Pengecualian

Manfaat Asuransi tidak akan dibayarkan karena hal – hal sebagai berikut:

1. Penyakit / Cacat / Kelainan Bawaan;
2. Bunuh Diri, Perbuatan melanggar hukum, Perang baik yang dinyatakan maupun tidak;
3. Radiasi Ionisasi.

Meninggal Akibat Kecelakaan tidak akan dibayarkan karena hal – hal sebagai berikut:

1. Berada dibawah pengaruh atau diakibatkan alkohol, obat bius, obat- obat terlarang, penyakit jiwa;
2. Perang, Terorisme, atau aktif dalam angkatan bersenjata, terlibat langsung dalam demonstrasi dalam huru-hara, pemberontakan atau keributan sipil;
3. Melakukan olahraga atau hobi yang berbahaya;
4. Percobaan bunuh diri, Tindakan kriminal atau perbuatan melanggar hukum;
5. Hamil, keguguran (abortus) ataupun melahirkan (bagi wanita);
6. Radiasi ionisasi, Terlibat dalam perkelahian tanding bukan sebagai orang mempertahankan diri;
7. Penyakit, wabah penyakit, infeksi bakteri atau virus baik diidap atau diperoleh secara tidak sengaja.

Santunan Tunai Harian Rawat Inap dan Penggantian Biaya Pembedahan tidak akan dibayarkan apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap atau Pembedahan yang disebabkan oleh:

1. Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-Existing Conditions*);
2. Cedera Tubuh, Sakit atau Penyakit yang disebabkan oleh pemogokan, kerusuhan atau huru hara, Kesengajaan melukai diri sendiri atau percobaan bunuh diri;
3. Ganggungan yang berhubungan dengan kondisi mental, penyakit kelamin, Tertanggung berada di bawah pengaruh alkohol, obat bius, dan narkotika;
4. Pemeriksaan kehamilan, pengobatan infertilitas (ketidaksuburan), pemasangan alat-alat kontrasepsi, Setiap perawatan / pengobatan atau pembedahan untuk kelainan bawaan, sunat atau sterilisasi;
5. Setiap perawatan / pengobatan gigi, termasuk bedah mulut, pemeriksaan mata atau kelainannya, Perawatan Rumah Sakit untuk pemeriksaan kesehatan rutin atau periodik tanpa indikasi adanya gangguan kesehatan, Perawatan Rumah Sakit yang disebabkan oleh atau sebagai akibat langsung maupun tidak langsung dari infeksi virus HIV.

Santunan Tunai Harian Rawat Inap dan Penggantian Biaya Pembedahan tidak akan dibayarkan apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap atau Pembedahan dalam periode 365 hari setelah tanggal mulai pertanggungan asuransi karena kondisi / penyakit berikut:

1. *Hemorrhoid* (wasir / ambein) dan *fistula ani*, *cholelithiasis* (batu empedu), *cholecystitis* (radang kandung empedu), *urolithiasis* (batu saluran kemih), infeksi saluran kemih;
2. Hipertensi (darah tinggi), penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler), *dyspepsia*, gastritis, tukak lambung, tukak duodeni (usus dua belas jari);
3. Endrometriosis, kista ovarium, dan penyakit yang berkenaan dengan system reproduksi, segala jenis hernia (turun berok);
4. Radang adenoid dan tonsil (amandel), adenotonsilektomi (operasi pengangkatan adenoid dan amandel), ketidaknormalan pada septum hidung atau konkha hidung, radang sinus (sinusitis)

Catatan: Pengecualian secara lengkap terdapat pada Polis Anda.

Syarat dan Tata Cara Pengajuan Klaim

1. Dokumen yang dipersyaratkan untuk pengajuan klaim habis kontrak atau klaim putus kontrak:
   1.1 Formulir surat pengajuan klaim;
   1.2 Fotokopi kartu keluarga;
   1.3 Fotokopi identitas diri Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk.

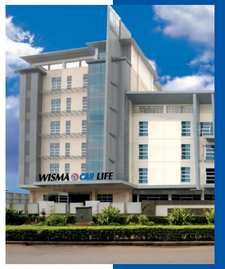
2. Dokumen yang dipersyaratkan untuk pengajaun klaim Pengajuan klaim Rawat Inap / Pembedahan, adalah:
   2.1. Kuitansi asli Rawat Inap Rumah Sakit atau Kwitansi asli biaya Pembedahan;
   2.2. Surat keterangan dokter mengenai Cedera Tubuh, Sakit atau Penyakit yang diderita;
   2.3. Fotokopi identitas diri Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk;
   2.4. Fotokopi Kartu Keluarga;
   2.5. Surat Kuasa;
   2.6. Formulir surat pengajuan klaim;
   2.7. Khusus Klaim yang berkaitan dengan Santunan Rawat Inap Rumah Sakit dapat berupa Fotokopi kuitansi yang dilegalisir.

