Pengecualian Umum

a. Perbuatan sendiri, melanggar hukum;
b. Kelainan bawaan / keturunan, gangguan mental / kejiwaan;
c. Olahraga berbahaya, penerbangan non komersial;
d. Radiasi, perang, huru-hara, tugas militer atau pemberontakan sipil;
e. Obat-obat, akibat obat terlarang;
f. Alat-alat Bantu;
g. Penyakit kelamin, Infeksi HIV / AIDS, sirkumsisi (sunat);
h. Pengobatan Pemeriksaan kesehatan, Pengobatan gigi;
i. Bedah kosmetika, transplantasi organ tubuh, refraksi mata;
j. Proses Kehamilan dan Melahirkan, Alat – alat keluarga berencana;
k. Kondisi atau penyakit yang telah ada sebelumnya (*pre existing condition*);
l. Biaya-biaya yang telah mendapat penggantian dari instansi lain.

catatan: Pengecualian secara lengkap terdapat pada Polis Anda.

Syarat dan Tata Cara Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim meninggal dunia:

a. Formulir Pengajuan Klaim;
b. Surat Keterangan Dokter mengenai penyebab meninggalnya Tertanggung;
c. Surat Keterangan Kematian dari Instansi yang berwenang, asli atau *fotocopy* yang telah dilegalisir;
d. Dokumen-dokumen pengajuan klaim Rawat Inap apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap sebelum meninggal;
e. Polis asli;
f. *Fotocopy* identitas Pemegang Polis dan/atau Tertanggung;
g. *Fotocopy* identitas Yang Ditunjuk.

Pengajuan klaim Rawat Inap:

a. Formulir Pengajuan Klaim;
b. Surat Keterangan Dokter mengenai penyebab dirawatnya Tertanggung;
c. Kuitansi asli perincian biaya Rumah Sakit;
d. *Fotocopy* identitas Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.

Dalam hal klaim Rawat Jalan dan Perawatan Darurat Karena Kecelakaan secara *reimbursement*:

a. Formulir Pengajuan Klaim;
b. Surat Keterangan Dokter mengenai penyebab dirawatnya Tertanggung;
c. Kuitansi asli biaya perawatan / pengobatan berikut *copy* resep obat-obatan yang digunakan;
d. *Fotocopy* Identitas Pemegang Polis dan/atau Tertanggung;
e. Kronologis terjadinya kecelakaan.

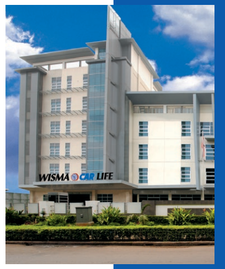
Dalam hal klaim Rawat Inap, Rawat Jalan dan Perawatan Darurat Karena Kecelakaan secara *cashless* (termasuk Pembedahan):

a. Pemegang Polis cukup menunjukkan dan/atau melampirkan *fotocopy* identitas diri dan menunjukkan kartu Smart Health Insurance Tertanggung kepada petugas Rumah Sakit Provider untuk mendapatkan jaminan Rawat Inap.
b. Dalam waktu 2 x 24 Jam Pemegang Polis dan/atau Tertanggung Smart Health Insurance sudah harus menghubungi Penanggung untuk mendapatkan Surat Jaminan Rawat Inap dan/atau Rawat Jalan dan/atau Perawatan Darurat Karena Kecelakaan.
c. Apabila kamar yang sesuai hak Tertanggung penuh atau tidak tersedia, maka Tertanggung wajib terlebih dahulu menempati kamar 1 (satu) tingkat di bawahnya. Jika kelas di bawahnya tidak tersedia / penuh, maka Tertanggung dapat dijaminkan di kamar yang di atas haknya dengan toleransi 20 % (dua puluh perseratus) dari manfaat biaya kamar sesuai polis yang dimiliki.
d. Bilamana Tertanggung menempati kamar rumah sakit melebihi dari toleransi, maka terlebih dulu wajib membayar seluruh biaya perawatan dan mengajukan penggantian biaya ke Penanggung (*reimbursement*).
e. Bilamana Tertanggung tidak membawa kartu atau kartu hilang atau kartu Smart Health Insurance masih dalam proses pembuatan maka pemegang Polis dan/atau wajib segera menghubungi *Customer Service* Penanggung untuk mendapatkan surat jaminan.
f. Saat Tertanggung selesai menjalani perawatan, apabila ada kelebihan biaya rawat inap (*excess*) 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 (*excess*) lanjutan yang belum dihitung oleh Rumah Sakit yang akan ditagihkan kepada Pemegang Polis.

