi untuk menentukan Tindakan Bedah yang diperlukan, obat yang dibawa pulang setelah Tindakan Bedah dilakukan dengan kebutuhan 7 (tujuh) hari setelah Tindakan Bedah dilakukan serta 1 (satu) kali konsultasi pasca operasi dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal Tindakan Bedah ini dilaksanakan.

5. 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
<i>Home Nursing</i> (berlaku untuk Plan Diamond, Ruby, Ruby Blue, Emerald, dan Emerald Blue)	Manfaat ini diberikan atas biaya yang dikeluarkan untuk layanan perawat yang terdaftar dan berlisensi, baik secara penuh atau paruh waktu untuk merawat Tertanggung di dalam rumah dan area Pertanggung Tertanggung, sepanjang Diperlukan Secara Medis dan harus ditentukan oleh Praktisi Medis untuk Perawatan lanjutan sesuai dengan Kondisi Medis yang memenuhi syarat dimana sebelumnya Tertanggung dirawat di Rumah Sakit. Layanan ini diberikan hanya untuk kepentingan medis dan bukan untuk alasan domestik. 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. Pre-otorisasi wajib dilakukan untuk mendapatkan manfaat ini.
Transportasi ambulan (<i>road ambulance transport</i>)	Manfaat ini menanggung pelayanan mobil ambulan untuk transportasi Darurat yang Diperlukan Secara Medis ke atau di antara Rumah Sakit. Praktisi Medis yang merawat akan menentukan apakah ini memang diperlukan dari segi medis. Tetapi Penanggung yang pada akhirnya berhak menentukan apakah ini benar-benar penting, wajar dan diperlukan dan sesuai secara medis. (Ini bukan merupakan bagian dari layanan Bantuan Medis Gawat Darurat Internasional sebagaimana tertera berikut ini).
Bantuan Medis Gawat Darurat Internasional	a. Layanan ini tersedia di seluruh dunia bagi Tertanggung yang mengalami cedera atau tiba-tiba jatuh sakit dan perlu mendapat Perawatan segera di Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap. Layanan ini tersedia hanya dalam situasi- situasi seperti ini dan seperti berikut ini: (i) Apabila Tertanggung masuk Rumah Sakit ketika sedang berada di luar negeri (tidak berada di Negara Tempat Tinggal Utama (Domisili)) maka, apabila menurut pendapat Praktisi Medis atau dokter yang ditunjuk fasilitas medis di sana tidak



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



	sesuai atau tidak mencukupi, Tertanggung tersebut berhak untuk dievakuasi atau dipulangkan. (ii) Apabila Tertanggung masuk Rumah Sakit ketika sedang berada di Negara Tempat Tinggal Utama (Domisili) maka, apabila menurut pendapat Praktisi Medis atau dokter yang ditunjuk, fasilitas medis di Negara Tempat Tinggal Utama (Domisili) tersebut tidak sesuai atau tidak mencukupi, Tertanggung tersebut akan dievakuasi ke tempat terdekat yang memiliki fasilitas yang diperlukan. (iii) Setelah dilakukan evakuasi, sesuai dengan angka (i) atau (ii) di atas, Tertanggung bersangkutan berhak untuk dipulangkan, dengan pesawat pada jadwal penerbangan biasa kecuali apabila Penanggung setuju bahwa diperlukan alat transportasi lain, ke Negara Tempat Tinggal Utama (Domisili). Catatan penting: Tertanggung tidak dapat dipulangkan ke negara asal apabila masuk Rumah Sakit di Negara Tempat Tinggal Utama (Domisili). Evakuasi yang dilakukan akan selalu ke tempat terdekat yang memiliki fasilitas yang diperlukan. Tertanggung hanya dapat dievakuasi ke negara asal apabila Penanggung menyimpulkan bahwa, atas dasar fakta-fakta medis yang ada, negara asal tersebut merupakan tempat tujuan terdekat yang memiliki fasilitas yang diperlukan. b. Apabila Tertanggung meninggal dunia di luar negeri dan perjalanan ke luar negeri bukan secara khusus dilakukan untuk memperoleh perawatan medis Penanggung akan menanggung biaya pemulangan jenazahnya ke Negara Tempat Tinggal Utama (Domisili), atau negara asal. Ini tidak termasuk biaya pemakaman lokal atau biaya yang dikeluarkan oleh keluarga Tertanggung dalam hal melibatkan petugas pemakaman untuk mengambil jenazah dari pelabuhan atau bandara.
--	---

	Catatan penting: Mengenai layaknya Tertanggung untuk dievakuasi bukan berarti bahwa Perawatan Tertanggung bersangkutan setelah evakuasi atau pemulangannya itu akan menjadi memenuhi syarat untuk mendapat manfaat. Setiap Perawatan demikian itu akan tunduk pada ketentuan-ketentuan dan syarat-syarat dari Plan Tertanggung. Lihat ketentuan pada Polis untuk selengkapnya.
Kerusakan Gigi Akibat Kecelakaan	Dalam manfaat kerusakan gigi akibat kecelakaan, Penanggung akan menanggung Perawatan yang diperlukan segera dalam waktu 7 (tujuh) hari setelah terjadinya kerusakan gigi akibat kecelakaan pada gigi asli yang disebabkan oleh trauma eksternal, apabila Perawatan itu diberikan oleh seorang Dokter Gigi atau ahli bedah mulut. Manfaat ini hanya untuk Perawatan awal saja; manfaat ini tidak termasuk Perawatan tindak lanjut. Catatan penting: Tidak ada pertanggungan untuk Perawatan yang diperlukan akibat konsumsi makanan atau minuman atau benda-benda asing yang ada dalam makanan atau minuman tersebut.
Rawat Jalan Akibat Kecelakaan	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, asalkan Rawat Jalan dilakukan dalam waktu maksimal 48 (empat puluh delapan) jam setelah Kecelakaan terjadi.
Rawat Jalan Lanjutan Akibat Kecelakaan	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.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



