



## PENGECUALIAN

- A. Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi apabila perawatan / pengobatan disebabkan karena hal-hal sebagai berikut:
1. **PERBUATAN SENDIRI**  
*Akibat percobaan bunuh diri atau Cedera yang diakibatkan oleh perbuatan sendiri yang disengaja baik dalam keadaan waras maupun tidak waras.*
  2. **MELANGGAR HUKUM**  
*Akibat perbuatan melanggar hukum.*
  3. **RADIASI**  
*Radiasi ionisasi atau kontaminasi oleh radioaktif dari setiap bahan-bahan nuklir atau limbah nuklir dari proses fusi nuklir atau dari setiap bahan senjata nuklir.*
  4. **PERANG, HURU-HARA, TUGAS MILITER, PEMOGOKAN ATAU PEMBERONTAKAN SIPIL**  
*Perawatan akibat perang, baik dinyatakan maupun tidak, mengemban tugas militer, ikut serta secara langsung dalam huru-hara, pemogokan atau pemberontakan sipil.*
  5. **BENCANA ALAM**  
*Perawatan akibat bencana alam seperti : banjir besar, gempa bumi, gunung meletus, Badai, Angin topan, dan sebagainya*
  6. **BEDAH KOSMETIKA**  
*Operasi atau perawatan kosmetik, kecuali yang dinyatakan perlu akibat kecelakaan dan secara medis diperlukan yang terjadi selama masa pertanggunggaan.*
  7. **ALAT-ALAT BANTU**  
*Protosa, alat pacu jantung, alat bantu penglihatan, alat bantu pendengaran, kecuali akibat kecelakaan yang dibuktikan dengan keterangan Dokter.*
  8. **KELAINAN BAWAAN (Kongenital) ATAU KELAINAN GENETIKA ATAU KELAINAN HEREDITER**  
*Perawatan karena kelainan bawaan atau kelainan genetika atau kelainan herediter.*
  9. **GANGGUAN MENTAL / KEJIWAAN**  
*Perawatan karena gangguan yang berhubungan dengan kondisi mental / kejiwaan.*
  10. **PROSES KEHAMILAN DAN MELAHIRKAN**  
*Segala hal yang berhubungan dengan proses kehamilan dan melahirkan, termasuk segala jenis abortus. Pemeriksaan kehamilan, perawatan karena komplikasi kehamilan dan proses melahirkan baik secara normal atau abnormal.*
  11. **ALAT-ALAT KELUARGA BERENCANA**  
*Alat kontrasepsi, sterilisasi dan tindakan perawatan atau diagnosis atau pengobatan untuk meningkatkan kesuburan, termasuk komplikasinya*
  12. **PENYAKIT AKIBAT HUBUNGAN SEKSUAL**  
*Semua infeksi di organ genitalia dan infeksi di tempat lain yang disebabkan oleh kuman yang penularannya melalui hubungan seksual seperti Neisseria Gonorrhoea ( Gonorrhoea), Treponema pallidum (Syphilis), Chlamydia trachomatis (Lymphogranuloma venerium), Haemophylus ducreyi (Chancroid/ Ulcus molle), Klebsiella granulomatis (granuloma inguinale), Trichomonas vaginalis (Trichomoniasis) ,Herpes Simplex virus , Human Papilloma Virus (Kondiloma Akuminata), Candida Albicans (Kandidosis Vaginalis)*
  13. **INFEKSI HIV, AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) dan ARC (AIDS Related Complex)**
  14. **PENGOBATAN/PEMERIKSAAN KESEHATAN**  
*Pengobatan / pemeriksaan kesehatan berkala/rutin atau pemeriksaan yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa Sakit atau Penyakit yang dijamin, serta segala jenis imunisasi. Termasuk dalam hal ini adalah pengobatan/pemeriksaan kesehatan ke sinthe, dukun, ahli pengobatan alternative, akupuntur, paranormal dan sejenisnya.*
  15. **PENGOBATAN GIGI**  
*Semua pemeriksaan / perawatan / operasi gigi kecuali akibat Kecelakaan.*
  16. **AKIBAT OBAT TERLARANG**  
*Perawatan atau pengobatan akibat penyakit atau Cedera yang timbul akibat pemakaian narkotika, alkohol, psikotropika atau zat adiktif lainnya.*

**17. OLAHRAGA BERBAHAYA DAN PENERBANGAN NON-KOMERSIAL**

*Cedera tubuh, Sakit atau Penyakit yang timbul akibat mengikuti segala macam perlombaan balap (kecuali balap lari) atau melakukan kegiatan olahraga yang berbahaya seperti aqua-lung atau scuba diving, panjat tebing / gunung, hot-poling, parasut, hang-gliding, tinju, gulat, serta olahraga lainnya yang mengandung bahaya dan berisiko tinggi atau sebagai akibat dari kecelakaan pada pesawat penerbangan non-komersial/ tidak berjadwal, kegiatan di dalam air, permainan atau rekreasi di udara.*

**18. OBAT-OBAT**

*Obat-obat yang dibeli tanpa resep dokter dan/atau tidak dibeli di apotik dan/atau yang tidak sesuai dengan diagnosa Cedera tubuh, sakit, atau penyakit dan tidak diperlukan secara medis.*

**19. SIRKUMSISI (SUNAT)**

*Tindakan sirkumsisi (sunat) oleh sebab apapun.*

**20. TRANSPLANTASI ORGAN TUBUH**

*Tindakan / operasi transplantasi organ tubuh termasuk transplantasi sumsum tulang atau saraf dan semua biaya-biaya yang terkait kecuali sebagai penerima.*