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

Catatan / Penyangkalan *(Disclaimer)*:

- **Smart Health Insurance** 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 **Smart Health Insurance.**



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
F: 021-5696 8997

LAYANAN NASABAH (L@NCAR)
T: 021-5696 1929
F: 021-5696 1939
SMS Centre: 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
F: 021-563 7902, 563 7903

www.car.co.id

@OfficialCARLifeInsurance @carlifeinsurance @carlifeinsurance CAR Life Insurance @CARLIFE_ID

Keterangan lebih lanjut hubungi:

CAR Life Insurance

LSSMKI-012-IDN

60/04-41/066/24-01/02/01

PAHAMI & MILIKI ASURANSI

CAR Life Insurance

SMART HEALTH INSURANCE



Smart Health Insurance memberikan kepastian proteksi Kesehatan bagi anda yang tercinta

Member of Salim Group

Melayani dan Melindungi

Smart Health Insurance

Kesehatan merupakan prioritas yang sangat penting, namun jika masalah gangguan kesehatan datang tanpa diduga kini tidak lagi perlu khawatir. Smart Health Insurance adalah produk asuransi kesehatan dari CAR Life, yang hadir untuk menjawab kebutuhan proteksi dana kesehatan bagi anda dan keluarga tercinta.



Ketentuan Produk

Mata Uang	:	Rupiah
Masa Pertanggungan (MP)	:	1 tahun, dapat diperpanjang sampai dengan usia 70 tahun.
Masa Pembayaran Premi (MPP)	:	1 tahun (sesuai Masa Pertanggungan)
Usia Masuk	:	Tertanggung Utama: 21 – 65 tahun Tertanggung Tambahan: 1 – 65 tahun
Skema Pembayaran Premi	:	Tahunan dan Bulanan
Plan	:	Minimal Plan Rp 200.000,00 /hari Maksimal Plan Rp 1.000.000,00 /hari

Ilustrasi

Usia Masuk Tertanggung	: 35 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Plan	: 500
Premi /tahun	: Rp 530.800,00

Rawat Inap

Besaran Manfaat	Batas Maksimum	Plan 500
Biaya Kamar	Per Hari	Rp 500.000
Biaya Perawatan di ICU	Per Hari	Rp 1.250.000
Biaya Kunjungan Dokter	Per Hari	Rp 525.000
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis	Per Hari	Rp 525.000
Biaya Pembedahan (sesuai tabel pembedahan)	Per Periode Perawatan	Rp 62.500.000
Biaya Aneka Perawatan	Per Periode Perawatan	Rp 10.000.000
Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	Per Periode Perawatan 30 hari sebelum dan sesudah	Rp 2.000.000
Biaya Perawat Pribadi	Per Hari	Rp 250.000
Biaya Ambulans	Per Periode Perawatan	Rp 500.000
Biaya Rawat Jalan dan Perawatan Gigi Darurat karena Kecelakaan	Per Kejadian (maks 14 hari setelah kecelakaan)	Rp 6.000.000
Santunan Meninggal Dunia		Rp 7.500.000
Maximum Per Tahun		**Unlimited**

Rawat Jalan

Besaran Manfaat	Batas Maksimum	Plan 500
Biaya Konsultasi Rawat Jalan Dokter Umum	Per Kunjungan Maks 1 x kunjungan per hari	Rp 150.000
Biaya Konsultasi Rawat Jalan Dokter Spesialis	Per Kunjungan Maks 1 x kunjungan per hari	Rp 250.000
Biaya Obat-obatan Rawat Jalan	Per Tahun	Rp 2.937.500
Biaya Diagnostik	Per Tahun	Rp 1.500.000
Biaya Fisioterapi	Per Kunjungan Maks 1 x kunjungan per hari	Rp 142.500
Biaya Imunisasi Dasar Usia Anak dibawah 5 tahun BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B	Per Tahun	Rp 1.125.000
Maximum Per Tahun		**Rp 6.250.000**

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

Rawat Inap

Besaran Manfaat	Batas Maksimum	Plan 500	Diajukan		Dibayarkan	
			Per Hari	Total	Per Hari	Total
Biaya Kamar	Per Hari	Rp 500.000	Rp 500.000	Rp 1.500.000	Rp 500.000	Rp 1.500.000
Biaya Perawatan di ICU	Per Hari	Rp 1.250.000				
Biaya Kunjungan Dokter	Per Hari	Rp 525.000	Rp 600.000	Rp 1.800.000	Rp 525.000	Rp 1.575.000
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis	Per Hari	Rp 525.000	Rp 650.000	Rp 1.950.000	Rp 525.000	Rp 1.575.000
Biaya Pembedahan (sesuai tabel pembedahan)	Per Periode Perawatan	Rp 62.500.000				
Biaya Aneka Perawatan	Per Periode Perawatan	Rp 10.000.000		Rp 7.500.000		Rp 7.500.000
Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	Per Periode Perawatan 30 hari sebelum dan sesudah	Rp 2.000.000		Rp 2.000.000		Rp 2.000.000
Biaya Perawat Pribadi	Per Hari	Rp 250.000				
Biaya Ambulans	Per Periode Perawatan	Rp 500.000				
Biaya Rawat Jalan dan Perawatan Gigi Darurat karena Kecelakaan	Per Kejadian (maks 14 hari setelah kecelakaan)	Rp 6.000.000				
Santunan Meninggal Dunia		Rp 7.500.000				
Total		**Unlimited**		**Rp 14.750.000**		**Rp 14.150.000**