	Manfaat ini hanya bisa digunakan 2 (dua) kali untuk setiap Kecelakaan. Perawatan harus dilakukan dalam kurun waktu 14 (empat belas) hari sejak Kecelakaan terjadi. Manfaat ini hanya bisa diklaim setelah manfaat “Rawat Jalan Akibat Kecelakaan” sudah diklaim terlebih dahulu.
Komplikasi pra dan pasca melahirkan (hanya berlaku pada Plan Diamond saja)	a. Manfaat ini hanya akan diberikan dan setiap klaim yang memenuhi syarat akan dibayarkan apabila Tertanggung telah ditanggung dalam Polis selama 12 (dua belas) bulan berturut-turut dalam Plan Diamond dan telah melakukan perpanjangan pada Plan tersebut untuk Tahun Polis yang akan datang. b. Mengacu kepada batasan dan pengecualian pada Polis, Penanggung akan mengganti biaya yang Wajar dan Umum yang terjadi pada Perawatan komplikasi pra dan pasca melahirkan pada: (i) Dua pihak, Tertanggung yaitu ibu dan janin hingga saat melahirkan; (ii) Satu pihak, Tertanggung yaitu ibu saja setelah melahirkan. Yang dipertanggungjawabkan dalam manfaat komplikasi pra dan pasca melahirkan adalah sebagai berikut: • Sindrom antibodi antifosfolipid (<i>antiphospholipid syndrome</i>) • <i>Cervical incompetence</i> • Kehamilan di luar kandungan (<i>Ectopic pregnancy</i>) • Diabetes gestasional (<i>Gestational diabetes</i>) • Hamil anggur (<i>Hydatidiform mole – molar pregnancy</i>) • <i>Hyperemesis gravidarum</i> • <i>Obstetric cholestasis</i> • <i>Pre-eclampsia/Eclampsia</i> • <i>Rhesus (RH) factor</i> • <i>Miscarriage requiring immediate surgical treatment</i> • <i>Post partum haemorrhage</i> • <i>Retained placental membrane</i>

	c. Dalam hal manfaat komplikasi pasca melahirkan, Penanggung hanya akan membayar Perawatan yang diterima dalam 90 (sembilan puluh) hari setelah melahirkan anak. d. Manfaat Pertanggungan ini tidak meliputi: (i) biaya persalinan anak (termasuk anak yang dikandung—atau dilahirkan meninggal) baik persalinan secara normal atau melalui operasi caesar atau persalinan dengan menggunakan alat bantu lainnya; atau (ii) komplikasi apapun yang timbul dari persalinan secara caesar yang adalah pilihan Tertanggung atau yang berhubungan dengan Tertanggung atau yang tidak Diperlukan Secara Medis; atau (iii) Perawatan Kondisi Medis apapun yang disebabkan oleh atau terjadi selama masa kehamilan sebelum persalinan atau setelah persalinan apabila kehamilan tersebut merupakan hasil dari segala bentuk pembuahan yang dibantu (<i>assisted conception</i>). Untuk informasi tambahan lainnya silakan lihat ketentuan pada Polis.
Akomodasi bayi baru lahir (hanya berlaku pada Plan Diamond, Ruby, Ruby Blue Emerald, dan Emerald Blue)	Manfaat ini membayarkan akomodasi atas bayi dengan usia kurang dari 16 (enam belas) 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 sang ibu yang merupakan Tertanggung. 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.
Layanan Pendapat Medis Kedua	Layanan Pendapat Medis Kedua memberikan kesempatan kepada Tertanggung untuk mendapatkan sebuah opini



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Maestro Optima Care



	tertulis dari Praktisi Medis terutama dokter yang ahli mengenai diagnosa penyakit tertentu dan perencanaan pengobatan bagi pasien berdasarkan data dan informasi medis yang tersedia. Silakan mengacu pada Ketentuan Khusus mengenai Layanan Pendapat Medis Kedua untuk penjelasan manfaat ini. Penanggung memiliki kebijakan secara mutlak untuk menentukan, melakukan review atau merevisi cakupan, syarat dan ketentuan, dan/atau penentuan penyedia layanan, dari waktu ke waktu. Layanan ini disediakan oleh penyedia layanan medis yang beroperasi secara mandiri dan bukan merupakan tenaga pemasar dari Penanggung. Layanan Pendapat Medis Kedua ini tidak akan mempengaruhi keputusan klaim yang sedang diajukan/dalam proses analisa/sudah terdapat keputusan klaim dari Penanggung. Hasil Pendapat Medis Kedua ini langsung diberikan ke Pemegang Polis/Tertanggung dan sepenuhnya dirahasiakan, Penanggung tidak memperoleh salinan dari hasil Layanan Pendapat Medis Kedua ini.
--	--

RISIKO DAN PENGECUALIAN

1. RISIKO INFLASI BIAYA MEDIS

Risiko yang disebabkan oleh kondisi kenaikan harga yang menyebabkan terjadinya kenaikan biaya medis. Premi Maestro Optima Care dapat naik seiring waktu akibat inflasi biaya medis (*medical inflation*).

2. PENGECUALIAN

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 Maestro Optima Care.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



TABEL MANFAAT

MANFAAT		KETERANGAN	DIAMOND	RUBY	RUBY BLUE	EMERALD	EMERALD BLUE	OPAL	OPAL BLUE
Catatan Penting: Nilai manfaat berlaku untuk setiap Tertanggung per tahun kecuali ditentukan lain dan nilai manfaat akan berkurang berdasarkan besarnya jumlah klaim yang telah disetujui dan dibayarkan oleh Penanggung kepada Tertanggung.									
Wilayah Pertanggungan			Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat	Asia dan Australia	Asia dan Australia	Indonesia dan Malaysia	Indonesia dan Malaysia	Indonesia	Indonesia
Keseluruhan Manfaat Maksimum Per Tahun	Maksimum per tahun	Rp50.000.000.000	Rp30.000.000.000	Rp25.000.000.000	Rp20.000.000.000	Rp15.000.000.000	Rp10.000.000.000	Rp5.000.000.000	
Perawatan di luar Wilayah Pertanggungan (% Biaya per Perawatan)									
Perawatan di Indonesia	Per Perawatan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Perawatan di Malaysia	Per Perawatan	100%	100%	100%	100%	100%	60%	60%	
Perawatan di Asia (kecuali Indonesia dan Malaysia) dan Australia	Per Perawatan	100%	100%	100%	30%	30%	20%	20%	
Perawatan di Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat, Asia dan Australia	Per Perawatan	100%	60%	60%	Tidak tersedia				
Perawatan Darurat di luar Wilayah Pertanggungan	Maksimum per tahun	Maksimum 90 hari Rawat Inap per Tahun di luar Wilayah Pertanggungan (apabila Perawatan melebihi dari 90 hari per Tahun maka biaya Perawatan akan mengacu kepada perhitungan secara proporsional atas Perawatan di luar Wilayah Pertanggungan yang disebutkan pada tabel di atas)							
Besar Penggantian Biaya	Per Perawatan	Biaya Wajar dan Umum (<i>Reasonable and Customary, R&C</i>)							