**21. KELAINAN REFRAKSI MATA**

*Pemeriksaan, pengobatan kelainan refraksi mata oleh sebab apapun.*

**22. KONDISI-KONDISI YANG TELAH ADA SEBELUMNYA (PRE – EXISTING CONDITIONS)**

*Perawatan Rumah Sakit yang disebabkan oleh kondisi-kondisi yang telah ada sebelumnya, maka Perawatan Rumah Sakit baru mendapat penggantian apabila Tertanggung sudah dipertanggungkan sekurang-kurangnya selama 60 (enam puluh) bulan dan selama 60 (enam puluh) bulan sebelum pertanggung asuransi Tertanggung tidak pernah menderita penyakit tersebut, kecuali sudah diungkapkan sebelumnya di dalam Surat Permintaan Asuransi*

**23. BIAYA-BIAYA YANG TELAH MENDAPAT PENGGANTIAN**

*Biaya-biaya pengobatan / perawatan yang telah mendapat penggantian dari asuransi sejenis atau asuransi lain atau dari instansi atau perusahaan asuransi lain.*

**B. Penanggung tidak akan membayar Manfaat Pertanggung Cash Plan Bonus dan Second Payor apabila perawatan / pengobatan disebabkan karena hal-hal sebagai berikut:**

1. Penyakit yang diderita Tertanggung pada Masa Tunggu;
2. Pemeriksaan kesehatan rutin, pemeriksaan medis yang dilakukan bukan untuk maksud pengobatan penyakit/Cedera;
3. Pengobatan/tindakan yang langsung atau tidak langsung berhubungan dengan kehamilan, melahirkan, pengguguran kandungan, sterilisasi atau usaha untuk mendapatkan kesuburan;
4. Penyakit atau kelainan bawaan;
5. Kelainan mental atau kejiwaan, kecanduan alkohol atau obat-obatan (narkoba);
6. Tindakan melukai dengan sengaja atau mencoba bunuh diri atau tindakan lainnya kearah itu;
7. Tertanggung dengan sengaja melakukan atau turut serta dalam tindakan kejahatan;
8. Olah raga atau hobby tertanggung mengandung bahaya seperti balap mobil, balap sepeda motor, balap kuda, terbang layang, berlayar atau berenang di laut lepas, mendaki gunung, bertinju, bergulat serta olah raga atau hobby lain sejenisnya yang mengandung bahaya dan risiko tinggi;
9. Tertanggung turut serta dalam penerbangan atau menumpang pesawat terbang:
  - Yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan non komersil.
  - Yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan penumpang komersil (Commercial Passenger Airline) tetapi tidak sedang menjalani jalur penerbangan untuk pengangkutan umum yang berjadwal tetap dan teratur (charter flight).
  - Helikopter.
10. Perang baik dinyatakan atau tidak, pemberontakan, revolusi, huru-hara, pengambil alihan kekuasaan, perang saudara;
11. Penyakit yang memerlukan perawatan di rumah sakit atau kecelakaan yang memerlukan perawatan di rumah sakit kurang dari 24 (dua puluh empat) jam.

**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 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 tambahan/Polis tambahan) tanpa kewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi apapun dan Penanggung akan mengembalikan Premi (atau Biaya Asuransi dari asuransi/Polis dasar/pertanggung 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 untuk mengembalikan Premi dan tidak membayarkan Manfaat Asuransi apapun, baik selama <i>Contestable Period</i> 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.</li> </ol>
<p>Pembayaran Premi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembayaran Premi dianggap sah pada saat premi diterima di rekening Penanggung. Penanggung tidak menerima pembayaran Premi secara tunai.</li> <li>2. Pemegang Polis wajib membayar Premi yang jatuh tempo kepada Penanggung meskipun Pemegang Polis tidak menerima surat tagihan atau pemberitahuan jatuh tempo premi dari Penanggung.</li> </ol>
<p>Pengajuan Klaim</p>	<p>Pengajuan klaim wajib dilakukan secara tertulis dan harus diberikan kepada Penanggung dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) Hari sejak tanggal akhir perawatan. Keterlambatan dalam menyampaikan dokumen-dokumen yang diperlukan dapat menyebabkan klaim tidak diproses, kecuali dengan alasan yang sah bukti-bukti klaim tidaklah mungkin disampaikan dalam waktu yang telah ditentukan, tetapi tidak melampaui 60 (enam puluh) Hari sejak tanggal akhir perawatan. Jika melewati batas waktu yang telah ditetapkan maka Penanggung mempunyai hak untuk menolak klaim.</p> <p>Dokumen untuk mengajukan klaim, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klaim Rawat Inap secara reimbursement : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Formulir Pengajuan Klaim;</li> <li>b. Surat Keterangan Dokter mengenai penyebab dirawatnya Tertanggung;</li> </ol> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Kuitansi asli perincian biaya Rumah Sakit atau Rawat Inap;</li> <li>d. Fotocopy identitas Pemegang Polis dan / atau Tertanggung.</li> </ul> <p>2. Klaim meninggal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Formulir Pengajuan Klaim;</li> <li>b. Surat Keterangan Dokter mengenai penyebab meninggalnya Tertanggung;</li> <li>c. Salinan Akta Kematian yang dilegalisir (atau salinan dengan QR Code);</li> <li>d. Dokumen-dokumen pengajuan klaim Rawat Inap apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap sebelum meninggal;</li> <li>e. Polis asli;</li> <li>f. Fotocopy identitas Pemegang Polis dan / atau Tertanggung;</li> <li>g. Fotocopy identitas Yang Ditunjuk.</li> </ul> <p>3. Klaim Perawatan Darurat dan Rawat Jalan (untuk Cuci Darah, Kanker, Kecelakaan, dan Keracunan Makanan) secara reimbursement:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Formulir Pengajuan Klaim;</li> <li>b. Surat Keterangan Dokter mengenai penyebab dirawatnya Tertanggung;</li> <li>c. Kuitansi asli biaya perawatan / pengobatan berikut copy resep obat-obatan yang digunakan;</li> <li>d. Fotocopy Identitas Pemegang Polis dan / atau Tertanggung;</li> <li>e. Kronologis terjadinya kecelakaan / keracunan makanan.</li> </ul> <p>4. Klaim Rawat Inap, Klaim Perawatan Darurat dan Rawat Jalan (untuk Cuci Darah, Kanker, Kecelakaan, dan Keracunan Makanan) secara <i>cashless</i> (termasuk Pembedahan):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pemegang Polis cukup menunjukkan dan/atau melampirkan foto copy identitas diri dan menunjukkan kartu Asuransi Prevensia Care Ultimate Tertanggung kepada petugas Rumah Sakit Provider untuk mendapatkan jaminan Rawat Inap.</li> <li>b. Dalam waktu 2 x 24 Jam Pemegang Polis dan / atau Tertanggung Asuransi Prevensia Care Ultimate sudah harus menghubungi Penanggung untuk mendapatkan Surat Jaminan Rawat Inap dan/ atau Rawat Jalan Darurat karena Kecelakaan.</li> <li>c. Bilamana Tertanggung tidak membawa kartu atau kartu hilang atau kartu Asuransi Prevensia Care Ultimate masih dalam proses pembuatan maka pemegang Polis dan/ atau wajib segera menghubungi Customer Service Penanggung untuk mendapatkan surat jaminan.</li> <li>d. Saat Tertanggung selesai menjalani perawatan, apabila ada kelebihan biaya rawat inap (<i>excess</i>) yang tidak di tanggung oleh Penanggung, maka Pemegang Polis harus melunasi kelebihan biaya tersebut kepada Rumah Sakit, akan tetapi hal tersebut tidak menutup kemungkinan adanya kelebihan biaya (<i>excess</i>) lanjutan yang belum dihitung oleh Rumah Sakit yang akan ditagihkan kepada Pemegang Polis</li> </ul> <p>Batas waktu penetapan keputusan klaim diterima atau ditolak setelah dokumen klaim diterima secara lengkap sampai dengan pembayaran klaim adalah 14 (empat belas) Hari. Jika diperlukan korespondensi dan / atau investigasi lebih lanjut atas klaim yang diajukan oleh Pemegang Polis dan / atau Tertanggung, batas waktu keputusan diterima atau ditolak adalah 90 (sembilan puluh) Hari sejak dokumen diterima lengkap dan benar, batas waktu pembayaran klaim 14 (empat belas) hari sejak keputusan klaim diterima.</p>
Pembayaran Manfaat Asuransi	<p>1. Pertanggungannya ini tidak memberikan bunga dan/atau ganti rugi apapun atas Manfaat Pertanggungannya yang tidak diambil pada saat jatuh tempo dan atau keterlambatan akibat pengajuan klaim atau dokumen klaim tidak lengkap atau tidak tepat waktu.</p>

