

**RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN  
ASURANSI HOSPITAL CASH PLAN (HCP)  
(RIDER UNIT LINK)**

Nama penerbit	: PT AJ Central Asia Raya	Jenis produk	: Asuransi Kesehatan
Nama produk	: Asuransi Hospital Cash Plan (HCP)	Mata uang	: Rupiah
Deskripsi produk	: Asuransi kesehatan yang memberikan manfaat santunan tunai harian jika tertanggung dirawat inap di Rumah Sakit.		

**FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN**

Usia Masuk Tertanggung	: 1 (dua puluh) tahun sd 65 (Enam Puluh lima)tahun
Masa pertanggungan	: s/d usia 70 tahun atau masa pertanggungan pokok berakhir (mana yang lebih dulu)
Masa pembayaran premi	: Mengikuti Asuransi pokok
Frekuensi pembayaran premi	: Mengikuti Asuransi pokok
Premi	: Mulai dari Rp 1.141/bulan
Uang pertanggungan	: Plan 50 – plan 1250  Balita (<=5th) maks plan 600 Juvenile (>5th-16th) maks plan 800  Total Asuransi Kesehatan (HCP + PCR/PPR/PCU/PPU) = 3500

**MANFAAT**

Jika Tertanggung menjalani perawatan rumah sakit sesuai dengan ketentuan polis maka akan dibayarkan santunan tunai harian sesuai dengan yang tertera dalam Polis.

**RISIKO**

1. Manfaat Pertanggungan tidak berlaku dan / atau tidak akan dibayarkan apabila Tertanggung meninggal dunia akibat hal hal yang dikecualikan.
2. Dalam hal klaim yang diajukan tidak sesuai dengan fakta atau mengandung unsur ketidakbenaran yang dilakukan dalam upaya mendapatkan Manfaat Pertanggungan, maka Penanggung tidak akan membayar klaim tersebut dan pertanggungan dihentikan secara otomatis.

**BIAYA**

Pembebanan atas biaya asuransi, komisi dan biaya pemasaran, biaya penagihan premi dan operasional telah termasuk ke dalam perhitungan premi, sehingga tidak ada biaya tambahan lain yang akan dibebankan ke nasabah.

**PENGECEUALIAN**

1. Manfaat Pertanggungan tidak berlaku dan / atau tidak akan dibayarkan untuk setiap Perawatan Rumah Sakit yang disebabkan oleh :
  - 1.1. Keadaan yang telah ada sebelumnya (*Pre-existing conditions*) yang tidak diungkapkan oleh Tertanggung sejak awal penutupan asuransinya. kecuali keadaan yang telah ada sebelumnya (*Pre-existing conditions*) tersebut diungkapkan oleh Tertanggung sejak awal penutupan asuransinya dan Tertanggung telah dipertanggungkan sekurang-kurangnya selama 12 (dua belas) bulan.

- 1.2. Cedera Tubuh, Sakit atau Penyakit yang disebabkan oleh pemogokan, kerusakan atau huru-hara, pemberontakan atau perang, atau segala tindakan perang (baik dinyatakan atau tidak), atau Tertanggung terlibat dalam tugas militer dengan Angkatan Bersenjata.
  - 1.3. Kesengajaan melukai diri sendiri atau percobaan bunuh diri, baik dalam keadaan waras atau tidak waras atau Cedera Tubuh yang diderita sebagai akibat dari kesengajaan yang dilakukan atau disertai atau dibantu atau dibujuk (disuruh-lakukan) oleh mereka yang berkepentingan dalam perjanjian asuransi ini.
  - 1.4. Gangguan yang berhubungan dengan kondisi mental, penyakit kelamin, Tertanggung berada di bawah pengaruh alkohol, obat bius, dan narkotika
  - 1.5. Pemeriksaan kehamilan, pengobatan infertilitas (ketidaksuburan), pemasangan alat-alat kontrasepsi, kehamilan termasuk melahirkan, operasi caesar, aborsi, keguguran dan segala bentuk komplikasinya
  - 1.6. Setiap perawatan / pengobatan gigi, termasuk bedah mulut, pemeriksaan mata atau kelainannya, bedah kosmetik atau bedah plastik, kecuali perawatan / pengobatan tersebut dilakukan untuk memperbaiki cedera yang ditanggung dalam polis.
  - 1.7. Setiap perawatan / pengobatan atau pembedahan untuk kelainan bawaan, sunat, atau sterilisasi
  - 1.8. Perawatan Rumah Sakit untuk pemeriksaan kesehatan rutin atau periodik tanpa indikasi adanya gangguan kesehatan.
  - 1.9. Perawatan Rumah Sakit yang disebabkan oleh atau sebagai akibat langsung ataupun tidak langsung dari infeksi virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)
  - 1.10. Perawatan cuci darah (*Hemodialisis*)
  - 1.11. Pengobatan penyakit kelamin yang diakibatkan oleh sebab apapun baik akibat hubungan seksual atau bukan akibat hubungan seksual.
2. Dalam hal Yang Ditunjuk dengan sengaja melakukan kejahatan dalam upaya mendapatkan Manfaat Pertanggung-janaan, maka Manfaat Pertanggung-janaan akan diberikan kepada Yang Ditunjuk lainnya yang tidak terlibat dalam kejahatan tersebut.