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



Rawat Inap & Rawat Harian (termasuk bedah, konsultasi, transplantasi organ, barang habis pakai, implantasi bedah, dll)								
Biaya Kamar Perawatan * (Berlaku Di Luar Wilayah Indonesia)	365 hari per tahun	Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 1 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam		Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 2 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam	Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 1 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam	Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 2 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam	Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 2 Tempat Tidur dan Kamar mandi dalam	Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 3 atau 4 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam
Biaya Kamar Perawatan Harian* (Berlaku Hanya Wilayah Indonesia)		Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 1 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam atau Maksimum Rp1,5 juta (mana yang lebih tinggi)	Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 1 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam atau Maksimum Rp1,2 juta (mana yang lebih tinggi)	Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 2 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam atau maksimum Rp500,000 (mana yang lebih tinggi)	Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 1 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam atau Maksimum Rp1 juta (mana yang lebih tinggi)	Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 2 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam atau Maksimum Rp500.000 (mana yang lebih tinggi)	Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 2 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam atau Maksimum Rp500.000 (mana yang lebih tinggi)	Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas 3 atau 4 Tempat Tidur dan kamar mandi dalam
Biaya Perawatan Intensif	365 hari per tahun	Sesuai Tagihan						
Biaya Tindakan Bedah	Maksimum per tahun	Sesuai Tagihan						
Biaya Kunjungan Dokter Umum	Maksimum per tahun	Sesuai Tagihan						
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Maksimum per tahun	Sesuai Tagihan						
Biaya Keperawatan, Obat-obatan, dan alat kesehatan	Maksimum per tahun	Sesuai Tagihan						
Biaya Implantasi Bedah	Maksimum per tahun	Sesuai Tagihan						
Penggantian Biaya Donor Pihak Ketiga	Maksimum per tahun Transplantasi organ penting (jantung, paru-paru, hati, ginjal, pankreas & sumsum tulang belakang)	Sesuai Tagihan						
Akomodasi Pendamping	Maksimum per malam	Maksimum Rp1.500.000 per malam						
Konsultasi Psikologis	Maksimum per tahun	Maksimum Rp3.000.000 per tahun						



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



Manfaat Tunai (apabila tidak ada klaim)	Maksimum per malam	Rp1.000.000 per malam		Tidak Termasuk
Jaringan Tagihan Langsung Rawat Inap yang Berlaku**		Direktori Rumah Sakit seluruh dunia atau sesuai Wilayah Pertanggungan		
Besar Pertanggungan		100% dari biaya Wajar dan Umum (<i>reasonable and customary, R&C</i>) sesuai manfaat Biaya Kamar Perawatan Harian		
Rawat Jalan				
Diagnosa Scan	Maksimum per tahun	Sesuai Tagihan	Tidak Termasuk	
Perawatan 60 hari sebelum dan 90 hari sesudah Rawat Inap**	Maksimum per tahun	Sesuai Tagihan		
Pengobatan Tradisional Tiongkok (<i>Traditional Chinese Medicine</i>)	Maksimum per tahun Maksimum 1 Kunjungan per hari dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap	Sesuai Tagihan (bagian dari perawatan sesudah Rawat Inap)	Tidak Termasuk	
Kemoterapi, Radioterapi, Target Terapi, Imunoterapi, Terapi Hormon	Maksimum per tahun	Sesuai Tagihan		
Perawatan Dialisis Ginjal	Maksimum per tahun	Sesuai Tagihan		
Tindakan Bedah Yang Diterima Sebagai Pasien Rawat Jalan	Maksimum per tahun Maksimum 1 Kunjungan pasca operasi dalam rentang waktu 30 hari setelah Tindakan Bedah dilakukan	Sesuai Tagihan		
Manfaat Lain				
Home Nursing (dengan pra-otorisasi terlebih dahulu)	Maksimum per tahun (dengan pra-otorisasi)	Sesuai Tagihan		Tidak Termasuk



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



Transportasi Ambulans	Maksimum pertahun	Sesuai Tagihan	
Bantuan Medis Gawat Darurat Internasional		Berlaku sesuai dengan ketentuan Bantuan Medis Gawat Darurat Internasional	
Kerusakan Gigi Akibat Kecelakaan (Biaya Perawatan Awal)	Maksimum pertahun	Sesuai Tagihan	
Rawat Jalan Akibat Kecelakaan	Maksimum pertahun	Sesuai Tagihan	
Rawat Jalan Lanjutan Akibat Kecelakaan	Maksimum pertahun dalam waktu 2 minggu setelah kecelakaan	Sesuai Tagihan	
Komplikasi Sebelum dan Sesudah Kelahiran	Maksimum pertahun	Sesuai Tagihan (tersedia setelah 12 bulan menjadi Tertanggung)	Tidak Termasuk
Akomodasi Bayi Baru Lahir	Maksimum pertahun	Sesuai Tagihan	Tidak Termasuk
Layanan Pendapat Medis Kedua (MSO)		Termasuk	

Mengenai ketentuan-ketentuan yang berlaku terhadap manfaat-manfaat ini lihat Ketentuan Umum Polis.

Catatan:

- * Kamar Perawatan yang dimaksud adalah kamar dengan harga terendah pada Rumah Sakit tersebut. Apabila *upgrade* maka akan berlaku perhitungan menggunakan Faktor Pro-rata atau batas maksimum harga kamar yang tertera sesuai Plan.
- ** Syarat dan Ketentuan berlaku.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN TERKAIT DENGAN PENGECHUALIAN

1. Pengecualian

1.1. 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:

- 1.1.1. Setiap Kondisi Medis atau komplikasi yang timbul sehubungan dengan Kondisi Medis sebagai berikut:
- a. Kanker;
 - b. Hepatitis B;
 - c. Hepatitis C;
 - d. Diabetes;
 - e. Penyakit jantung (termasuk namun tidak terbatas pada serangan jantung, gagal jantung, penyakit jantung koroner, penyakit jantung iskemik, penyakit katup jantung, aritmia jantung);
 - f. Gagal Ginjal;
 - g. Tekanan Darah Tinggi;
 - h. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (*Chronic Obstructive Pulmonary Disease*);
 - i. Sirosis Liver (*Liver Cirrhosis*)/Gagal Hati; dan/atau
 - j. Stroke

dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Berlakunya Polis.

Untuk menghindari keraguan, jika ada klaim dari salah satu Kondisi-kondisi Medis seperti yang tertera dalam point 1.1.1 (a) sampai 1.1.1 (j) selama 12 (dua belas) bulan pertama semenjak Tanggal Berlakunya Polis, maka seluruh klaim tidak dapat dibayarkan dan hal ini berarti bahwa Perawatan untuk Kondisi Medis lainnya yang merupakan bagian dari klaim yang sama tidak akan dibayarkan.

- 1.1.2. Penanggung tidak akan memberikan perlindungan dan tidak akan bertanggung jawab untuk membayar klaim atau memberikan manfaat apa pun berdasarkan Polis 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.

- 1.1.3. Perawatan atas suatu Kondisi-kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya termasuk semua jenis Perawatan dan komplikasi yang timbul dari Kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya serta Kondisi-kondisi Medis terkait kecuali apabila ditanggung berdasarkan ketentuan pada Polis.

- 1.1.4. Suatu Tindakan Bedah yang tidak ada dalam Daftar Prosedur kecuali apabila Penanggung telah menyetujui secara tertulis sebelumnya;

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

- 1.1.6. 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;

Untuk jelasnya, perlu diketahui untuk Plan Diamond:

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*).