2. Besarnya penggantian biaya pada Manfaat Asuransi adalah sebesar biaya yang dikeluarkan oleh Tertanggung dan/atau Pemegang Polis sesuai dengan bukti kuitansi yang ada dengan maksimum penggantian sesuai dengan Tabel Manfaat Asuransi.
3. Dalam hal Pemegang Polis telah mendapatkan penggantian seluruh biaya dari sumber-sumber lain, maka Pemegang Polis tidak dapat mengajukan klaim kepada Penanggung dan Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi atas klaim tersebut.
4. Dalam hal Pemegang Polis telah mendapatkan penggantian sebagian biaya dari sumber-sumber lain, maka Pemegang Polis dapat mengajukan klaim kepada Penanggung sebesar sisa biaya yang masih belum mendapatkan penggantian dari sumber-sumber lain tersebut.
5. Penanggung akan membayar Manfaat Asuransi yang menjadi bagiannya dengan maksimum sesuai dengan jumlah yang tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi.

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 :

<b>KANTOR PUSAT OPERASIONAL</b> <b>WISMA CAR LIFE Blok A-C</b> Jl. Gelong Baru Utara No. 5-8 Jakarta Barat 11440 T: 021-5696 8998 F: 021-5696 8997	<b>LAYANAN NASABAH (L@NCAR)</b> T: 021-5696 1929 F: 021-5696 1939 SMS Centre: E: <a href="mailto:lancar@car.co.id">lancar@car.co.id</a>	<b>KANTOR PUSAT</b> <b>WISMA ASIA Lt. 11</b> Jl. Letjen S. Parman Kav. 79 Jakarta Barat 11420 T: 021-563 7901 F: 021-563 7902, 563 7903 <a href="http://www.car.co.id">www.car.co.id</a>
--	---	---

### SIMULASI

Bapak Adi Saputra berusia 40 tahun membeli produk Asuransi Unit Link. Bapak Adi juga membeli produk Asuransi Tambahan Prevencia Care Ultimate dengan plan silver.

Manfaat yang diperoleh:

- Dalam masa pertanggungan, tertanggung dirawat di rumah sakit, berikut contoh pengajuan klaim dan klaim yang akan dibayar.

Lama perawatan: 3 hari

- a. Jika nasabah mengambil kamar rumah sakit sesuai dengan kamar terendah plan yang diambil (3 orang / kamar), maka klaim yang akan dibayar adalah sesuai dengan batas maksimum masing-masing manfaat dengan perincian sebagai berikut:

No	Manfaat Asuransi	Plan Silver	Diajukan		Dibayarkan	
			Per hari	Total	Per hari	Total
1	Biaya Kamar	3 orang / kamar	500,000	1,500,000	500,000	1,500,000
2	Biaya Perawatan di ICU/ICCU	1,000,000				
3	Biaya Kunjungan Dokter / hari	250,000	300,000	900,000	250,000	750,000
4	Biaya Konsultasi Dokter Spesialis / hari	500,000				
5	Biaya Aneka Perawatan (ObatZan, Lab, dll)	7,500,000		10,000,000		7,500,000
6	Biaya Pembedahan	60,000,000		65,000,000		60,000,000
7	Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	2,000,000		2,500,000		2,000,000
8	Biaya Ambulans	250,000		250,000		250,000
9	Pembedahan tanpa rawat inap	6,000,000				
10	Rawat Jalan Karena Kecelakaan	4,000,000				
11	Rawat Jalan Gigi Karena Kecelakaan	4,000,000				
12	Perawatan Luka Bakar Karena Kecelakaan	1,000,000		1,000,000		1,000,000
13	Perawatan Darurat akibat Keracunan Makanan	1,000,000				
14	Haemodialisa (Cuci Darah)	12,500,000				
15	Perawatan Kanker	12,500,000				
<b>Manfaat Tambahan</b>						
16	Cash Plan Bonus	500,000				
17	Second Payor	500,000				
18	Santunan Meninggal Dunia karena Sakit	5,000,000				
19	Santunan Meninggal Dunia karena Kecelakaan	10,000,000				
20	Medical Check Up (No Claim Bonus)	500,000				
<b>Total</b>		<b>Tidak Terbatas</b>		<b>81,150,000</b>		<b>73,000,000</b>

