Pengecualian Umum

Manfaat tidak akan dibayarkan apabila perawatan / pengobatan disebabkan karena hal-hal sebagai berikut:

1. ***PERBUATAN SENDIRI***
   Akibat percobaan bunuh diri atau cidera yang diakibatkan oleh perbuatan sendiri yang disengaja baik dalam keadaan waras maupun tidak waras.
2. ***PROSES KEHAMILAN DAN MELAHIRKAN***
   Segala hal yang berhubungan dengan proses kehamilan dan melahirkan serta segala komplikasinya, termasuk segala jenis abortus. Pemeriksaan kehamilan, perawatan karena komplikasi kehamilan dan proses melahirkan baik secara normal atau abnormal.
3. ***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 sinshe, dukun, ahli pengobatan alternatif, akupuntur, paranormal dan sejenisnya.
4. ***AKIBAT OBAT TERLARANG:***
   Cidera Tubuh, Sakit atau Penyakit yang timbul akibat pemakaian narkotika, alkohol, psikotropika atau obat-obat terlarang lainnya.
5. ***KONDISI-KONDISI YANG TELAH ADA SEBELUMNYA (PRE – EXISTING CONDITIONS)***
   Perawatan Rumah Sakit yang disebabkan oleh kondisi-kondisi yang telah ada sebelumnya yang tidak diungkapkan oleh Tertanggung dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa. Untuk kondisi yang telah ada sebelumnya dan diungkapkan dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa maka Perawatan baru mendapat penggantian apabila Tertanggung sudah dipertanggungkan sekurang-kurangnya selama 12 (dua belas) bulan.

Catatan: Pengecualian lainnya tercantum pada Ketentuan Umum Polis.

Syarat dan Tata Cara Pengajuan Klaim

Anda dapat menggunakan Kartu Prevensia yang Anda miliki di rumah sakit yang sudah bekerjasama dengan PT AJ Central Asia Raya, tanpa harus mengeluarkan biaya terlebih dahulu pada saat rawat inap di rumah sakit (*Cashless*), selama sesuai dengan hak kamar perawatan dalam plan yang Anda ambil dan tidak melebihi limit plan yang Anda miliki.

Anda juga dapat membayar terlebih dahulu klaim rawat inap di rumah sakit dan kemudian mengajukan penggantian biaya klaim kepada Kami dengan memberikan informasi selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal akhir perawatan, disertai dengan dokumen pengajuan klaim sebagai berikut:

Klaim Rawat Inap (termasuk Pembedahan jika ada):
- Mengisi formulir Pengajuan Klaim;
- Surat Keterangan Dokter mengenai penyebab dirawatnya Tertanggung;
- Kuitansi asli perincian biaya Rumah Sakit atas Rawat Inap;
- *Fotocopy* identitas Pemegang Polis dan/atau Tertanggung;
- Surat Keterangan Kepolisian, apabila perawatan akibat kecelakaan lalu lintas.

Klaim Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan:
- Mengisi Formulir Pengajuan Klaim;
- Surat Keterangan Dokter mengenai penyebab dirawatnya Tertanggung;
- Kuitansi asli biaya perawatan / pengobatan berikut salinan resep obat-obatan yang digunakan;
- *Fotocopy* Identitas Pemegang Polis dan/atau Tertanggung;
- Kronologis terjadinya kecelakaan;
- Surat Keterangan Kepolisian, apabila akibat kecelakaan lalu lintas.

Klaim meninggal dunia:
- Yang Ditunjuk (*Beneficiary*) mengisi Formulir Pengajuan Klaim;
- Surat Keterangan Dokter mengenai penyebab meninggalnya Tertanggung;
- Surat Keterangan Kematian dari Instansi yang berwenang, asli atau fotocopy yang telah dilegalisir;
- Dokumen-dokumen pengajuan klaim Rawat Inap apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap sebelum meninggal;
- Polis asli;
- Fotocopy identitas Pemegang Polis dan/atau Tertanggung;
- Fotocopy identitas Yang Ditunjuk.

