



ASURANSI FAMILY PREVENSI CARE

DATA RINGKAS

Nama Penerbit	: PT AJ Central Asia Raya	Nama Produk	: Asuransi Family Prevencia CARE
Jenis Produk	: Asuransi Kesehatan	Mata Uang	: Rupiah
Deskripsi Produk	: Produk Asuransi kesehatan yang memberikan manfaat berupa penggantian biaya perawatan, pengobatan dan operasi akibat penyakit atau kecelakaan.		

FITUR UTAMA ASURANSI JIWA

Usia Masuk Tertanggung	: Maksimum 59 tahun
Usia Anak	: 6 bulan s.d. 25 tahun (belum menikah dan berstatus pelajar)
Masa Pertanggungan	: 1 tahun (dapat diperpanjang sampai usia 65 tahun)
Masa Pembayaran Premi	: 1 tahun (sesuai masa pertanggungan)
Frekuensi Pembayaran Premi	: Tahunan
Plan	: Minimal Plan 100 Maksimal Plan 600

Tabel Premi :

Premi Keluarga Bahagia	Plan 100	Plan 200	Plan 300	Plan 400	Plan 500	Plan 600
Keluarga Bahagia (Suami & Istri)	Rp 1.680.800	Rp 3.201.500	Rp 4.722.300	Rp 6.243.000	Rp 7.763.800	Rp 9.284.500
Premi Keluarga Setia	Plan 100	Plan 200	Plan 300	Plan 400	Plan 500	Plan 600
Keluarga Setia (Janda / Duda & 1 anak)	Rp 2.037.700	Rp 3.771.000	Rp 5.505.000	Rp 7.238.700	Rp 8.972.300	Rp 10.706.000
Keluarga Setia (Janda / Duda & 2 anak)	Rp 2.091.300	Rp 3.870.600	Rp 5.649.900	Rp 7.429.200	Rp 9.208.400	Rp 10.987.700
Keluarga Setia (Janda / Duda & 3 anak)	Rp 2.144.900	Rp 3.969.800	Rp 5.794.700	Rp 7.619.600	Rp 9.444.500	Rp 11.269.400
Premi Keluarga Harmonis	Plan 100	Plan 200	Plan 300	Plan 400	Plan 500	Plan 600
Keluarga Harmonis (Suami, Istri & 1 anak)	Rp 2.836.100	Rp 5.292.100	Rp 7.748.200	Rp 10.204.100	Rp 12.660.100	Rp 15.116.200
Keluarga Harmonis (Suami, Istri & 2 anak)	Rp 2.910.700	Rp 5.431.400	Rp 7.952.100	Rp 10.472.600	Rp 12.993.300	Rp 15.514.000
Keluarga Harmonis (Suami, Istri & 3 anak)	Rp 2.985.300	Rp 5.570.600	Rp 8.155.900	Rp 10.741.100	Rp 13.326.400	Rp 15.911.700

MANFAAT

Manfaat Asuransi Kesehatan	Tabel Manfaat Asuransi Kesehatan	
	Batas Manfaat per Orang	
	Plan 100	Plan 200
Biaya Kamar Perawatan per hari (maks. 180 hari per ketidakmampuan per tahun)	Rp 100.000	Rp 200.000
Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU) per hari (maks. 90 hari per ketidakmampuan per tahun)	Rp 300.000	Rp 600.000
Biaya Kunjungan Dokter Umum per hari	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis per hari	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Ambulance	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan oleh Juru Rawat Setelah Rawat Inap	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Rawat Jalan Karena Kecelakaan*	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Rawat Gigi Karena Kecelakaan*	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan Kanker	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Perawatan Darurat akibat Keracunan Makanan	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan Cuci Darah (Haemodialisa)	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan Luka Bakar	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Batas Manfaat Maksimum Per Ketidakmampuan	Rp 4.000.000	Rp 8.000.000
Biaya Jasa Dokter Bedah	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Jasa Dokter Anestesi	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Kamar Bedah dan lainnya	100% Kwitansi	100% Kwitansi

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 ketidak-benaran yang dilakukan dalam upaya mendapatkan Manfaat Pertanggungan, maka Penanggung tidak akan membayar klaim tersebut dan pertanggungan dihentikan secara otomatis.