Jika dengan kondisi di atas, nasabah dirawat di luar negeri, maka jumlah klaim yang akan dibayarkan adalah 70% dari jumlah klaim biaya kamar, yaitu  $70\% * \text{Rp. } 1.500.000 = \text{Rp. } 1.050.000$  dan batas maksimum masing-masing manfaat lainnya, yaitu Rp 71.500.000, sehingga total yang dibayarkan adalah  $\text{Rp. } 1.050.000 + 71.500.000 = \text{Rp. } 72.550.000$ .

- b. Jika nasabah mengambil kamar rumah sakit tidak sesuai dengan ketentuan plan yang diambil (3 orang / kamar), contohnya:

Kamar dengan jumlah pasien 3 orang / kamar ada 3 macam:

- Kelas 2A: Rp. 500.000 / hari
- Kelas 2B: Rp. 800.000 / hari
- Kelas 2C: Rp. 1.000.000 / hari

Nasabah mengambil kamar dengan kelas 2C ataupun kamar dengan 2 orang atau 1 orang per kamar, maka klaim yang akan dibayar untuk biaya kamar adalah sesuai dengan harga kamar terendah untuk plan yang diambil, yaitu kelas 2A (Rp. 500.000 / hari), untuk manfaat lain akan dibayarkan sesuai dengan batas maksimum masing-masing manfaat dengan perincian sebagai berikut:

No	Manfaat Asuransi	Plan Silver	Diajukan		Dibayarkan	
			Per hari	Total	Per hari	Total
1	Biaya Kamar	3 orang / kamar	1,000,000	3,000,000	500,000	1,500,000
2	Biaya Perawatan di ICU/CCU	1,000,000				
3	Biaya Kunjungan Dokter / hari	250,000	500,000	1,500,000	250,000	750,000
4	Biaya Konsultasi Dokter Spesialis / hari	500,000				
5	Biaya Aneka Perawatan (Obat2an, Lab, dll)	7,500,000		10,000,000		7,500,000
6	Biaya Pembedahan	60,000,000		65,000,000		60,000,000
7	Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	2,000,000		2,500,000		2,000,000
8	Biaya Ambulans	250,000		250,000		250,000
9	Pembedahan tanpa rawat inap	6,000,000				
10	Rawat Jalan Karena Kecelakaan	4,000,000				
11	Rawat Jalan Gigi Karena Kecelakaan	4,000,000				
12	Perawatan Luka Bakar Karena Kecelakaan	1,000,000		1,000,000		1,000,000
13	Perawatan Darurat akibat Keracunan Makanan	1,000,000				
14	Haemodialisa (Cuci Darah)	12,500,000				
15	Perawatan Kanker	12,500,000				
<b>Manfaat Tambahan</b>						
16	Cash Plan Bonus	500,000				
17	Second Payor	500,000				
18	Santunan Meninggal Dunia karena Sakit	5,000,000				
19	Santunan Meninggal Dunia karena Kecelakaan	10,000,000				
20	Medical Check Up (No Claim Bonus)	500,000				
<b>Total</b>		<b>Tidak Terbatas</b>		<b>83,250,000</b>		<b>73,000,000</b>

Jika dengan kondisi di atas, nasabah dirawat di luar negeri, maka jumlah klaim yang akan dibayarkan adalah 70% dari jumlah klaim biaya kamar, yaitu  $70\% * Rp. 1.500.000 = Rp. 1.050.000$  dan batas maksimum masing-masing manfaat lainnya, yaitu Rp 71.500.000, sehingga total yang dibayarkan adalah  $Rp. 1.050.000 + 71.500.000 = Rp. 72.550.000$ .

c. Jika nasabah mengambil kamar rumah sakit tidak sesuai dengan ketentuan plan yang diambil (3 orang / kamar), contohnya:

Naik plan 1 tingkat, dimana nasabah mengambil kamar jumlah pasien 2 orang / kamar.

maka klaim yang akan dibayar untuk biaya kamar adalah sesuai dengan harga kamar terendah untuk plan yang diambil, yaitu kelas 2A (Rp. 500.000 / hari), untuk manfaat lain akan dibayarkan sesuai dengan batas maksimum masing-masing manfaat dengan perincian sebagai berikut:

No	Manfaat Asuransi	Plan Silver	Diajukan		Dibayarkan	
			Per hari	Total	Per hari	Total
1	Biaya Kamar	3 orang / kamar	1,100,000	3,300,000	500,000	1,500,000
2	Biaya Perawatan di ICU/CCU	1,000,000				
3	Biaya Kunjungan Dokter / hari	250,000	700,000	2,100,000	250,000	750,000
4	Biaya Konsultasi Dokter Spesialis / hari	500,000				
5	Biaya Aneka Perawatan (Obat2an, Lab, dll)	7,500,000		12,000,000		7,500,000
6	Biaya Pembedahan	60,000,000		70,000,000		60,000,000
7	Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	2,000,000		3,000,000		2,000,000
8	Biaya Ambulans	250,000		400,000		250,000
9	Pembedahan tanpa rawat inap	6,000,000				
10	Rawat Jalan Karena Kecelakaan	4,000,000				
11	Rawat Jalan Gigi Karena Kecelakaan	4,000,000				
12	Perawatan Luka Bakar Karena Kecelakaan	1,000,000		1,000,000		1,000,000
13	Perawatan Darurat akibat Keracunan Makanan	1,000,000				
14	Haemodialisa (Cuci Darah)	12,500,000				
15	Perawatan Kanker	12,500,000				
<b>Manfaat Tambahan</b>						
16	Cash Plan Bonus	500,000				
17	Second Payor	500,000				
18	Santunan Meninggal Dunia karena Sakit	5,000,000				
19	Santunan Meninggal Dunia karena Kecelakaan	10,000,000				
20	Medical Check Up (No Claim Bonus)	500,000				
<b>Total</b>		<b>Tidak Terbatas</b>		<b>91,800,000</b>		<b>73,000,000</b>