- 1.1.7. 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;

- 1.1.8. Pengguguran kehamilan atau konsekuensi dari pengguguran itu, kecuali apabila memenuhi syarat berdasarkan manfaat komplikasi pra dan pasca kelahiran;



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



- 1.1.9. 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;
- 1.1.10. Pengobatan atau Perawatan yang berhubungan dengan impotensi atau segala konsekuensinya;
- 1.1.11. Pengobatan penyakit-penyakit yang menular secara seksual;
- 1.1.12. Ganti kelamin termasuk Perawatan yang timbul akibat atau yang secara langsung atau tidak langsung dilakukan akibat ganti kelamin;
- 1.1.13. Perawatan terhadap suatu Kondisi Medis yang timbul dengan cara apapun akibat infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) dan ARC (*AIDS Related Complex*);
- 1.1.14. Investigasi terhadap atau Perawatan obesitas (didefinisikan sebagai Indeks Massa Tubuh (BMI) sama dengan 30 atau lebih) melalui segala jenis operasi bariatrik, penggunaan pengikatan atau pengapitan lambung, menciptakan selongsong lambung atau perawatan serupa lainnya atau komplikasi apa pun yang dihasilkan dari Perawatan yang berhubungan dengan pengurangan berat badan, pemantauan atau kontrol berat badan seperti obat atau suplemen, alat bantu pelangsingan atau kelas;
- 1.1.15. Pengurangan payudara pria atau wanita, penghilangan lemak atau jaringan berlebih dari bagian tubuh apa pun diperlukan atau tidak karena alasan medis atau psikologis;
- 1.1.16. Biaya untuk mendapatkan organ-organ donor untuk bedah pencangkokan, biaya Perawatan orang yang mendonorkan organnya atau biaya administrasi apapun yang terkait sekalipun apabila pencangkokan itu diperbolehkan menurut ketentuan-ketentuan dalam Plan atau Polis.
- 1.1.17. Perawatan yang timbul akibat atau yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh cedera akibat perbuatan sendiri atau dalam upaya bunuh diri;
- 1.1.18. 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;
- 1.1.19. Perawatan untuk memperbaiki refraksi penglihatan mata seperti rabun dekat atau rabun jauh atau astigmatik; laser/operasi mata dengan laser (lasik);
- 1.1.20. Segala jenis Perawatan atau investigasi untuk masalah gangguan belajar, masalah pendidikan, masalah perilaku, keterlambatan tumbuh kembang baik fisik maupun psikologis atau kesulitan belajar termasuk penilaian dari masalah tersebut, kecuali diperbolehkan berdasarkan ketentuan Polis;
- 1.1.21. Investigasi dan Perawatan atas hilangnya rambut dan/atau penggantian rambut;
- 1.1.22. 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;
- 1.1.23. Vaksinasi, pemeriksaan kesehatan rutin atau pencegahan termasuk konsultasi tindak lanjut rutin;
- 1.1.24. Biaya untuk menyediakan atau memasang protesa atau ortosis eksternal atau alat luar atau alat medis lain yang digunakan untuk jangka waktu lama;
- 1.1.25. Obat-obat atau alat kesehatan Rawat Jalan kecuali yang diresepkan dan dipertanggungjawabkan oleh Polis;



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



- 1.1.26. Vitamin, suplemen, jamu/obat-obatan herbal, obat-obatan tradisional Tiongkok atau obat-obatan tradisional kecuali disebutkan dalam Tabel Manfaat;
- 1.1.27. 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;
- 1.1.28. Perawatan ortodontis, periodontis, endodontis, Perawatan yang bersifat mencegah untuk masalah gigi, dan Perawatan gigi pada umumnya, termasuk penambalan gigi, terlepas dari siapa yang melakukan Perawatan tersebut;
- 1.1.29. Klaim untuk Perawatan yang diterima di luar Wilayah Pertanggungan kecuali tercakup dalam Perawatan Rawat Inap Darurat di luar Wilayah Pertanggungan atau Perawatan di luar Wilayah Pertanggungan seperti yang tertera di Tabel Manfaat atau jika Tertanggung bepergian sementara anjuran medis melarangnya sekalipun di dalam Wilayah Pertanggungan;
- 1.1.30. Perawatan yang terjadi akibat melakukan atau pelatihan segala bentuk olahraga dimana Tertanggung menerima gaji atau penggantian atas segala biaya, termasuk hibah ataupun dalam bentuk *sponsorship* (kecuali Tertanggung hanya menerima biaya perjalanan saja);
- 1.1.31. Perawatan atas cedera yang diderita akibat melakukan olahraga profesional atau akibat *base jumping*, *cliff diving*, terbang dalam suatu pesawat yang tidak berlisensi atau sebagai siswa 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 gantung (*hang gliding*), seluncur parasut (*paragliding*) atau *microlighting*, terjun payung, *potholing*, ski keluar dari jalur yang ditentukan atau kegiatan olahraga musim dingin lainnya yang dilakukan keluar dari jalur yang ditentukan;
- 1.1.32. 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;
- 1.1.33. Biaya-biaya yang dikeluarkan untuk Perawatan yang tidak Diperlukan Secara Medis; atau setiap biaya Perawatan untuk alasan sosial atau domestik atau untuk keperluan-keperluan yang tidak ada kaitan langsungnya dengan Perawatan; Perawatan yang dianggap atas pilihan Tertanggung sendiri;
- 1.1.34. 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;
- 1.1.35. Klaim atau bagian dari suatu klaim yang atas hal tersebut Pemegang Polis/Tertanggung harus membayar kelebihan (atau beban sendiri atau koasuransi). Dalam hal ini Penanggung hanya membayar sisa dari klaim tersebut setelah Penanggung mengurangi jumlah kelebihan (atau biaya sendiri atau koasuransi) tersebut;
- 1.1.36. Biaya-biaya yang dibebankan oleh Praktisi Medis, Dokter Gigi, Rumah Sakit, laboratorium atau layanan-layanan medis lainnya yang melebihi tingkat Wajar dan Umum;
- 1.1.37. Biaya-biaya Perawatan yang terkait dengan dan/atau koreksi pada Kondisi Kongenital dan/atau deformitas;
- 1.1.38. Biaya-biaya untuk hal-hal yang tidak disebutkan dalam Tabel Manfaat yang berlaku terhadap Plan Pemegang Polis;
- 1.1.39. Biaya-biaya yang dikeluarkan untuk Perawatan selama masa leluasa di mana Premi jatuh tempo belum dibayar;