#### PERSYARATAN DAN TATA CARA

<p>Pengajuan Asuransi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang diberikan ("<b>Informasi Konsumen</b>") dalam SPAJ, formulir perubahan Polis, serta setiap formulir dan/atau dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT AJ Central Asia Raya sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya) ("<b>Dokumen Permohonan</b>") menjadi dasar pertanggung-janaan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.</li> <li>2. Dalam jangka waktu 2 (dua) tahun sejak Tanggal Mulai Polis atau sejak tanggal Pemulihan Polis terakhir, mana yang paling akhir ("<i>Contestable Period</i>"), Penanggung berhak untuk meninjau ulang kebenaran atau keabsahan dari Polis berdasarkan setiap Informasi Konsumen yang diberikan dalam setiap Dokumen Permohonan. Jika selama <i>Contestable Period</i>, Penanggung menemukan fakta bahwa suatu Informasi Konsumen yang ada dalam suatu Dokumen Permohonan ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, maka sesuai dengan kesepakatan dan persetujuan Pemegang Polis yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, Penanggung berhak untuk membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau terbatas pada asuransi/Polis dasar/pertanggung-janaan tambahan/Polis tambahan) tanpa kewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi apapun dan Penanggung akan mengembalikan Premi (atau Biaya Asuransi dari asuransi/Polis dasar/pertanggung-janaan tambahan/Polis tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada).</li> <li>3. Sesuai dengan kesepakatan dan persetujuan Pemegang Polis yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, Penanggung berhak untuk mengakhiri Polis tanpa kewajiban</li> </ol>
---------------------------	---

untuk mengembalikan Premi dan tidak membayarkan Manfaat Asuransi apapun, baik selama *Contestable Period* maupun setelahnya, jika terdapat unsur penipuan atau pemalsuan atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang ada dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat persembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan.

**Pengajuan Klaim**

Pengajuan klaim harus dilakukan secara tertulis dan disampaikan kepada Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak terjadinya peristiwa yang dipertanggungkan. Keterlambatan dalam menyampaikan bukti-bukti klaim tidak akan membatalkan tuntutan klaim, jika bukti-bukti klaim tidak memungkinkan disampaikan dalam waktu yang telah ditentukan, tetapi tidak melampaui 180 (seratus delapan puluh) hari untuk klaim meninggal dunia atau 90 (sembilan puluh) hari untuk klaim Terminal Illness dan Cacat Tetap Total dari waktu yang telah ditentukan.

Bahan-bahan untuk mengajukan klaim rawat inap, yaitu :

- Formulir Pengajuan Klaim.
- Surat keterangan Dokter mengenai Cedera Tubuh, Sakit atau Penyakit yang diderita.
- Kuitansi asli perincian biaya Rumah Sakit atas Rawat Inap atau fotokopi yang telah dilegalisir.
- Fotokopi polis
- Fotokopi identitas diri Pemegang Polis dan atau Tertanggung

Tata cara Penyelesaian dan Pembayaran Klaim:

1. Keputusan klaim paling lambat akan diberitahukan 7 (tujuh) hari kerja setelah berkas diterima lengkap.
2. Pembayaran klaim dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja terhitung sejak tanggal persetujuan klaim.
3. Jika proses analisa klaim memerlukan investigasi maka keputusan klaim paling lambat akan diberitahukan 90 (Sembilan puluh) hari sejak berkas klaim diterima lengkap.