Jika dengan kondisi di atas, nasabah dirawat di luar negeri, maka jumlah klaim yang akan dibayarkan adalah 70% dari jumlah klaim biaya kamar, yaitu  $70\% * Rp. 1.500.000 = Rp. 1.050.000$  dan batas maksimum masing-masing manfaat lainnya, yaitu Rp 71.500.000, sehingga total yang dibayarkan adalah  $Rp. 1.050.000 + 71.500.000 = Rp. 72.550.000$ .

d. Jika nasabah mengambil kamar rumah sakit tidak sesuai dengan ketentuan plan yang diambil (3 orang / kamar), contohnya:

Naik plan 2 tingkat, dimana nasabah mengambil kamar jumlah pasien 1 orang / kamar.

maka klaim yang akan dibayar untuk biaya kamar adalah sesuai dengan harga kamar terendah untuk plan yang diambil, yaitu kelas 2A (Rp. 500.000 / hari), untuk manfaat lain akan dibayarkan sesuai dengan batas maksimum masing-masing manfaat dengan perincian sebagai berikut:

No	Manfaat Asuransi	Plan Silver	Diajukan		Dibayarkan	
			Per hari	Total	Per hari	Total
1	Biaya Kamar	3 orang / kamar	1,200,000	3,600,000	500,000	1,500,000
2	Biaya Perawatan di ICU/ICCU	1,000,000				
3	Biaya Kunjungan Dokter / hari	250,000	750,000	2,250,000	250,000	750,000
4	Biaya Konsultasi Dokter Spesialis / hari	500,000				
5	Biaya Aneka Perawatan (Obat2an, Lab, dll)	7,500,000		12,500,000		7,500,000
6	Biaya Pembedahan	60,000,000		70,500,000		60,000,000
7	Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	2,000,000		3,500,000		2,000,000
8	Biaya Ambulans	250,000		450,000		250,000
9	Pembedahan tanpa rawat inap	6,000,000				
10	Rawat Jalan Karena Kecelakaan	4,000,000				
11	Rawat Jalan Gigi Karena Kecelakaan	4,000,000				
12	Perawatan Luka Bakar Karena Kecelakaan	1,000,000		1,200,000		1,000,000
13	Perawatan Darurat akibat Keracunan Makanan	1,000,000				
14	Haemodialisa (Cuci Darah)	12,500,000				
15	Perawatan Kanker	12,500,000				
<b>Manfaat Tambahan</b>						
16	Cash Plan Bonus	500,000				
17	Second Payor	500,000				
18	Santunan Meninggal Dunia karena Sakit	5,000,000				
19	Santunan Meninggal Dunia karena Kecelakaan	10,000,000				
20	Medical Check Up (No Claim Bonus)	500,000				
<b>Total</b>			<b>Tidak Terbatas</b>	<b>94,000,000</b>		<b>73,000,000</b>

Jika dengan kondisi di atas, nasabah dirawat di luar negeri, maka jumlah klaim yang akan dibayarkan adalah 70% dari jumlah klaim biaya kamar, yaitu  $70\% * Rp. 1.500.000 = Rp 1.050.000$  dan batas maksimum masing-masing manfaat lainnya, yaitu Rp 71.500.000, sehingga total yang dibayarkan adalah  $Rp 1.050.000 + 71.500.000 = Rp 72.550.000$ .

e. Jika nasabah mengambil kamar rumah sakit tidak sesuai dengan ketentuan plan yang diambil (3 orang / kamar), contohnya:

Naik plan 3 tingkat, dimana nasabah mengambil kamar VIP.

maka klaim yang akan dibayar untuk biaya kamar adalah sesuai dengan harga kamar terendah untuk plan yang diambil, yaitu kelas 2A (Rp. 500.000 / hari), untuk manfaat lain akan dibayarkan sesuai dengan batas maksimum masing-masing manfaat dengan perincian sebagai berikut:

No	Manfaat Asuransi	Plan Silver	Diajukan		Dibayarkan	
			Per hari	Total	Per hari	Total
1	Biaya Kamar	3 orang / kamar	1,350,000	4,050,000	500,000	1,500,000
2	Biaya Perawatan di ICU/ICCU	1,000,000				
3	Biaya Kunjungan Dokter / hari	250,000	850,000	2,550,000	250,000	750,000
4	Biaya Konsultasi Dokter Spesialis / hari	500,000				
5	Biaya Aneka Perawatan (Obat2an, Lab, dll)	7,500,000		13,000,000		7,500,000
6	Biaya Pembedahan	60,000,000		71,000,000		60,000,000
7	Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	2,000,000		4,000,000		2,000,000
8	Biaya Ambulans	250,000		500,000		250,000
9	Pembedahan tanpa rawat inap	6,000,000				
10	Rawat Jalan Karena Kecelakaan	4,000,000				
11	Rawat Jalan Gigi Karena Kecelakaan	4,000,000				
12	Perawatan Luka Bakar Karena Kecelakaan	1,000,000		1,300,000		1,000,000
13	Perawatan Darurat akibat Keracunan Makanan	1,000,000				
14	Haemodialisa (Cuci Darah)	12,500,000				
15	Perawatan Kanker	12,500,000				
<b>Manfaat Tambahan</b>						
16	Cash Plan Bonus	500,000				
17	Second Payor	500,000				
18	Santunan Meninggal Dunia karena Sakit	5,000,000				
19	Santunan Meninggal Dunia karena Kecelakaan	10,000,000				
20	Medical Check Up (No Claim Bonus)	500,000				
<b>Total</b>			<b>Tidak Terbatas</b>	<b>96,400,000</b>		<b>73,000,000</b>