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



- 1.1.40. Perawatan Rawat Inap untuk Kondisi Medis yang sebenarnya dapat diberlakukan sebagai Perawatan Rawat Jalan;
- 1.1.41. Pemeriksaan genetis, termasuk konseling yang diperlukan setelah pemeriksaan genetis, sekalipun jika pemeriksaan itu dilakukan untuk memastikan apakah Tertanggung secara genetika rentan terhadap perkembangan suatu Kondisi Medis atau tidak di kemudian hari;
- 1.1.42. Biaya yang terkait dengan terapi penggantian hormon (*hormone replacement therapy*),
- 1.1.43. Perawatan untuk sakit kejiwaan, penyakit atau gangguan mental, atau yang berhubungan dengan psikis/psikosomatis;
- 1.1.44. Pengobatan dan/atau pemeriksaan untuk semua jenis gangguan tidur termasuk *sleep apnoea* (gangguan tidur yang mengganggu penafasan seseorang saat tidur), uji penelitian tidur, insomnia (sulit tidur), mendengkur;
- 1.1.45. Cedera yang disebabkan oleh pelanggaran peraturan perundang-undangan oleh Tertanggung, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan putusan pengadilan;
- 1.1.46. Perawatan yang diberikan Tertanggung oleh siapapun yang memiliki kepentingan asuransi atas diri Tertanggung atau Pemegang Polis;
- 1.1.47. Pengobatan apapun yang dibutuhkan sebagai akibat dari tato dan tindak telinga atau di badan;
- 1.1.48. Kriopreservasi, implantasi atau re-implantasi sel hidup atau jaringan hidup, apakah autologous atau disediakan oleh donor;
- 1.1.49. Setiap biaya administrasi atau laporan apapun atau biaya lain yang bersifat non-medis sehubungan dengan penyediaan dan/atau kinerja persediaan dan/atau pelayanan medis;
- 1.1.50. Biaya bank atau biaya pengkreditan yang terjadi ketika penggantian klaim dibuat selain mata uang Polis.
- 1.1.51. 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 90 (sembilan puluh) hari sejak Praktisi Medis yang melakukan Perawatan memberikan keterangan mengenai kondisi kerusakan neurologis permanen atau kondisi vegetatif yang persisten atau selama 62 (enam 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 dan tidak berkewajiban untuk membayar manfaat lebih lanjut dan mungkin tidak ada pengembalian uang premi kepada Pemegang Polis.
- 1.1.52. Biaya yang terjadi pada periode dimana Premi belum dibayarkan; Penanggung tidak membayarkan proporsi biaya apabila tanggal masuk Rumah Sakit adalah sebelum Tanggal Berlakunya Polis, bahkan apabila periode Rawat Inap atau Perawatan terkait terjadi pada saat atau setelah Tanggal Berlakunya Polis.
- 1.1.53. 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.
- 1.1.54. Perawatan yang timbul dari atau terkait dengan kegagalan Tertanggung untuk mencari atau mengikuti saran medis dan/atau pengobatan yang diresepkan atau keterlambatan Tertanggung



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



dalam mencari atau mengikuti saran medis dan/atau pengobatan yang diresepkan termasuk adanya komplikasi apapun yang muncul akibat pengabaian saran tersebut.

1.1.55. Perawatan/pengobatan untuk meredakan gejala pada umumnya terkait dengan perubahan fisiologis atau perubahan alami sebagai akibat dari penuaan seperti menopause atau pubertas.

1.2. 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:

1.2.1. Bedah atau Perawatan kecantikan (estetis), atau Perawatan yang berkaitan dengan atau dibutuhkan karena Perawatan kecantikan sebelumnya. Namun demikian Penanggung akan menanggung bedah rekonstruksi apabila:

- (i) 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 dipertanggungjawabkan dalam Polis sejak sebelum Kecelakaan atau bedah itu terjadi; dan
- (ii) Bedah itu dilakukan pada tahap yang tepat secara medis setelah Kecelakaan atau pembedahan tersebut; dan
- (iii) Penanggung setuju dengan biaya Perawatan tersebut secara tertulis sebelum dilakukan.

1.2.2. Perawatan khusus di Rumah Sakit dan/atau Perawatan di rumah kecuali apabila Penanggung sudah setuju secara tertulis sebelumnya bahwa hal itu perlu dan sesuai.

1.2.3. 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 kami akan memperpanjang perlindungan ini hingga 180 (seratus delapan puluh) hari.

Rehabilitasi Rawat Inap tersebut dijamin selama:

- i. Bagian integral dari Perawatan yang ditanggung berdasarkan Plan Tertanggung
- ii. Dilakukan oleh seorang Praktisi Medis yang berspesialisasi rehabilitasi
- iii. Rehabilitasi dilakukan tidak sebagai Rawat Jalan, serta
- iv. Biaya telah disepakati sebelumnya, secara tertulis, oleh Penanggung sebelum Rehabilitasi dimulai.

1.2.4. 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 definisi Eksperimental ketentuan pada Polis sebagai Perawatan yang tepat dan Penanggung telah menyetujui secara tertulis dengan Praktisi Medis, sehubungan dengan biaya Perawatan tersebut.

1.2.5. Klaim berkenaan dengan Perawatan yang dijalani oleh Tertanggung ketika melakukan perjalanan yang bertentangan dengan nasihat medis bahkan di dalam area pertanggungan atau klaim berkenaan dengan Perawatan yang dijalani oleh Tertanggung ketika Tertanggung tinggal di luar Negara Tempat Tinggal Utama (Domisili) untuk lebih dari 180 (seratus delapan puluh) hari per satu Tahun berlakunya Polis.

1.3. Penanggung tidak menanggung suatu Perawatan, atau bantuan medis gawat darurat internasional (*International Emergency Medical Assistance*), jika diperlukan akibat pencemaran nuklir, pencemaran biologis 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 pertanggungan untuk Perawatan yang diperlukan akibat tindakan teroris, sepanjang tindakan teroris tersebut tidak menimbulkan pencemaran nuklir, biologi atau kontaminasi zat kimia.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Maestro Optima Care



2. Pembatasan

- 2.1. Penanggung berhak untuk tidak membayar manfaat suatu Perawatan jika Penanggung belum juga menerima formulir klaim yang sudah diisi dengan benar dan surat tagihan asli dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak diberikannya Perawatan tersebut.
- 2.2. Perawatan yang diperlukan sebagai akibat Kecelakaan kerja atau cedera diganti berdasarkan Polis Kompensasi Tenaga Kerja (*Workman's Compensation*) atau perlindungan sejenisnya yang diwajibkan oleh Peraturan Pemerintah yang berlaku di negara di mana Kecelakaan atau cedera terkait pekerjaan itu terjadi atau di tempat lain pada waktu cedera atau Kecelakaan. Penanggung dapat mempertimbangkan klaim tersebut jika Penanggung dapat memperoleh kembali biaya tersebut. Pemegang Polis/Tertanggung wajib memberitahukan klaim akibat Kecelakaan kerja kepada Penanggung.
- 2.3. Penanggung tidak akan mengizinkan Tertanggung untuk menaikkan tingkat pertanggungannya kecuali pada setiap Ulang Tahun Polis dan hanya apabila kemudian diminta secara tertulis untuk itu. Penerimaan Penanggung atas peningkatan dimaksud harus berdasarkan konfirmasi tertulis dari Penanggung sebelum peningkatan itu dapat berlaku efektif.
- 2.4 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 peningkatan itu menjadi berlaku efektif, selain yang ditanggung berdasarkan ketentuan pada Polis. 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 peningkatan.