BIAYA

Biaya Polis sebesar Rp50.000,00 (lima puluh ribu rupiah) dibayarkan

Batas Manfaat Maksimum Per Pembedahan	Rp 20.000.000	Rp 40.000.000
Biaya 30 hari Sebelum Rawat Inap	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya 90 hari Setelah Rawat Inap	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Batas Manfaat Maksimum Per Ketidakmampuan	Rp 1.000.000	Rp 2.000.000
Batas Manfaat Maksimum Klaim per Tahun	Tidak Terbatas	Tidak Terbatas

Manfaat Asuransi Kesehatan	Tabel Manfaat Asuransi Kesehatan	
	Batas Manfaat per Orang	
	Plan 300	Plan 400
Biaya Kamar Perawatan per hari (maks. 180 hari per ketidakmampuan per tahun)	Rp 300.000	Rp 400.000
Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU) per hari (maks. 90 hari per ketidakmampuan per tahun)	Rp 900.000	Rp 1.200.000
Biaya Kunjungan Dokter Umum per hari	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis per hari	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Ambulance	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan oleh Juru Rawat Setelah Rawat Inap	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Rawat Jalan Karena Kecelakaan*	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Rawat Gigi Karena Kecelakaan*	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan Kanker	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Perawatan Darurat akibat Keracunan Makanan	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan Cuci Darah (Haemodialisa)	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan Luka Bakar	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Batas Manfaat Maksimum Per Ketidakmampuan	Rp 12.000.000	Rp 16.000.000
Biaya Jasa Dokter Bedah	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Jasa Dokter Aneshtesi	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Kamar Bedah dan lainnya	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Batas Manfaat Maksimum Per Pembedahan	Rp 60.000.000	Rp 80.000.000
Biaya 30 hari Sebelum Rawat Inap	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya 90 hari Setelah Rawat Inap	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Batas Manfaat Maksimum Per Ketidakmampuan	Rp 3.000.000	Rp 4.000.000
Batas Manfaat Maksimum Klaim per Tahun	Tidak Terbatas	Tidak Terbatas

Manfaat Asuransi Kesehatan	Tabel Manfaat Asuransi Kesehatan	
	Batas Manfaat per Orang	
	Plan 500	Plan 600
Biaya Kamar Perawatan per hari (maks. 180 hari per ketidakmampuan per tahun)	Rp 500.000	Rp 600.000
Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU) per hari (maks. 90 hari per ketidakmampuan per tahun)	Rp 1.500.000	Rp 1.800.000
Biaya Kunjungan Dokter Umum per hari	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis per hari	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Ambulance	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan oleh Juru Rawat Setelah Rawat Inap	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Rawat Jalan Karena Kecelakaan*	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Rawat Gigi Karena Kecelakaan*	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan Kanker	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Perawatan Darurat akibat Keracunan Makanan	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan Cuci Darah (Haemodialisa)	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Perawatan Luka Bakar	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Batas Manfaat Maksimum Per Ketidakmampuan	Rp 20.000.000	Rp 24.000.000
Biaya Jasa Dokter Bedah	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Jasa Dokter Aneshtesi	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya Kamar Bedah dan lainnya	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Batas Manfaat Maksimum Per Pembedahan	Rp 100.000.000	Rp 120.000.000
Biaya 30 hari Sebelum Rawat Inap	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Biaya 90 hari Setelah Rawat Inap	100% Kwitansi	100% Kwitansi
Batas Manfaat Maksimum Per Ketidakmampuan	Rp 5.000.000	Rp 6.000.000
Batas Manfaat Maksimum Klaim per Tahun	Tidak Terbatas	Tidak Terbatas

bersamaan dengan pembayaran premi pertama.

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.

PENGECUALIAN

Penanggung tidak wajib membayar manfaat Manfaat Pertanggungan apabila perawatan / pengobatan disebabkan karena hal-hal:

1. Biaya yang tidak sesuai dengan kenyataan dan keperluan, dan bukan Biaya Wajar, Yang Biasa Dibebankan pada perawatan suatu Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan, atau merupakan pilihan pembedahan atau perawatan yang tidak diperlukan secara medis. Atau Biaya yang timbul dari upaya donor organ dan jaringan tubuh, atau
2. Biaya pemeriksaan kesehatan rutin (medical check up), biaya pemeriksaan atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis / alasan Rawat Inap, biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Dokter, biaya preventif (pencegahan penyakit) termasuk imunisasi dan vaksin, food supplement, biaya istirahat, biaya telekomunikasi, biaya penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan perawatan medis, atau Rawat Inap di Rumah Sakit yang bertujuan hanya untuk diagnostic, pemeriksaan sinar-X, pemeriksaan fisik umum, atau Rawat Jalan yang tidak terkait dengan Rawat Inap, kecuali yang disebabkan karena kecelakaan atau merupakan Tindakan Bedah Rawat Jalan, atau perawatan di spa / sauna / salon, atau
3. Penyakit, Cedera, atau Ketidakmampuan yang disebabkan karena tindakan percobaan bunuh diri atau Ketidakmampuan yang disebabkan karena tindakan percobaan bunuh diri atau pencederaan diri, baik dilakukan dalam keadaan waras ataupun tidak, atau
4. Perawatan yang berhubungan dengan kehamilan / Upaya untuk hamil, termasuk melahirkan, diagnosis dan perawatan ketidaksuburan, keguguran, aborsi sterilisasi (vasektomi / MOP dan tubektomi / MOW) dan kontrasepsi, metode-metode pengaturan kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya, atau
5. Tindakan Bedah yang dilakukan semata-mata karena keinginan Tertanggung tanpa adanya Cedera atau Penyakit, pembedahan percobaan (explorative), pembedahan untuk tujuan kosmetik atau pembedahan plastik kecuali disebabkan oleh Cedera atau Penyakit, atau Perawatan dan pembedahan untuk mengubah jenis kelamin, atau Perawatan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan, bulimia, anoreksia nervosa, atau
6. Pemeriksaan mata, kesalahan refraksi mata termasuk rabun jauh (Myopia), pembelian / penyewaan kacamata / lensa / alat bantu pendengaran, atau Perawatan yang terjadi karena keadaan kesehatan usia lanjut (geriatrik), keadaan mental usia lanjut (psikogeriatik), atau
7. Perawatan / pengobatan yang timbul sehubungan dengan atau yang diakibatkan oleh Kelainan Bawaan atau cacat bawaan, baik dike ketahui ataupun tidak, atau Sunat dengan segala konsekuensinya selain sunat yang dilaksanakan sehubungan dengan kecelakaan atau penyakit yang diderita oleh Tertanggung, atau
8. Semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan atau pembedahan gigi termasuk bedah mulut, gusi, atau struktur penyangga gigi secara langsung dan pengobatan yang terkait dengannya kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan, atau
9. Pengobatan atas diri Tertanggung sehubungan kelainan jiwa cacat mental, neurosis, psikosomatis, psikosis atau suatu pengobatan yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa atau di bagian psikiatri suatu Rumah Sakit atau pengobatan yang dilakukan oleh seorang psikiater, atau
10. Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan yang terjadi pada saat Tertanggung di bawah pengaruh narkotika, alcohol, psikotropika, racun, gas atau bahan-bahan sejenis atau obat-obatan selain digunakan sebagai obat menurut resep yang dikeluarkan oleh Dokter, atau
11. Cedera atau penyakit yang timbul sebagai akibat langsung atau tidak langsung dari terorisme, perang, invasi, serangan musuh asing, tindak kekerasan (baik perang diumumkan maupun tidak), perang sipil, pemberontakan, revolusi, keikutsertaan langsung dalam huru-hura, perkelahian, pemogokan dan keributan massa, tindakan, militer, perampasan kekuasaan, tugas aktif dalam angkatan bersenjata atau kepolisian, atau Cedera atau penyakit akibat reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasinya, wabah penyakit, atau
12. Cedera atau penyakit yang disebabkan oleh olahraga profesional, balap jenis apapun, scuba diving, kegiatan yang berhubungan dengan hang gliding, ballooning, parasut, terjun payung, tinju, gulat, dan bungee jumping, atau Cedera atau penyakit yang disebabkan oleh penerbangan atau kegiatan udara lainnya kecuali sebagai penumpang yang membayar tarif pada pesawat udara yang mempunyai ijin

- (berlisensi) lengkap yang dikelola oleh perusahaan penerbangan komersial berijin (berlisensi) atau perusahaan sewa yang diakui, atau
13. Semua penyakit akibat hubungan seksual atau penyimpangan seksual, atau Biaya perawatan yang disebabkan oleh atau berhubungan dengan:
 - 13.1. *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*, atau
 - 13.2. Infeksi karena *Human immunodeficiency Virus (HIV)*, atau
 - 13.3. Penyakit lainnya yang disebabkan oleh atau komplikasi dari ketentuan 13.1 dan 13.2 di atas, atau
 14. Cedera yang disebabkan oleh tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan atau pelanggaran hukum atau percobaan pelanggaran hukum atau perlawanan yang dilakukan oleh Tertanggung pada saat terjadinya penanganan atas diri seseorang (termasuk Tertanggung) yang dijalankan oleh pihak yang berwenang, atau Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan oleh pihak yang berkepentingan atau Polis, atau
 15. Kanker yang diketahui gejalanya oleh Tertanggung yang telah didiagnosis atau mendapat pengobatan dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak tanggal berlakunya Asuransi Tambahan Asuransi Kesehatan, atau tanggal pemulihan terakhir, yang mana yang lebih dahulu terjadi.