Jika dengan kondisi di atas, nasabah dirawat di luar negeri, maka jumlah klaim yang akan dibayarkan adalah 70% dari jumlah klaim biaya kamar, yaitu  $70\% * Rp. 1.500.000 = Rp 1.050.000$  dan batas maksimum masing-masing manfaat lainnya, yaitu Rp 71.500.000, sehingga total yang dibayarkan adalah  $Rp 1.050.000 + 71.500.000 = Rp 72.550.000$ .

f. Manfaat *Cash Plan Bonus*

Apabila peserta sakit demam berdarah dirawat inap selama 3 hari, maka peserta akan mendapatkan manfaat cash plan bonus sebesar Rp. 1.000.000 dengan perincian sebagai berikut:

- Lama rawat inap aktual 3 hari
- Lama rawat inap normal 5 hari

Maka manfaat *cash plan bonus* yaitu 5 hari – 3 hari = 2 hari \* Rp. 500.000 = Rp. 1.000.000

Apabila lama rawat inap aktual lebih dari 5 hari (lama rawat inap normal) maka peserta tidak mendapatkan manfaat *cash plan bonus* tersebut.

g. Manfaat *Second Payor*

- Apabila peserta sakit demam berdarah dirawat inap selama 10 hari dengan mempunyai 2 pertanggungan asuransi, yaitu asuransi A dan asuransi CAR dengan total biaya perawatan rumah sakit sebesar Rp. 20.000.000, maka dalam hal peserta telah mendapatkan penggantian seluruh biaya perawatan rumah sakit sebesar Rp. 20.000.000 dari perusahaan asuransi A, maka peserta tidak dapat mengajukan klaim kepada asuransi CAR, akan tetapi peserta dapat mengajukan klaim kepada asuransi CAR sebesar manfaat *second payor* yaitu sebesar Rp. 5.000.000 dengan perincian sebagai berikut: Lama rawat inap 10 hari \* Rp. 500.000 = Rp. 5.000.000
- Apabila peserta sakit demam berdarah dirawat inap selama 10 hari dan mempunyai 2 pertanggungan asuransi, yaitu asuransi A dan asuransi CAR, dengan total biaya perawatan sebesar Rp. 20.000.000, maka dalam hal peserta telah mendapat penggantian sebagian biaya yaitu sebesar Rp. 10.000.000 dari asuransi A, maka peserta bisa mengajukan klaim kepada asuransi CAR sebesar sisa biaya yang masih belum mendapat penggantian dari asuransi A sebesar Rp. 10.000.000 (asuransi CAR akan membayar penggantian biaya tersebut yang menjadi bagiannya dengan maksimum biaya sesuai dengan table manfaat)

h. Manfaat *No Claim Bonus*

Dalam hal Tertanggung tidak melakukan pengajuan klaim dalam 1 (satu) tahun polis, maka akan diberikan manfaat *Medical Check Up* sebesar Rp 500.000,-.

### INFORMASI TAMBAHAN

**Arti Istilah**

1. **Penanggung** adalah PT Asuransi Jiwa Central Asia Raya.
2. **Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ)** adalah Formulir yang diterbitkan oleh Penanggung yang wajib diisi dengan jelas, lengkap dan benar oleh calon Pemegang Polis dan calon Tertanggung yang menjadi dasar perjanjian asuransi.
3. **Pemegang Polis** adalah pihak yang mengadakan perjanjian asuransi atau pertanggungan jiwa dengan Penanggung.
4. **Tertanggung** adalah orang yang atas dirinya diadakan perjanjian asuransi jiwa.
5. **Manfaat Asuransi / Manfaat Pertanggungan** adalah sejumlah nilai uang yang akan dibayarkan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis atau Yang Ditunjuk sesuai dengan yang diperjanjikan dalam Polis.
6. **Premi** adalah sejumlah uang yang ditentukan dalam polis dan wajib dibayar oleh Pemegang Polis kepada Penanggung agar perjanjian asuransi (Polis) berlaku.
7. **Tenggang Waktu (Grace Period)** adalah periode suatu pertanggungan tetap berlaku walaupun Pemegang Polis belum membayar Premi pada Tanggal Jatuh Tempo Premi. Tenggang Waktu Polis ini adalah 30 (tiga puluh) hari sejak Tanggal Jatuh Tempo Premi.
8. **Masa Mempelajari Polis (Freelook Period)** adalah suatu periode waktu terhitung sejak Polis diterima oleh Pemegang Polis untuk dipelajari dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan tersebut telah sesuai dengan keinginan serta kebutuhan Pemegang Polis
9. **Kondisi yang telah ada (Pre-existing conditions)** adalah kondisi atau keadaan atau penyakit yang telah ada dan/atau telah menunjukkan gejala-gejala yang sepatutnya telah diketahui oleh Tertanggung dan/atau Pemegang Polis sebelum Tanggal Mulai atas Pertanggungan ini.
10. **Masa Tunggu** adalah suatu periode Manfaat Asuransi Kesehatan belum berlaku atau tidak dijamin, yaitu jangka waktu yang dihitung sejak berlakunya Polis atau sejak Polis dipulihkan, tanggal mana yang paling akhir, kecuali Rawat Inap karena