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 korespondesi 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.

Catatan: Syarat dan Ketentuan berlaku sesuai Polis Asuransi Central Asia Prevensia Care.

Catatan / Penyangkalan *(Disclaimer)*:

- **Asuransi Central Asia Prevensia CARe** adalah produk asuransi jiwa yang diterbitkan oleh PT Asuransi Jiwa Central Asia Raya.
- Brosur ini bukan merupakan kontrak asuransi. Keterangan terperinci mengenai program asuransi jiwa ini ditetapkan dalam polis yang akan dikirimkan kepada Anda setelah Surat Permohonan Asuransi Jiwa diterima, diproses, dan disetujui.
- Penanggung dengan ini menyatakan kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung pada saat brosur dicetak telah menyampaikan informasi yang benar, tidak palsu, dan/atau tidak menyesatkan mengenai risiko, manfaat, kewajiban dan pembebanan biaya terkait dengan produk asuransi yang ditawarkan.
- Penjelasan lebih lengkap mengenai syarat, ketentuan termasuk pembebanan biaya secara terperinci dan pengecualian dapat Anda pelajari dalam RIPLAY (Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan) dan Polis **Asuransi Central Asia Prevensia CARe**.



PT AJ CENTRAL ASIA RAYA

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

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

KANTOR PUSAT
WISMA ASIA Lt. 11
Jl. Letjen S. Parman Kav. 79 Jakarta Barat 11420
T: 021-563 7901

www.car.co.id

@CARLifeInsurance @carlifeinsurance @carlifeinsurance CAR Life Insurance @CARLIFE_ID

Keterangan lebih lanjut hubungi:

50/04-41/047/24-01/03/01

PAHAMI & MILIKI ASURANSI

CAR Life Insurance

ASURANSI CENTRAL ASIA PREVENSIA CARE



Asuransi Central Asia Prevensia Care
Ketika Senyuman Anda Menjadi Yang Utama

Member of Salim Group

Melayani dan Melindungi

Asuransi Central Asia Prevensia Care
Ketika Senyuman Anda Menjadi Yang Utama Bagi Kami

Asuransi Central Asia Prevensia Care sebagai bentuk kepedulian kami untuk selalu melindungi Anda dan keluarga yang Anda cintai, maka milikilah segera Asuransi Central Asia Prevensia Care. Asuransi Central Asia Prevensia Care memberikan jaminan penggantian biaya Rawat Inap, Pembedahan dan Rawat Jalan Darurat karena Kecelakaan bagi anda.



Manfaat Pertanggungan

Manfaat Pertanggungan	Plan 300	Plan 500	Plan 700	Plan 1000
RAWAT INAP				
Biaya kamar per hari (maksimum 90 hari per penyakit)	300.000	500.000	700.000	1.000.000
Biaya kamar ICU per hari (maksimum 10 hari per penyakit)	600.000	1.000.000	1.400.000	2.000.000
Biaya kunjungan dokter per hari (maksimum 90 hari per penyakit)	180.000	300.000	420.000	600.000
Biaya konsultasi dokter spesialis per hari (maksimum10 hari per penyakit)	300.000	500.000	700.000	1.000.000
Biaya perawatan lain-lain	4.500.000	7.500.000	10.500.000	15.000.000
Biaya perawatan sebelum dan sesudah rawat inap (*)	1.200.000	2.000.000	2.800.000	4.000.000
Biaya ambulan	200.000	250.000	300.000	375.000
PEMBEDAHAN				
Biaya pembedahan maksimum (sesuai tabel pembedahan)	36.000.000	60.000.000	84.000.000	120.000.000
Biaya anestesi	**Maksimum 40% dari biaya pembedahan**			
Biaya ruang operasi	**Maksimum 40% dari biaya pembedahan**			
RAWAT JALAN DARURAT KARENA KECELAKAAN				
Biaya rawat jalan darurat karena kecelakaan per kejadian (**)	3.000.000	5.000.000	7.000.000	10.000.000
Biaya rawat jalan gigi darurat karena kecelakaan per kejadian (**)	3.000.000	5.000.000	7.000.000	10.000.000
MENINGGAL DUNIA				
Santunan meninggal	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000
Batas maksimum penggantian per tahun	**Tidak Terbatas**			