PERSYARATAN DAN TATA CARA

Pengajuan Asuransi

1. Semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang diberikan ("**Informasi Konsumen**") 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) ("**Dokumen Permohonan**") menjadi dasar pertanggunggaan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
2. Dalam jangka waktu 2 (dua) tahun sejak Tanggal Mulai Polis atau sejak tanggal Pemulihan Polis terakhir, mana yang paling akhir ("**Contestable Period**"), Penanggung berhak untuk meninjau ulang kebenaran atau keabsahan dari Polis berdasarkan setiap Informasi Konsumen yang diberikan dalam setiap Dokumen Permohonan. Jika selama *Contestable Period*, 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 / pertanggunggaan tambahan / Polis tambahan) tanpa kewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi apapun dan Penanggung akan mengembalikan Premi (atau Biaya Asuransi dari asuransi / Polis dasar / pertanggunggaan 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).
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 *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.

Pembayaran Premi

1. Premi diakui oleh Penanggung sebagai pembayaran Premi asuransi apabila diterima di rekening Penanggung atau telah berhasil diotorisasi.
2. Premi merupakan kewajiban Pemegang Polis yang harus dibayar lunas setiap Tanggal Jatuh Tempo Premi selama masa pembayaran Premi.

Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim wajib dilakukan secara tertulis dan harus diberikan kepada Penanggung dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) Hari sejak tanggal akhir perawatan bersama-sama dengan kelengkapan-kelengkapan yang diperlukan. Keterlambatan dalam menyampaikan bukti-bukti klaim tidak akan membatalkan tuntutan klaim, jika bukti-bukti klaim tidaklah mungkin disampaikan dalam waktu yang telah ditentukan, tetapi tidak melampaui 60 (enam puluh) Hari sejak tanggal akhir perawatan.

Dokumen-dokumen yang diperlukan untuk mengajukan klaim, yaitu:

- a. Dalam hal klaim Rawat Inap:
 - Formulir Pengajuan Klaim;
 - Surat Keterangan Dokter mengenai sebab-sebab dirawatnya Tertanggung;
 - Kuitansi asli perincian biaya Rumah Sakit atas Rawat Inap;
 - *Fotocopy* identitas Tertanggung.
- b. Dalam hal klaim Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan:
 - Formulir Pengajuan Klaim;
 - Surat Keterangan Dokter mengenai sebab-sebab dirawatnya Tertanggung;
 - Kuitansi asli biaya perawatan / pengobatan berikut *copy* resep obat-obatan yang digunakan;
 - *Fotocopy* Identitas Tertanggung.

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.

Pembayaran Manfaat Asuransi

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

KANTOR PUSAT OPERASIONAL
WISMA CAR LIFE Blok A-C

Jl. Gelong Baru Utara No. 5-8

Jakarta Barat 11440

T: 021-5696 8998

LAYANAN NASABAH (L@NCAR)

T: 021-3951 6888

SMS/WhatsApp: 0855 999 1000

E: lancar@car.co.id

www.car.co.id

KANTOR PUSAT
WISMA ASIA Lt. 11

Jl. Letjen S. Parman Kav. 79

Jakarta Barat 11420

T: 021-563 7901

SIMULASI

Usia Masuk Tertanggung	: 40 tahun	Frekuensi Pembayaran Premi	: Tahunan
Jenis Kelamin	: Pria	Plan	: Keluarga Bahagia Plan 300
Masa Pertanggungan	: 1 tahun	Premi	: Rp4.722.300,00
Masa Pembayaran Premi	: 1 tahun		

Manfaat yang diperoleh

- Dalam masa pertanggungan, tertanggung dirawat dirumah sakit karena kecelakaan, berikut contoh pengajuan klaim dan klaim yang akan dibayar.