SYARAT PENGAJUAN POLIS

1. Tertanggung berusia 15 hari (sudah keluar dari Rumah Sakit dan diserahkan ke orang tua) - 80 tahun
2. Tertanggung tinggal di Indonesia untuk sedikitnya adalah 185 (seratus delapan puluh lima) hari dalam 1 (satu) tahun berlakunya Polis
3. Melengkapi dokumen yang diperlukan, sebagai berikut:

- a. Surat Permintaan Asuransi Kesehatan yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Pemegang Polis/Tertanggung
- b. Proposal/Illustrasi Manfaat
- c. Fotokopi Identitas Pemegang Polis dan Tertanggung (KTP/SIM/Paspor)
- d. Asli Tanda Bukti Bayar Premi
- e. Surat Kuasa Debit Rekening (Khusus autodebet)
- f. RIPLAY Personal yang telah diisi dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan Tenaga Pemasar

PREMI

- Premi yaitu sejumlah uang yang wajib dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sehubungan dengan pertanggungan asuransi dalam Polis.
- Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah termasuk komisi bagi tenaga pemasar.

DEFINISI

Faktor Pro Rata

Apabila Tertanggung membutuhkan Perawatan Rawat Inap dan mendapatkan kamar yang kategorinya melebihi batasan biaya kamar atau jenis kamar terendah yang diperbolehkan sesuai yang terdapat pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk Plan Tertanggung, maka klaim yang memenuhi syarat akan dibayarkan berdasarkan perhitungan Faktor Pro Rata yang ditetapkan oleh Penanggung.

Perhitungan pro-rata yang ditanggung oleh Penanggung adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Biaya kamar Perawatan sesuai Plan}}{\text{Biaya kamar Perawatan aktual}} \times \text{Total biaya Perawatan Rawat Inap yang memenuhi syarat}$$

Perbedaan biaya antara Perawatan Rawat Inap yang dibayarkan oleh Penanggung dibandingkan dengan biaya yang timbul dalam tagihan Rumah Sakit dan biaya lainnya yang tidak memenuhi syarat pertanggungan akan menjadi tanggung jawab Tertanggung.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



	Khusus untuk Perawatan di Indonesia atau Perawatan di luar Indonesia yang bersifat Darurat, tidak ada perhitungan Faktor Pro Rata untuk Tertanggung yang menggunakan Kamar Perawatan yang lebih tinggi dari Plan jika memenuhi ketentuan sebagai berikut: • Jika Kamar Perawatan sesuai Plan tidak tersedia di Rumah Sakit yang telah dipilih, Tertanggung berhak untuk dirawat di kamar satu tingkat lebih tinggi selama 2 hari dengan mengikuti ketentuan yang berlaku dari Penanggung. • Jika harga kamar di Rumah Sakit yang dipilih lebih rendah dari Kamar Perawatan sesuai Plan.
Pemegang Polis	Orang atau Badan yang mengadakan sebuah perjanjian asuransi kesehatan dengan Penanggung dan namanya sebagaimana tercantum dalam Data Polis
Penanggung	PT AXA FINANCIAL INDONESIA
Polis	Surat perjanjian asuransi kesehatan antara Penanggung dan Pemegang Polis yang memuat syarat-syarat perjanjian yang terdiri dari Surat Permintaan Asuransi Kesehatan (SPAK), Ketentuan Umum, Tabel Manfaat, Data Polis, surat penerimaan (<i>letter of acceptance</i>) dan/atau perubahan (<i>endorsement</i>) dari Penanggung beserta perubahan-perubahannya yang dapat dibuat dalam bentuk cetak atau elektronik
Tertanggung	Orang yang atas dirinya diadakan pertanggungan asuransi dimana terdapat kepentingan asuransi atau hubungan kepentingan asuransi dengan Pemegang Polis dan disebutkan dalam Data Polis

KONDISI-KONDISI YANG SUDAH ADA SEBELUMNYA (PRE-EXISTING CONDITION)

Setiap Kondisi Medis baik penyakit, sakit, cedera atau gejala dan Kondisi Medis Terkait yang:

1. Sudah ada dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir sebelum Tanggal Berlakunya Polis; atau
2. Mulai terjadi lebih dari 5 (lima) tahun sebelum Tanggal Berlakunya Polis namun masih diderita dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir sebelum Tanggal Berlakunya Polis.

Adapun Kondisi Medis yang dimaksud adalah:

- a. Tertanggung sudah pernah menerima pengobatan, nasihat, Perawatan, tes atau pemeriksaan; atau
- 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; atau
- c. Kondisi Medis tersebut seharusnya secara logis membuat Tertanggung mencari pendapat medis atau pengobatan/Perawatan; atau
- d. Tertanggung secara wajar, menurut pendapat Praktisi Medis Penanggung, sudah seharusnya cukup mengetahui mengenai kondisi tersebut sebelumnya.

MASA BEBAS LIHAT

1. Pemegang Polis mempunyai Masa Bebas Lihat selama 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal Polis diterima 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 ini dan sepanjang tidak ada pengajuan klaim, Pemegang Polis dapat mengajukan pembatalan Polis kepada Penanggung secara tertulis dan mengembalikan dokumen Polis asli (apabila Polis diterbitkan dalam bentuk cetak) atau dokumen Data Polis asli (apabila Polis diterbitkan dalam bentuk elektronik) kepada Penanggung.
3. Apabila dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal Polis diterima oleh Pemegang Polis, Penanggung tidak menerima pengajuan pembatalan Polis sebagaimana yang dimaksud diatas, maka seluruh ketentuan Polis tetap berlaku secara sah dan mengikat sejak Tanggal Berlakunya Polis.
4. Dengan adanya permohonan pembatalan Polis selama Masa Bebas Lihat maka Polis batal sejak Tanggal Berlakunya Polis dan Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayar tanpa bunga setelah dikurangi dengan biaya administrasi dan biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada). Dengan demikian, Penanggung tidak ada kewajiban apapun kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.
5. Masa Bebas Lihat ini tidak berlaku untuk perpanjangan Polis.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



MASA LELUASA (*GRACE PERIOD*)

1. Penanggung memberikan masa leluasa (*grace period*) selama 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak Tanggal Jatuh Tempo. Pertanggungan yang dimiliki Tertanggung tidak dihentikan apabila pembayaran Premi diterima dalam masa leluasa (*grace period*). Namun, Penanggung tidak dapat menggantikan pembayaran atau memberikan persetujuan terlebih dahulu atas pengajuan klaim apapun yang masuk di dalam masa leluasa (*grace period*) walaupun pengajuan klaim tersebut memenuhi syarat untuk diproses hingga Penanggung menerima pembayaran Premi. Polis akan dihentikan apabila pembayaran Premi tidak diterima selama masa leluasa.
2. Pertanggungan dalam Polis akan berakhir pada Ulang Tahun Polis (untuk pembayaran Premi tahunan) atau pada Tanggal Jatuh Tempo pembayaran Premi (untuk pembayaran Premi selain tahunan) jika Penanggung belum menerima Premi yang seharusnya dibayar dalam masa leluasa yaitu 30 (tiga puluh) hari sejak Ulang Tahun Polis (untuk pembayaran Premi tahunan) atau sejak Tanggal Jatuh Tempo pembayaran Premi (untuk pembayaran Premi selain tahunan). Hal ini akan terjadi baik dengan ataupun tanpa pemberitahuan tertulis dari Penanggung.