3. Dokumen yang dipersyaratkan untuk pengajuan klaim Meninggal dunia:
   3.1. Fotokopi identitas diri Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk;
   3.2. Fotokopi Kartu Keluarga;
   3.3. Formulir Surat Pengajuan Klaim;
   3.4. Surat kuasa;
   3.5. Surat keterangan kematian dari instansi yang berwenang, dilegalisir oleh serendah-rendahnya Konsul Jenderal RI, apabila Tertanggung meninggal dunia di luar negeri;
   3.6. Berita Acara dari Kepolisian dalam hal meninggal tidak wajar atau karena Kecelakaan.

Catatan: Syarat dan Tata Cara Lengkap terdapat pada Polis Anda.

Catatan / Penyangkalan *(Disclaimer)*:

- **Premium Health Protection** 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 **Premium Health Protection**.



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:

50/04-41/019/24-01/03/01

PAHAMI & MILIKI ASURANSI

CAR Life Insurance

PREMIUM HEALTH PROTECTION



Bersama dengan Premium Health Protection kini tidak perlu khawatir lagi dengan urusan kesehatan Anda dan keluarga tercinta

Member of Salim Group

Melayani dan Melindungi

Premium Health Protection

Sebagai Pribadi yang bijaksana adalah suatu keharusan menyiapkan program perlindungan kesehatan bagi Anda dan keluarga tercinta untuk menghadapai hal-hal yang tidak pernah terduga tanpa mengenal waktu dan tempat.

Untuk memenuhi kebutuhan Perlindungan Anda dan Keluarga kami hadirkan **Premium Health Protection** yang dapat memenuhi kebutuhan tersebut dengan proteksi kesehatan selama 365 hari dalam setahun.



Ketentuan Produk

Mata Uang	: Rupiah	
Usia Masuk	: Tertanggung Utama	: 17 s.d. 54 tahun
	Tertanggung Tambahan	: 1 s.d. 54 tahun
Masa Pertanggungan	: 10 tahun	
Masa Pembayaran Premi	: 10 tahun	
Skema Pembayaran Premi	: Tahunan dan Bulanan	

Manfaat Pertanggungan

- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit sebesar maksimum Rp450.000,00 (tergantung paket yang dipilih) untuk setiap hari Perawatan Rumah Sakit selama maksimum 365 hari per Tahun Polis.
- Penggantian Biaya Pembedahan sebesar maksimum Rp6.000.000,00 (tergantung paket yang dipilih) per Tahun Polis.
- Penggantian Biaya Perawatan Lainnya sebesar maksimum Rp1.500.000,00 (tergantung paket yang dipilih) per Tahun Polis.
- Santunan Meninggal Akibat Sakit atau Penyakit s.d. Rp15.000.000,00 (tergantung paket yang dipilih).
- Santunan Meninggal Akibat Kecelakaan s.d. Rp45.000.000,00 (tergantung paket yang dipilih).

Tabel Manfaat Pertanggungan

Manfaat	Paket A	Paket B	Paket C	Paket D
Santunan Rawat Inap per hari	Rp 150.000	Rp 250.000	Rp 350.000	Rp 450.000
Penggantian Biaya Pembedahan maksimal pertahun*	Rp 2.000.000	Rp 3.000.000	Rp 4.000.000	Rp 6.000.000
Penggantian Biaya-biaya lainnya maksimal pertahun*	Rp 500.000	Rp 750.000	Rp 1.000.000	Rp 1.500.000
Santunan Kematian disebabkan karena sakit	Rp 5.000.000	Rp 7.500.000	Rp 10.000.000	Rp 15.000.000
Santunan Kematian akibat kecelakaan	Rp 15.000.000	Rp 22.500.000	Rp 30.000.000	Rp 45.000.000

Manfaat Putus Kontrak

Pengembalian seluruh Premi yang telah dibayarkan untuk masing-masing Tertanggung yang mengalami Putus Kontrak, mulai dari Tanggal Efektif Asuransi sampai dengan Tanggal Putus Kontrak dikalikan dengan faktor di bawah ini:

Akhir tahun ke 1	40%
Akhir tahun ke 2	45%
Akhir tahun ke 3	50%
Akhir tahun ke 4	55%
Akhir tahun ke 5	60%
Akhir tahun ke 6	65%
Akhir tahun ke 7	70%
Akhir tahun ke 8	80%
Akhir tahun ke 9	90%
Akhir tahun ke 10	100%

Keterangan:

- Jika usia Polis di bawah 1 tahun, manfaat putus kontrak tidak ada.
- Jika usia Polis tidak bulat maka dilakukan perhitungan interpolasi linier untuk menentukan besar faktor pengembalian premi.