Lama perawatan : 5 hari

Manfaat Asuransi Kesehatan	Plan 300	DIAJUKAN		DIBAYARKAN	
		Per hari	Total	Per hari	Total
Biaya Kamar Perawatan per hari (maks. 180 hari per ketidakmampuan per tahun)	Rp 300.000	Rp 300.000	Rp 1.500.000	Rp 300.000	Rp 1.500.000
Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU) per hari (maks. 90 hari per ketidakmampuan per tahun)	Rp 900.000		-		-
Biaya Kunjungan Dokter Umum per hari	100% Kwitansi	Rp 100.000	Rp 500.000	Rp 100.000	Rp 500.000
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis per hari	100% Kwitansi	Rp 200.000	Rp 1.000.000	Rp 200.000	Rp 1.000.000
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	100% Kwitansi		Rp 2.250.000		Rp 2.250.000
Biaya Ambulance	100% Kwitansi		-		-
Biaya Perawatan oleh Juru Rawat Setelah Rawat Inap	100% Kwitansi		-		-
Biaya Rawat Jalan Karena Kecelakaan*	100% Kwitansi		-		-
Biaya Rawat Gigi Karena Kecelakaan*	100% Kwitansi		-		-
Biaya Perawatan Kanker	100% Kwitansi		-		-
Perawatan Darurat akibat Keracunan Makanan	100% Kwitansi		-		-
Biaya Perawatan Cuci Darah (Haemodialisa)	100% Kwitansi		-		-
Biaya Perawatan Luka Bakar	100% Kwitansi		-		-
Batas Manfaat Maksimum Per Ketidakmampuan	Rp 12.000.000	Rp 3.750.000		Rp 3.750.000	
Biaya Jasa Dokter Bedah	100% Kwitansi		Rp 4.000.000		Rp 4.000.000
Biaya Jasa Dokter Aneshtesi	100% Kwitansi		Rp 5.000.000		Rp 5.000.000
Biaya Kamar Bedah dan lainnya	100% Kwitansi		Rp 2.000.000		Rp 2.000.000
Batas Manfaat Maksimum Per Pembedahan	Rp 60.000.000	Rp 11.000.000		Rp 11.000.000	
Biaya 30 hari Sebelum Rawat Inap	100% Kwitansi		-		-
Biaya 90 hari Setelah Rawat Inap	100% Kwitansi		-		-
Batas Manfaat Maksimum Per Ketidakmampuan	Rp 3.000.000				
Batas Manfaat Maksimum Klaim per Tahun	Tidak Terbatas				
TOTAL			Rp 16.250.000		Rp 16.250.000

INFORMASI TAMBAHAN

Arti Istilah

1. **Penanggung** adalah Perseroan Terbatas Asuransi Jiwa Central Asia Raya.
2. **Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ)** adalah Surat yang diisi dengan lengkap dan benar oleh calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung yang menjadi dasar perjanjian asuransi.
3. **Pemegang Polis** adalah orang atau badan yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung.
4. **Tertanggung** adalah orang yang atas dirinya diadakan perjanjian asuransi atau pertanggungan dengan Penanggung.
5. **Manfaat Asuransi / Manfaat Pertanggungan** adalah sejumlah uang yang akan dibayarkan oleh Penanggung kepada Pemegang / Tertanggung.
6. **Premi** adalah sejumlah uang yang dibayar oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sehubungan dengan adanya perjanjian asuransi.
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 segala jenis penyakit, Cedera atau ketidakmampuan, baik yang tanda atau gejalanya diketahui Tertanggung ataupun tidak, baik telah mendapatkan perawatan / pengobatan / saran / konsultasi Dokter ataupun tidak, dalam jangka waktu 12 (dua belas) bulan sebelum tanggal berlakunya Asuransi Kesehatan ini atau tanggal pemulihan terakhir, tanggal yang mana yang lebih dahulu terjadi.
10. **Masa Tunggu** adalah masa di mana Manfaat Asuransi Kesehatan tidak berlaku yaitu selama 30 (tiga puluh) hari pertama sejak berlakunya Polis atau sejak Pemulihan Polis disetujui di mana Asuransi Kesehatan dipulihkan, tanggal mana yang paling akhir, kecuali Rawat Inap karena kecelakaan, dengan mengindahkan ketentuan-ketentuan lain dalam ketentuan khusus Asuransi Kesehatan ini.
11. **Kecelakaan** adalah Kekerasan, baik yang bersifat fisik maupun kimiawi, dapat terlihat dengan jelas, datang secara tiba-tiba, berasal dari luar, tidak disengaja dan merupakan penyebab langsung dan satu-satunya dari Cedera Tubuh.
12. **No Claim Bonus** adalah Premi yang diterima Penanggung akan dikembalikan sejumlah tertentu kepada Pemegang Polis apabila tidak ada klaim selama Masa Pertanggungan.