	<p>kecelakaan, dengan mengacu ketentuan-ketentuan Penyakit Khusus yang diatur dalam Polis.</p> <p><b>11. Cash Plan Bonus</b> adalah Manfaat asuransi yang akan dibayarkan apabila Tertanggung dapat sembuh dan lepas Rawat Inap lebih cepat dari waktu Rawat Inap yang normal.</p> <p><b>12. Second Payor</b> adalah Manfaat asuransi yang akan dibayarkan apabila Tertanggung dirawat inap tetapi telah mendapat penggantian dari asuransi sejenis atau asuransi lain atau dari instansi atau perusahaan asuransi lain, dan tidak mengajukan excess klaim.</p> <p><b>13. Medical Check Up (No Claim Bonus)</b> adalah Manfaat <i>Medical Check Up</i> yang akan diberikan kepada Tertanggung apabila tidak ada pembayaran klaim dalam satu tahun polis.</p> <p><b>14. Cashless</b> adalah Mekanisme penjaminan dan pembayaran klaim rawat inap ke Rumah Sakit provider atas biaya perawatan Tertanggung yang dibebankan oleh pihak Rumah Sakit sesuai dengan Ketentuan Umum Polis.</p> <p><b>15. Reimbursement</b> adalah Mekanisme penggantian klaim dimana Pemegang Polis membayar biaya Rumah Sakit dengan biaya sendiri terlebih dahulu, dan mengajukan penggantian biaya kepada Penanggung sesuai dengan Ketentuan Umum Polis.</p>
<b>Tenggang Waktu (Grace Period)</b>	<p>Apabila pembayaran premi lanjutan belum lunas pada Tanggal Jatuh Tempo Premi, maka Pemegang Polis diberikan tenggang waktu (grace period) selama 30 (tiga puluh) Hari sejak Tanggal Jatuh Tempo Premi dan selama masa tersebut pertanggungannya tetap berlaku. Jika Premi belum dilunasi setelah Grace Period, maka Polis menjadi berakhir.</p>
<b>Masa Mempelajari Polis (Freelook Period)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periode Mempelajari Polis adalah 14 (empat belas) hari dihitung 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 Rp.100.000,-(seratus ribu rupiah) dan biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada), selanjutnya Pertanggungannya berakhir.</li> <li>3. Apabila Pemegang Polis tidak mengajukan keberatan, sanggahan atau pembatalan Polis setelah melewati Masa Mempelajari Polis, maka Pemegang Polis telah mengerti, memahami dan menyetujui Polis. Pembatalan Polis melewati Masa Mempelajari Polis akan menyebabkan Pertanggungannya menjadi putus kontrak</li> </ol>
<b>Penyakit Khusus</b>	<p><i>Penyakit – penyakit yang tidak dijamin sesuai dengan Waktu yang telah ditentukan.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>180 (seratus delapan puluh) hari untuk:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Segala Jenis Tuberculosis (TBC);</li> <li>1.2. Anal Fistulae (Fistula Ani);</li> <li>1.3. Cholecystitis (Radang Kandung Empedu) dan Cholelithiasis (Batu Kandung Empedu);</li> <li>1.4. Batu dan Infeksi Saluran Kemih;</li> <li>1.5. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi); Hipotensi (Tekanan Darah Rendah); Cardiovascular Disease (Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah);</li> <li>1.6. Gastric Ulcer (Tukak Lambung); Duodenal Ulcer (Tukak Usus 12 Jari); Dispepsia;</li> <li>1.7. Semua Jenis Tumor yang tampak dari luar;</li> <li>1.8. Diabetes Melitus (Kencing Manis);</li> </ol> </li> <li>2. <b>365 (tiga ratus enam puluh lima) hari untuk:</b></li> </ol>