TATA CARA LAYANAN DAN KELUHAN

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

PT AXA Financial Indonesia

Tel: 1500 940 | Email: customer@axa-financial.co.id

<https://axa.co.id>

Customer Care Centre Jakarta

AXA Tower Lt. GF

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

Customer Care Centre Surabaya

Tunjungan Plaza 5 (Pakuwon Center 15th Floor Unit 1&2)

Jl. Embong Malang no 1, 3, 5, Surabaya 60261



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



SIMULASI

Pemegang Polis	
Nama	Fariz
Usia	30 tahun
Premi Tahunan	Rp7.287.000
Cara Pembayaran Premi	Tahunan

Tertanggung	
Nama	Fariz
Usia Masuk / Jenis Kelamin	30 tahun / Laki - laki
Plan	Emerald (Indonesia & Malaysia)
Masa Berlaku Pertanggungan	1 tahun dan dapat diperpanjang hingga usia 99 tahun

Latar Belakang:

- Fariz mengalami gangguan katarak pada 8 Januari 2017 kemudian membeli Polis Maestro Optima Care pada 1 Juli 2022.
- Karena dalam 5 tahun sebelum tanggal berlakunya Polis nasabah masih menderita katarak dan belum dioperasi, maka katarak tersebut adalah kondisi yang sudah ada sebelumnya (*pre-existing condition*).

Skenario 1

- Fariz melakukan klaim pertama pada tanggal 1 November 2022
- Melihat bahwa ini merupakan kondisi yang sudah ada sebelumnya (*pre-existing condition*) dan ia belum melewati tenggang waktu 3 tahun, maka klaim tidak dapat dibayarkan.

Skenario 2

- Tanggal 1 Oktober 2025, 3 tahun setelah Fariz memiliki Polis Maestro Optima Care, dia kembali mengajukan klaim terkait dengan gangguan katarak yang dialami.
- Setelah melalui periode waktu selama 3 tahun berturut-turut (1 Juli 2022 – 30 Juni 2025) kini klaimnya dapat dibayarkan. Dia akan sepenuhnya dilindungi jika membutuhkan pengobatan lebih lanjut terkait katarak tersebut.
- Jika Fariz melakukan perawatan katarak di Malaysia, maka perawatannya akan dibayar hingga batas maksimum Polis. Jika Fariz melakukan perawatan di Singapura (di luar Wilayah Pertanggungan), maka biaya perawatan katarak akan dibayarkan sebesar 30% dari total biaya perawatan Fariz pada saat itu.





Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



KEWAJIBAN ANDA SEBAGAI PEMEGANG POLIS

1. Memberikan informasi dengan benar dan lengkap serta telah memahami semua dokumen sebelum ditandatangani. Apabila Pemegang Polis memberikan informasi, data, keterangan dan/atau pernyataan tidak benar, tidak lengkap atau tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya, baik dilakukan secara sengaja atau tidak sengaja, maka terdapat risiko pelaksanaan seleksi ulang atau pembatalan Polis oleh Penanggung.
2. Membayar Premi secara tepat waktu. Apabila premi tidak dibayarkan secara tepat waktu maka terdapat risiko status Polis Anda bisa menjadi tidak aktif (*lapse*) dan klaim Manfaat Asuransi tidak dibayarkan.

SYARAT PENGAJUAN KLAIM

Dapatkan formulir klaim dengan cara menghubungi Tenaga Pemasar atau Customer Care PT AXA Financial Indonesia. Formulir juga dapat diunduh di website <https://axa.co.id/formulir>

1. Prosedur Klaim

Pengajuan klaim Maestro Optima Care dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1.1. Klaim Penggantian (*Reimbursement*)

Apabila metode penagihan langsung tidak dapat dilakukan atau apabila Perawatan Rawat Inap dan Rawat Harian terhadap Tertanggung dilakukan di Rumah Sakit di luar Direktori Rumah Sakit Global, maka Pemegang Polis/Tertanggung dapat mengajukan klaim penggantian (*reimbursement*), dengan melengkapi dokumen-dokumen yang dipersyaratkan sesuai dengan ketentuan pada Polis.

1.2. Fasilitas Penagihan Langsung

1.2.1 Pemegang Polis/Tertanggung dapat menikmati manfaat dari fasilitas penagihan langsung untuk Perawatan Rawat Inap dan Rawat Harian yang memenuhi ketentuan Polis di dalam Direktori Rumah Sakit Global di seluruh dunia dan setiap permintaan untuk penagihan langsung ini harus dengan persetujuan terlebih dahulu (pra-otorisasi) dari Penanggung.

- 1.2.2 Pemegang Polis/Tertanggung harus menggunakan Rumah Sakit yang tercatat dalam Direktori Rumah Sakit Global di seluruh dunia, kecuali dalam hal keadaan Darurat di mana hal ini tidak memungkinkan. Jika Pemegang Polis/Tertanggung memutuskan untuk menggunakan Rumah Sakit yang tidak tercantum pada Direktori Rumah Sakit Global di seluruh dunia, Pemegang Polis/Tertanggung wajib untuk membayar terlebih dahulu atas seluruh biaya Perawatan dan selanjutnya Pemegang Polis/Tertanggung mengajukan penggantian biaya (*reimbursement*) Perawatan Yang Memenuhi Syarat kepada Penanggung.

1.3. Persetujuan Terlebih Dahulu/Pra-Otorisasi

- 1.3.1 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 selambat-lambatnya 5 (lima) hari kerja 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 sekurangnya 5 (lima) hari kerja 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 pada saat keluar dari Rumah Sakit.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



- d. Tertanggung/Pemegang Polis harus membawa kartu anggota dan menunjukkan kartu kepada petugas administrasi di Rumah Sakit yang merupakan bagian dari Direktori Rumah Sakit Global 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 ketentuan pada Polis.

1.3.2 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 Polis Tertanggung;
- b. Perawatan yang direncanakan itu Diperlukan Secara Medis;
- c. Perawatan yang direncanakan itu dalam batas biaya yang Wajar dan Umum; dan
- d. Perawatan yang direncanakan itu masuk dalam batas manfaat yang masih ada dari Plan Tertanggung.

1.3.3 Pemegang Polis/Tertanggung harus mengajukan permohonan pra-otorisasi tertulis dari Penanggung untuk Perawatan dan layanan berikut.