**Pembayaran Manfaat Asuransi**

Pertanggunggan ini tidak memberikan bunga dan/atau ganti rugi apapun atas Manfaat Pertanggunggan yang tidak diambil pada saat jatuh tempo dan atau keterlambatan akibat pengajuan klaim atau dokumen klaim tidak lengkap atau tidak tepat waktu.

LAYANAN NASABAH (L@NCAR) dapat dihubungi oleh nasabah untuk mengajukan pertanyaan atau pengaduan terkait dengan produk asuransi.

Produk ini memuat syarat dan ketentuan yang berlaku, informasi lebih lanjut dapat menghubungi :

<p>KANTOR PUSAT OPERASIONAL WISMA CAR LIFE Blok A-C Jl. Gelong Baru Utara No. 5-8 Jakarta Barat 11440 T: 021-5696 8998</p>	<p>LAYANAN NASABAH (L@NCAR) T: 021-5696 1929 E: lancar@car.co.id</p>	<p>KANTOR PUSAT WISMA ASIA Lt. 11 Jl. Letjen S. Parman Kav. 79 Jakarta Barat 11420 T: 021-563 7901 <a href="http://www.car.co.id">www.car.co.id</a></p>
--	--	---

**SIMULASI**

Ibu Rianti memiliki asuransi Unit Link dan tambahan asuransi Hospital Cash Plan dengan plan 1.000. Ibu Rianti dirawat inap selama 5 hari. Sesuai dengan manfaat hospital cash plan, maka manfaat asuransi yang dibayarkan adalah sebagai berikut:

No	Lama Dirawat	Plan	Manfaat yang dibayarkan
1	5	Rp 1.000.000/hari	Rp5.000.000

**INFORMASI TAMBAHAN**

<b>Arti Istilah</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Cedera Tubuh</b> adalah kerusakan tubuh yang disebabkan semata-mata dan secara langsung oleh Kecelakaan.</li> <li>2. <b>Kecelakaan</b> adalah kekerasan baik bersifat fisik maupun kimiawi, berasal dari luar, tidak sengaja dan merupakan penyebab satu-satunya dari Cedera Tubuh.</li> <li>3. <b>Diagnosis</b> adalah pernyataan Dokter secara tertulis tentang suatu penyakit atau kondisi berdasarkan gejala-gejala serta bukti yang terinci dalam kaitannya dengan penyakit atau kondisi yang diderita oleh seseorang</li> <li>4. <b>Dokter</b> adalah orang yang telah menyelesaikan pendidikan formal dalam ilmu kedokteran dan memiliki ijin praktek yang dikeluarkan oleh lembaga yang berwenang di dalam wilayah Negara di mana yang bersangkutan menjalankan prakteknya. Dokter yang adalah Tertanggung sendiri atau suami/istri atau anak Tertanggung dikecualikan dalam istilah ini.</li> <li>5. <b>Masa Tunggu</b> adalah masa selama 90 (Sembilan puluh) hari sejak tanggal Mulai Pertanggung di mana manfaat Pertanggung atas Penyakit/Kondisi Kritis seperti yang tercantum dalam Pasal 3 ayat 2 belum berlaku.</li> <li>6. <b>Penyakit/Kondisi Kritis</b> adalah terbatas pada penyakit-penyakit atau kondisi-kondisi seperti tercantum dan didefinisikan pada Pasal 2</li> <li>7. <b>Penyakit atau Kondisi yang telah ada sebelumnya (Pre-existing Conditions)</b> adalah Penyakit/Kondisi Kritis yang sudah ada sebelum tanggal mulai berlakunya pertanggung Asuransi Tumpangan ini dan/atau yang telah menunjukkan gejala-gejala yang secara wajar seharusnya telah diketahui oleh Tertanggung.</li> </ol>
<b>Masa Mempelajari Polis (Freelook Period)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periode Mempelajari Polis adalah 14 (empat belas) hari terhitung sejak Polis diterima oleh Pemegang Polis. Selama Masa Mempelajari Polis, Pemegang Polis berhak untuk membatalkan dan mengembalikan Polis kepada Penanggung apabila Pemegang Polis tidak menyetujui syarat dan ketentuan Polis.</li> <li>2. Apabila pembatalan dan/atau pengembalian Polis dilakukan dalam Masa Mempelajari Polis, Penanggung berkewajiban mengembalikan Premi yang telah diterimanya dengan dikurangi biaya administrasi sebesar Rp100.000,00 (seratus ribu rupiah) dan biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada), selanjutnya Pertanggung berakhir.</li> <li>3. Apabila Pemegang Polis tidak mengajukan keberatan, sanggahan atau pembatalan Polis setelah melewati Masa Mempelajari Polis, maka Pemegang Polis dianggap telah mengerti, memahami dan menyetujui Polis. Pembatalan Polis melewati Masa Mempelajari Polis hanya akan dibayarkan Nilai Tunai (jika ada) dan selanjutnya Pertanggung berakhir.</li> </ol>
<b>Perubahan Polis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penanggung dapat melakukan perubahan Polis dengan memberitahukan dan meminta tanggapan Pemegang Polis dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum terjadi perubahan dalam hal terjadi kondisi atau risiko dari Tertanggung yang wajib disesuaikan dengan seleksi risiko yang seharusnya yang diketahui oleh Penanggung dan tidak diungkapkan oleh Pemegang Polis atau Tertanggung.</li> <li>2. Apabila Pemegang Polis tidak menyetujui perubahan polis tersebut, maka Pemegang Polis dapat memutuskan polis ini tanpa dikenakan ganti rugi apapun, dengan memberitahukan secara tertulis kepada Penanggung paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sejak diterimanya pemberitahuan perubahan dari Penanggung.</li> <li>3. Apabila setelah melewati waktu 30 (tiga puluh) hari kerja sejak diterimanya surat pemberitahuan perubahan tetapi Pemegang Polis tidak menyampaikan pendapat atau keberatan atas perubahan tersebut, maka Penanggung akan memberlakukan perubahan tersebut dengan menerbitkan endorsement perubahan polis.</li> </ol>
<b>Penyakit Khusus</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 180 (seratus delapan puluh) hari untuk : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Segala Jenis Tuberculosis (TBC);</li> </ol> </li> </ol>