*Keterangan : *) Maksimum 30 hari sebelum mulai rawat inap dan 30 hari sesudah selesai rawat inap*
***) Maksimum 14 hari setelah kecelakaan*

Ketentuan Produk

Mata Uang	: Rupiah
Usia masuk Tertanggung utama	: 18 s.d. 60 tahun
Usia masuk Tertanggung tambahan	: 1 s.d. 60 tahun
Masa Pertanggungan	: 1 Tahun, dapat diperpanjang sampai dengan usia 65 tahun
Pilihan Pembayaran Premi	: Tahunan & Bulanan
Masa Pembayaran Premi (MPP)	: 1 Tahun (sesuai masa pertanggungan)

Tabel Premi Bulanan Asuransi Central Asia Prevensia Care

Kelompok Usia Masuk	Plan 300		Plan 500		Plan 700		Plan 1000	
	Laki-laki	Wanita	Laki-laki	Wanita	Laki-laki	Wanita	Laki-laki	Wanita
1 - 17	105.000	105.000	170.700	170.700	237.000	237.000	318.600	318.600
18 - 30	128.700	164.400	209.200	267.000	291.100	373.200	390.300	498.000
31 - 40	132.000	168.700	214.700	274.100	297.800	382.200	400.800	511.500
41 - 45	135.600	173.300	220.500	281.500	306.000	392.700	411.700	525.400
46 - 50	166.100	212.100	269.900	344.500	375.500	481.500	503.700	642.700
51 - 55	204.500	261.200	332.300	424.000	463.200	593.600	619.800	790.800
56 - 60	266.100	339.700	432.100	551.200	603.500	772.900	805.500	1.027.700
61 - 65*	340.000	434.000	551.900	704.000	772.100	984.600	1.028.700	1.319.400

Keterangan: *) hanya untuk perpanjangan
Premi tahunan = 10 x Premi Bulanan

Ilustrasi

Usia Tertanggung	: 40 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Plan	: 500
Premi /bulan	: Rp214.700,00

Dalam masa pertanggungan, tertanggung dirawat di rumah sakit, berikut contoh pengajuan klaim dan klaim yang akan dibayar.
Lama perawatan: 3 hari

	MANFAAT PERTANGGUNGAN	DIAJUKAN	LIMIT	DIBAYARKAN
	RAWAT INAP			
1	Biaya kamar per hari (max. 90 hari per perawatan /penyakit)	1.500.000	500.000/hari	1.500.000
2	Biaya kamar ICU per hari (max. 10 hari per perawatan /penyakit)		1.000.000/hari	
3	Biaya kunjungan dokter per hari (max. 90 hari per perawatan /penyakit)	840.000	300.000/hari	840.000
4	Biaya konsultasi dokter spesialis per hari (max. 10 hari per perawatan /penyakit)	1.500.000	500.000/hari	1.500.000
5	Biaya perawatan lain-lain (per perawatan /penyakit)	4.469.186	7.500.000	4.469.186
6	Biaya perawatan sebelum dan sesudah rawat inap	1.085.000	2.000.000	1.085.000
	PEMBEDAHAN (sesuai dengan tabel pembedahan = % pembedahan)			
7	Biaya pembedahan	18.101.560	60.000.000	18.101.560
8	Biaya anestesi	3.065.000	24.000.000	3.065.000
9	Biaya ruang operasi			
	RAWAT JALAN DARURAT KARENA KECELAKAAN			
10	Biaya rawat jalan darurat karena kecelakaan per kejadian		5.000.000	
11	Biaya rawat jalan gigi karena kecelakaan per kejadian		5.000.000	
12	AMBULAN		250.000	
	MENINGGAL			
13	Santunan Meninggal		5.000.000	
	Tidak diganti:			
	TOTAL	30.560.746		30.459.186