Manfaat Habis Kontrak

Manfaat Habis Kontrak berupa pengembalian seluruh Premi yang telah dibayar untuk masing-masing Tertanggung yang masih terdaftar dalam pertanggungan ini pada Tanggal Efektif Penghentian Pertanggungan (Habis Kontrak).

Tabel Premi Bulanan

Usia	Paket A	Paket B	Paket C	Paket D
17 - 39	Rp 137.250	Rp 190.800	Rp 250.500	Rp 328.500
40 - 44	Rp 153.750	Rp 211.500	Rp 279.750	Rp 368.250
45 - 49	Rp 185.250	Rp 255.300	Rp 335.250	Rp 449.250
50 - 54	Rp 232.500	Rp 329.100	Rp 443.250	Rp 596.250
Anak- anak	Rp 108.750	Rp 157.800	Rp 206.250	Rp 285.750

*) Premi tahunan = 11 x Premi Bulanan

Ilustrasi

Usia Tertanggung	: 40 Tahun
Paket yang diambil	: Paket A
Cara Pembayaran Premi	: Bulanan
Masa Asuransi	: 10 Tahun
Masa Pembayaran Premi	: 10 tahun
Premi	: Rp153.750,00 /bulan

Manfaat	Paket A
Santunan Rawat Inap per hari	Rp 150.000
Penggantian Biaya Pembedahan maksimal pertahun*	Rp 2.000.000
Penggantian Biaya-biaya lainnya maksimal pertahun*	Rp 500.000
Santunan Kematian disebabkan karena sakit	Rp 5.000.000
Santunan Kematian akibat kecelakaan	Rp 15.000.000

Manfaat yang akan diperoleh dalam ilustrasi

1. Dalam hal Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit akibat dari Cedera Tubuh, Sakit atau Penyakit, maka penanggung akan memberikan Santunan Tunai Harian Rawat Inap sebesar Rp150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah) untuk setiap hari Perawatan Rumah Sakit selama maksimum 365 hari per Tahun Polis.
2. Dalam hal Tertanggung menjalani pembedahan akibat dari Cedera Tubuh, Sakit atau Penyakit, maka Penanggung akan memberikan Penggantian Biaya Pembedahan sebesar maksimum Rp2.000.000,00 (dua juta rupiah) per Tahun Polis.
3. Dalam hal Tertanggung menjalani Rawat Inap atau pembedahan di Rumah Sakit akibat Cedera Tubuh, Sakit, atau Penyakit maka Penanggung akan memberikan Penggantian Biaya Perawatan Lainnya maksimum sebesar Rp500.000,00 (lima ratus ribu rupiah) per
4. Tahun Polis.
   Dalam hal Tertanggung sebagai Pemegang Polis atau Tertanggung bukan sebagai Pemengang Polis meninggal dunia akibat Sakit atau Penyakit maka Penanggung akan memberikan Santunan Meninggal akibat Sakit atau Penyakit sebesar Rp5.000.000,00 (lima juta rupiah) ditambah dengan Pengembalian Premi. Pertanggungan untuk Tertanggung lainnya (jika ada) menjadi Putus Kontrak dan Penanggung akan membayar Manfaat Putus Kontrak.
5. Dalam hal Tertanggung sebagai Pemegang Polis atau Tertanggung bukan sebagai Pemengang Polis meninggal dunia akibat Kecelakaan, maka Penanggung akan memberikan Santunan Meninggal Akibat Kecelakaan sebesar Rp15.000.000,00 (lima belas juta rupiah) ditambah dengan Pengembalian Premi. Pertanggungan untuk Tertanggung lainnya (jika ada) menjadi Putus Kontrak dan Penanggung akan membayar Manfaat Putus Kontrak.

Formulir Pendaftaran

Nama : ☐ Pria ☐ Wanita

Tempat/Tanggal Lahir : ..... / tgl ☐☐ bln ☐☐ th ☐☐☐☐

No. NIK : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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