	<p>2.1. <i>Segala jenis Hernia (kecuali Hernia Bawaan termasuk dalam Pengecualian);</i></p> <p>2.2. <i>Segala Jenis Tumor yang tidak tampak dari luar;</i></p> <p>2.3. <i>Cerebrovascular Disease (Penyakit Pembuluh Darah Otak seperti: Stroke, TIA);</i></p> <p>2.4. <i>Endometriosis;</i></p> <p>2.5. <i>Hemorrhoid (wasir/ambeien);</i></p> <p>2.6. <i>Operasi Tonsil (Amandel); Operasi Adenoid;</i></p> <p>2.7. <i>Operasi Nasal Septum (Sekat rongga hidung);</i></p> <p>2.8. <i>Hyperthyroidism (Peningkatan Fungsi Kelenjar Gondok);</i></p> <p>2.9. <i>Sinusitis (Radang Sinus);</i></p> <p>2.10. <i>Segala jenis Epilepsi (Untuk Jenis Epilepsi Bawaan masuk ke dalam Pengecualian);</i></p> <p>2.11. <i>Pengobatan atau operasi katarak.</i></p>
<p><b>Perubahan Polis</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penanggung dapat melakukan perubahan Polis apabila terjadi kondisi atau risiko dari Tertanggung yang wajib disesuaikan dengan hasil seleksi risiko yang seharusnya.</li> <li>2. Perubahan tersebut akan diberitahukan secara tertulis kepada Pemegang Polis dalam waktu sekurang-kurangnya 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum berlakunya perubahan tersebut.</li> <li>3. Dalam hal Pemegang Polis tidak menyetujui perubahan polis tersebut, maka Pemegang Polis dapat mengakhiri Polis ini tanpa dikenakan ganti rugi apapun, dengan pemberitahuan secara tertulis kepada Penanggung paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak diterimanya pemberitahuan perubahan dari Penanggung.</li> <li>4. Dalam hal Pemegang Polis tidak menyampaikan pendapat atau keberatan atas perubahan tersebut, setelah melewati waktu 30 (tiga puluh) hari sejak diterimanya surat pemberitahuan perubahan, maka perubahan tersebut dinyatakan berlaku, dan Penanggung akan menerbitkan Endorsemen.</li> </ol>
<p><b>Perpanjangan Pertanggung</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertanggung dapat diperpanjang setiap tahunnya dengan besarnya premi perpanjangan berdasarkan Penambahan Usia dan tambahan Premi (jika ada) berdasarkan riwayat medis pada pertanggung polis tahun sebelumnya. Apabila tidak terdapat kata sepakat, maka Penanggung berhak tidak memperpanjang Asuransi dengan pemberitahuan tertulis selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) Hari Kerja terhitung sebelum Ulang Tahun Polis.</li> <li>2. Perubahan Manfaat Asuransi dilakukan berdasarkan pengajuan Pemegang Polis dan disetujui oleh Penanggung sesuai ketentuan yang telah ditetapkan oleh Penanggung.</li> <li>3. Perubahan Pertanggung dengan Manfaat Asuransi : <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Perubahan Pertanggung dengan peningkatan Manfaat Asuransi. Apabila Tertanggung dirawat karena Cedera Tubuh, sakit atau penyakit yang pernah diderita sebelumnya : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dalam masa 12 (dua belas) bulan pertama terhitung sejak tanggal berlakunya perubahan, maka penggantian biaya Rumah Sakit berdasarkan daftar Manfaat Asuransi sebelum terjadinya perubahan.</li> <li>b. Dalam masa setelah melampaui 12 (dua belas) bulan terhitung sejak berlakunya perubahan, maka penggantian biaya Rumah Sakit berdasarkan Tabel Manfaat Asuransi yang baru.</li> </ol> </li> <li>3.2. Perubahan pertanggung dengan Penurunan Manfaat Asuransi. Apabila Tertanggung dirawat karena cedera tubuh, sakit atau penyakit yang pernah diderita sebelumnya, maka penggantian biaya Rumah Sakit berdasarkan Tabel Manfaat Asuransi yang baru.</li> </ol> </li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Perubahan Manfaat Asuransi yang mengakibatkan penurunan atau peningkatan Manfaat Asuransi, baru mulai berlaku setelah perubahan tersebut disetujui Penanggung.</li> <li>5. Penanggung dapat melakukan Perubahan Polis apabila terjadi kondisi atau risiko dari Tertanggung yang wajib disesuaikan dengan seleksi risiko yang seharusnya. Penanggung berhak untuk memperbaiki kondisi dan syarat Polis, termasuk di dalamnya untuk meningkatkan rate premi dengan pemberitahuan tertulis selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja terhitung sebelum ulang tahun Polis.</li> <li>6. Perubahan Polis tidak dapat dilakukan apabila Tertanggung sedang menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit. Peningkatan jenis Plan hanya diperbolehkan pada saat Ulang Tahun Polis dengan persetujuan dari Penanggung.</li> <li>7. Apabila Tertanggung sedang menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit sedangkan Pertanggungan telah berakhir, maka Penanggung akan memberikan batas waktu paling lama 14 (empat belas) Hari terhitung sejak tanggal berakhirnya pertanggungan. Waktu tersebut diperlukan untuk menilai apakah Polis dapat diperpanjang atau tidak. Dalam hal polis tidak diperpanjang maka pembayaran manfaat / klaim sampai dengan tanggal pertanggungan berakhir.</li> </ol>
<p><b>Ketentuan Kelas Kamar</b></p>	<p>Kamar yang dapat diambil adalah kamar terendah yang tersedia di rumah sakit berdasarkan Plan yang dimilikinya.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jika Tertanggung menempati kamar yang bukan terendah baik atas permintaan sendiri ataupun karena penuh, maka penggantian biaya kamar akan dihitung berdasarkan harga terendah di rumah sakit tersebut berdasarkan Plan yang dimiliki, sedangkan untuk manfaat lain akan tetap dibayarkan sesuai batas maksimum masing-masing manfaat.</li> <li>2. Jika Tertanggung naik plan 1 (satu) tingkat baik atas permintaan sendiri ataupun karena penuh, maka penggantian biaya kamar akan dihitung berdasarkan harga terendah di rumah sakit tersebut berdasarkan Plan yang dimilikinya, sedangkan untuk manfaat lain akan dibayarkan sesuai batas maksimum masing-masing manfaat.</li> <li>3. Jika Tertanggung naik Plan 2 (dua) tingkat baik atas permintaan sendiri ataupun karena penuh, maka penggantian biaya kamar akan dihitung berdasarkan harga terendah di rumah sakit tersebut berdasarkan plan yang diambil, sedangkan untuk manfaat lain akan dibayarkan sesuai batas maksimum masing-masing manfaat.</li> <li>4. Jika Tertanggung naik Plan 3 (tiga) tingkat baik atas permintaan sendiri ataupun karena penuh, maka penggantian biaya kamar akan dihitung berdasarkan harga terendah di rumah sakit tersebut berdasarkan plan yang diambil, sedangkan untuk manfaat lain akan dibayarkan sesuai batas maksimum masing-masing manfaat</li> <li>5. Untuk perawatan rumah sakit di luar negeri, jumlah klaim yang akan dibayarkan adalah 70% (tujuh puluh persen) dari biaya kamar, sedangkan untuk manfaat lain akan dibayarkan sesuai batas maksimum masing-masing manfaat dengan ketentuan poin 1-3 di atas jika Tertanggung mengambil kamar yang tidak sesuai dengan plan yang dimiliki.</li> </ol>
<p><b><i>DISCLAIMER (penting untuk dibaca)</i></b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Asuransi Prevensia Care Ultimate</b> adalah produk asuransi yang diterbitkan oleh PT Asuransi Jiwa Central Asia Raya.</li> <li>• Penanggung berhak menerima dan/atau menolak permintaan asuransi atau SPAJ yang diajukan.</li> <li>• Keputusan klaim sepenuhnya merupakan hak Penanggung berdasarkan ketentuan Polis.</li> <li>• Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) 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.</li> <li>• Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) ini dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan yang dilakukan oleh Penanggung.</li> </ul>	

- 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 (RIPLAY) ini dan berhak bertanya kepada Penanggung atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) ini.



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

Tanggal cetak dokumen  
29/04/2026