- a. Perawatan Rawat Inap dan Rawat Harian
 - (i) Semua Rawat Inap dan/atau Rawat Harian.
 - (ii) Semua tes non-darurat, diagnostik, Perawatan, operasi dan layanan medis lainnya.
 - (iii) Perawatan khusus di Rumah Sakit.
 - (iv) *Home Nursing*.
- b. Rawat Jalan

- (i) Pemindaian diagnostik non-darurat kecuali yang disebutkan dalam Plan Diamond sebagaimana dimaksud dalam Manfaat-manfaat Perawatan Rawat Jalan.

- (ii) Fisioterapi pasca Rawat Inap.

1.3.4 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.

1.4. 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 anggota 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 Direktori Global Rumah Sakit, 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 Direktori Global Rumah Sakit, untuk lebih jelasnya silakan merujuk pada ketentuan pada Polis.

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

1.5. Subrogasi/Koordinasi Manfaat

- 1.5.1 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 asuransi lain atau berdasarkan sumber lain. Dalam hal tersebut, maka:



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



- a. Apabila ada Polis asuransi lain yang terlibat dan asuransi lain tersebut sudah membayarkan klaim kesehatan tersebut dan klaim tersebut memenuhi syarat dalam Polis, 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. Jika klaim tersebut juga dipertanggungkan pada Polis asuransi lain atau Polis asuransi perusahaan asuransi lainnya, 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 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.

- 1.5.2 Polis tidak akan memberikan kompensasi selain secara proporsional atau manfaat tunai jika Pemegang Polis atau Tertanggung memiliki asuransi lain yang berlaku atau berhak untuk ganti rugi dari sumber lain sehubungan Kondisi Medis yang sama.
- 1.5.3 Penanggung memiliki hak penuh subrogasi/koordinasi manfaat dan dapat mengambil tindakan atas nama Tertanggung, untuk menagihkan jumlah setiap pembayaran yang dilakukan di dalam Polis dan/atau untuk mengamankan ganti rugi dari pihak ketiga.

1.6. Mekanisme Pembayaran Klaim

- a. Untuk mekanisme pembayaran melalui Klaim Penggantian (*Reimbursement*), termasuk Perawatan yang dilakukan di Rumah Sakit diluar Direktori Rumah Sakit Global, maka pembayaran klaim akan dibayarkan kepada Pemegang Polis/Tertanggung dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja setelah klaim disetujui oleh Penanggung.
- b. Untuk mekanisme pembayaran klaim berdasarkan angka 1.2 Fasilitas Penagihan Langsung dan angka 1.3 Persetujuan Terlebih Dahulu/Pra-Otorisasi dimana Perawatan dilakukan di Rumah Sakit yang tercatat dalam Direktori Rumah Sakit Global, maka pembayaran klaim akan dibayarkan ke Rumah Sakit 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 anggota.

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



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



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. 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.

2.4. Dokumen-dokumen klaim yang harus dilengkapi untuk pengajuan klaim adalah sebagai berikut:

- Formulir klaim asli/original yang sudah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Tertanggung dan Praktisi Medis yang melakukan Perawatan;
- 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;
- Salinan interpretasi (hasil baca) atas hasil pemeriksaan penunjang, laporan pasien pulang (*discharge summary*) dan resume medis;
- Surat Kuasa, fotokopi identitas (KTP dan Paspor), KITAS/KITAP untuk warga negara asing;
- Surat pernyataan pembayaran klaim dari asuransi pertama asli/original dilengkapi dengan total biaya yang ditanggung beserta perinciannya, jenis manfaat yang ditanggung dan tidak beserta alasannya apabila terdapat jenis manfaat yang tidak ditanggung (khusus untuk subrogasi atau koordinasi manfaat); dan
- 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.
- 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



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

Maestro Optima Care



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 yang berlaku.

- 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 dikirimkan ke alamat di bawah ini sesuai dengan ketentuan waktu yang telah disebutkan dalam ketentuan 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 Polis 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 ketentuan pada Polis).

- 4.2. Pembayaran suatu klaim tidak membebaskan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dari kewajiban untuk memenuhi semua syarat dan ketentuan Polis.

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 yang berlaku.

- 4.3. Jika Penanggung menyatakan suatu biaya atau pengeluaran tidak ditanggung dalam asuransi ini termasuk yang terkait dengan alasan apapun yang terdapat dalam Pengecualian dan Pembatasan, 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 tanpa pengembalian Premi yang telah dibayarkan oleh Pemegang Polis (sebagaimana disebutkan dalam ketentuan pada Polis).

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 atau Tertanggung. Dan 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.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Maestro Optima Care



5. Sanksi Ekonomi Internasional

Penanggung tidak akan memberikan jaminan atau membayar klaim berdasarkan Polis jika hal itu akan menyebabkan kami melanggar sanksi ekonomi internasional, hukum atau peraturan, termasuk tetapi tidak terbatas yang ditetapkan oleh Uni Eropa, Inggris, Amerika Serikat atau di bawah resolusi Persatuan Bangsa-Bangsa. Jika ditemukan potensi pelanggaran, dimana memungkinkan, kami akan memberitahu Pemegang Polis secara tertulis secepatnya.

CATATAN PENTING

1. Produk asuransi ini telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK).
2. PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).
3. Informasi yang tercantum pada Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini adalah akurat sampai dengan adanya perubahan yang dilakukan oleh PT AXA Financial Indonesia.
4. Syarat, kondisi dan hal-hal yang dapat menyebabkan klaim menjadi tidak dibayarkan/kecualian produk asuransi Maestro Optima Care 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 dan RIPLAY Personal.
7. PT AXA Financial Indonesia akan menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk ini atau perubahan lainnya (apabila ada) melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. PT AXA Financial Indonesia akan mengirimkan pemberitahuan tersebut 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum perubahan tersebut berlaku.

8. PT AXA Financial Indonesia hanya menerima pembayaran premi pertama dan premi lanjutan (*renewal*), melalui rekening resmi* milik PT AXA Financial Indonesia. PT AXA Financial Indonesia tidak bertanggung jawab atas kerugian yang timbul terhadap pembayaran yang dilakukan diluar dari ketentuan tersebut diatas. Apabila tenaga pemasar meminta nasabah untuk melakukan pembayaran ke rekening diluar rekening resmi milik PT AXA Financial Indonesia, nasabah dapat melaporkan kepada kami melalui email customer@axa-financial.co.id atau di nomor telepon 1500 940.
9. PT AXA Financial Indonesia mengimbau kepada seluruh calon nasabah untuk tidak menandatangani Surat Permintaan Asuransi Jiwa/ Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah/Surat Permintaan Asuransi Kesehatan ("SPAJ/SPAJS/SPAK") dalam keadaan kosong dan memastikan mengisi SPAJ/SPAJS/SPAK dengan informasi yang benar. Apabila tenaga pemasar meminta kepada calon nasabah untuk menandatangani SPAJ/SPAJS/SPAK kosong, maka calon nasabah dapat melaporkan kepada kami melalui email customer@axa-financial.co.id atau di nomor telepon 1500 940.

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

DISCLAIMER (PENTING UNTUK DIBACA)

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