- b. Anal Fistulae (Fistula Ani);
  - c. Cholecystitis (Radang Kandung Empedu) dan Cholelithiasis (Batu Kandung Empedu);
  - d. Batu dan Infeksi Saluran Kemih;
  - e. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi); Hipotensi (Tekanan Darah Rendah); Cardiovascular Disease (Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah);
  - f. Gastric Ulcer (Tukak Lambung); Duodenal Ulcer (Tukak Usus 12 Jari); Dispepsia;
  - g. Semua Jenis Tumor yang tampak dari luar;
  - h. Diabetes Melitus (Kencing Manis);
2. 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari untuk :
- a. Segala jenis Hernia (kecuali Hernia Bawaan termasuk dalam Pengecualian);
  - b. Segala Jenis Tumor yang tidak tampak dari luar;
  - c. Cerebrovascular Disease (Penyakit Pembuluh Darah Otak seperti : Stroke, TIA);
  - d. Endometriosis;
  - e. Hemorrhoid (wasir/ambeien);
  - f. Operasi Tonsil (Amandel) ; Operasi Adenoid;
  - g. Operasi Nasal Septum (Sekat rongga hidung);
  - h. Hyperthyroidism (Peningkatan Fungsi Kelenjar Gondok);
  - i. Sinusitis (Radang Sinus);
  - j. Segala jenis Epilepsi (Untuk Jenis Epilepsi Bawaan masuk ke dalam Pengecualian);

***DISCLAIMER (penting untuk dibaca)***

- **Asuransi Hospital Cash Plan** adalah produk asuransi yang diterbitkan oleh PT Asuransi Jiwa Central Asia Raya.
- Penanggung berhak menerima dan/atau menolak permintaan asuransi atau SPAJ yang diajukan.
- Keputusan klaim sepenuhnya merupakan hak Penanggung berdasarkan ketentuan Polis.
- Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan ini merupakan penjelasan singkat dari produk Asuransi dan bukan merupakan bagian dari SPAJ dan Polis. Ketentuan lengkap mengenai Produk dapat Anda pelajari pada Polis yang diterbitkan Penanggung.
- Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan ini dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan yang dilakukan oleh Penanggung.
- Jika ada perbedaan penafsiran antara Polis dengan dokumen lainnya, yang dinyatakan berlaku adalah yang tercantum dalam Polis.
- Calon Pemegang Polis/Tertanggung/Peserta harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan berhak bertanya kepada Penanggung atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.



PT AJ Central Asia Raya terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Tanggal cetak dokumen  
29/04/2026