Formulir Pendaftaran

Nama : ☐ Pria ☐ Wanita
Tempat/Tanggal Lahir : ..... / tgl ☐☐ bln ☐☐ th ☐☐☐☐
No. KTP : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Alamat : .....
..... Kode Pos ☐☐☐☐☐
Agama / Kepercayaan : ☐ Islam ☐ Kristen ☐ Katolik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ .....
Nama Gadis Ibu Kandung : .....
Telepon : ..... (R) ..... (K)
Ponsel (HP) : ..... e-Mail : .....
Pekerjaan : ..... Jabatan : .....
Status : ☐ Belum Menikah ☐ Menikah Jumlah Anak : .....

Tertanggung Tambahan

Nama Lengkap	Jenis Kelamin	Tanggal Lahir	Hubungan	%

Plan yang dipilih : .....

Pernyataan Kesehatan *(wajib diisi)*

1. Apakah Anda pernah, sedang, direncanakan atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, pengobatan rutin, dalam pengawasan Dokter atau menjalani perawatan rumah sakit atau operasi / pembedahan dalam waktu 5 tahun terakhir ini ? ☐ Ya ☐ Tidak
2. Apakah Bapak / Ibu pernah / sedang menjalani pengobatan untuk atau mengetahui menderita atau memeriksakan diri ke dokter untuk penyakit-penyakit atau keadaan tertentu atau sedang hamil? (Daftar pertanyaan penyakit: Penyakit jantung, stroke / kelainan pembuluh darah otak, kelainan hormonal, darah tinggi, gangguan hati dan/atau empedu, asma, kencing manis, kelainan atau gagal ginjal dan/atau saluran kemih, TBC epilepsy, kelainan tulang dan/atau sendi, Lupus, Gondok, kanker / tumor, kelainan darah dan/atau pembuluh darah, kelainan bawaan, hamil dan penyakit atau kondisi lain yang tidak disebutkan diatas). ☐ Ya ☐ Tidak
3. Apakah pasangan / anak-anak Bapak / Ibu pernah ditolak, ditunda, dikenakan tambahan Premi, dikenakan persyaratan khusus / pengecualian untuk Asuransi Jiwa, Penyakit kritis, Manfaat Ketidakmampuan atau asuransi kesehatan? ☐ Ya ☐ Tidak
4. Berapa tinggi dan berat badan Bapak / Ibu saat ini? .....

Pihak yang Ditunjuk (*Beneficiery*)

Nama Lengkap	Jenis Kelamin	Tanggal Lahir	Hubungan	%

Metode Pembayaran

Pembayaran Premi : ☐ Tahunan ☐ Bulanan
Cara Pembayaran : ☐ Kartu Kredit ☐ Debet Rekening
Kartu Kredit : ☐ Visa Card ☐ Master Card ☐ .....
Bank Penerbit : .....
Nama Pemegang Kartu : .....
No. Kartu Kredit : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Berlaku hingga : ☐☐ / ☐☐ (bln / thn)

Lampirkan fotokopi kartu kredit bersama dengan formulir pendaftaran

Saya memberikan kuasa kepada PT AJ Central Asia Raya untuk membebani Premi pertama dan Premi lanjutan ke rekening kartu kredit saya. Pemberian kuasa ini dapat Saya cabut kembali sewaktu-waktu dengan pemberitahuan secara tertulis kepada PT AJ Central Asia Raya dan pencabutan mulai berlaku pada saat pemberitahuan diterima oleh PT AJ Central Asia Raya.

Tanggal (Tgl./ Bln./ Thn.)

Perusahaan berhak menolak aplikasi yang masuk tanpa memberitahukan alasannya

Tandatangan & Nama Jelas