Tenggang Waktu (Grace Period)

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 pertanggungan tetap berlaku. Jika Premi belum dilunasi setelah *Grace Period*, maka Polis menjadi berakhir.

Masa Mempelajari Polis (Freelook Period)

1. Masa Mempelajari Polis (*Freelook period*) adalah 14 (empat belas) Hari 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 yang tercantum di dalamnya.

2. Atas pembatalan dan pengembalian Polis dalam Masa Mempelajari Polis Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayarkan setelah dikurangi biaya administrasi sebesar Rp100.000,- (seratus ribu rupiah), selanjutnya asuransi berakhir. Dalam hal premi pertama yang sudah dibayarkan lebih kecil dari Rp100.000,- (seratus ribu rupiah) maka Penanggung tidak berkewajiban mengembalikan premi yang sudah dibayarkan.
3. Apabila Pemegang Polis tidak mengajukan keberatan, sanggahan, pengembalian atau pembatalan Polis setelah melewati Masa Mempelajari Polis, maka Pemegang Polis dianggap telah mengerti, memahami dan menyetujui Polis. Pembatalan Polis melewati Masa Mempelajari Polis mengakibatkan premi yang sudah dibayarkan tidak dapat dikembalikan dan selanjutnya pertanggungan berakhir.

Masa Tunggu

1. Masa Tunggu Asuransi ini selama 30 (tiga puluh) hari setiap Ketidakmampuan yang diderita oleh Tertanggung, kecuali diakibatkan oleh kecelakaan.
2. Masa Tunggu terhadap Penyakit-penyakit dibawah ini adalah selama 180 (seratus delapan puluh) hari untuk sejak tanggal efektif asuransi atau tanggal pemulihan terakhir, baik Tertanggung telah mengetahuinya ataupun tidak antara lain:
 - Katarak
 - Kondisi abnormal rongga hidung, sekat hidung atau kerang hidung (*turbinates*), termasuk sinus
 - Semua jenis kelainan telinga dan tenggorokan
 - Penyakit pada tonsil atau adenoid
 - Penyakit kelenjar hidung gondok (*Tiroid*)
 - Tuberkolosis
 - Penyakit Tekanan Darah Tinggi
 - Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (Kardiovaskuler)
 - Penyakit Kencing Manis
 - Radang atau tukak pada lambung atau pada usus dua belas jari
 - Radang kandung empedu
 - Batu pada ginjal, saluran kemih atau kandung kemih
 - Semua jenis tumor / benjolan / kista
 - *Endometriosis*
 - Tindakan Bedah pengangkatan rahim, baik dengan atau tanpa pengangkatan saluran telur dan indung telur
 - Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk *Fibroid / miom* di rahim
 - Semua jenis *Hernia*
 - Wasir
 - *Fistula* di anus
 - *Variokel* atau *Hidrokel*
 - Diskus Intervertebrata yang menonjol
 - Semua jenis kelainan *Vertebro Spinal* (tulang belakang dan sumsum tulang belakang) termasuk Diskus
 - Semua jenis kelainan lutut

Perubahan Polis

1. Perubahan Manfaat Pertanggungan dilakukan berdasarkan pengajuan Pemegang Polis dan disetujui oleh Penanggung sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Penanggung.
2. Perubahan Manfaat Pertanggungan hanya dapat dilakukan pada saat ulang

tahun polis tahun berikutnya dan atas persetujuan Penanggung sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh Penanggung.

**Perpanjangan
Pertanggungan**

Pertanggungan ini dapat diperpanjang berdasarkan pengajuan dari Pemegang Polis dan disetujui Penanggung sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh Penanggung.

No Claim Bonus

Bila tidak terjadi klaim dalam jangka waktu 12 (dua belas) bulan maka Pemegang Polis berhak mendapatkan No Claim Bonus 20% (dua puluh persen) dari premi tahun berikutnya, No Claim Bonus akan diberikan jika polis diperpanjang.

DISCLAIMER (penting untuk dibaca)

- **Asuransi Family Prevensia Care** 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.
- 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, termasuk namun tidak terbatas kepada Ketentuan Umum Polis (KUP), yang diterbitkan Penanggung.
- RIPLAY 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 RIPLAY ini dan berhak bertanya kepada Penanggung atas semua hal terkait RIPLAY ini.

**Tanggal Cetak Dokumen
29/06/2026**