Jika 3 bulan kemudian Tertanggung sakit dan melakukan rawat jalan ke rs , maka berikut contoh pengajuan klaim dan klaim yang akan dibayar.

Rawat Jalan

Besaran Manfaat	Batas Maksimum	Plan 500	Diajukan	Dibayarkan
Biaya Konsultasi Rawat Jalan Dokter Umum	Per Kunjungan Maks 1 x kunjungan per hari	Rp 150.000	Rp 150.000	Rp 150.000
Biaya Konsultasi Rawat Jalan Dokter Spesialis	Per Kunjungan Maks 1 x kunjungan per hari	Rp 250.000	Rp 200.000	Rp 200.000
Biaya Obat-obatan Rawat Jalan	Per Tahun	Rp 2.937.500	Rp 3.000.000	Rp 2.937.500
Biaya Diagnostik	Per Tahun	Rp 1.500.000		
Biaya Fisioterapi	Per Kunjungan Maks 1 x kunjungan per hari	Rp 142.500		
Biaya Imunisasi Dasar Usia Anak dibawah 5 tahun BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B	Per Tahun	Rp 1.125.000		
Total		**Rp 6.250.000**	**Rp 3.350.000**	**Rp 3.287.500**

Tabel Manfaat Pertanggungan

Rawat Inap

Besaran Manfaat	Batas Maksimum	Plan 200	Plan 500	Plan 750	Plan 1000
Biaya Kamar	Per Hari	Rp 200.000	Rp 500.000	Rp 750.000	Rp 1.000.000
Biaya Perawatan di ICU	Per Hari	Rp 500.000	Rp 1.250.000	Rp 1.875.000	Rp 2.500.000
Biaya Kunjungan Dokter	Per Hari	Rp 210.000	Rp 525.000	Rp 787.500	Rp 1.050.000
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis	Per Hari	Rp 210.000	Rp 525.000	Rp 787.500	Rp 1.050.000
Biaya Pembedahan (sesuai tabel pembedahan)	Per Periode Perawatan	Rp 25.000.000	Rp 62.500.000	Rp 93.750.000	Rp 125.000.000
Biaya Aneka Perawatan	Per Periode Perawatan	Rp 4.000.000	Rp 10.000.000	Rp 15.000.000	Rp 20.000.000
Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	Per Periode Perawatan 30 hari sebelum dan sesudah	Rp 800.000	Rp 2.000.000	Rp 3.000.000	Rp 4.000.000
Biaya Perawat Pribadi	Per Hari	Rp 100.000	Rp 250.000	Rp 375.000	Rp 500.000
Biaya Ambulans	Per Periode Perawatan	Rp 200.000	Rp 500.000	Rp 750.000	Rp 1.000.000
Biaya Rawat Jalan dan Perawatan Gigi Darurat karena Kecelakaan	Per Kejadian (maks 14 hari setelah kecelakaan)	Rp 2400.000	Rp 6.000.000	Rp 9.000.000	Rp 12.000.000
Santunan Meninggal Dunia		Rp 3.000.000	Rp 7.500.000	Rp 11.250.000	Rp 15.000.000
Maximum Per Tahun		**Unlimited**	**Unlimited**	**Unlimited**	**Unlimited**

Rawat Jalan

Besaran Manfaat	Batas Maksimum	Plan 200	Plan 500	Plan 750	Plan 1000
Biaya Konsultasi Rawat Jalan Dokter Umum	Per Kunjungan Maks 1 x kunjungan per hari	Rp 60.000	Rp 150.000	Rp 225.000	Rp 300.000
Biaya Konsultasi Rawat Jalan Dokter Spesialis	Per Kunjungan Maks 1 x kunjungan per hari	Rp 100.000	Rp 250.000	Rp 375.000	Rp 500.000
Biaya Obat-obatan Rawat Jalan	Per Tahun	Rp 1.175.000	Rp 2.937.500	Rp 4.406.250	Rp 5.875.000
Biaya Diagnostik	Per Tahun	Rp 600.000	Rp 1.500.000	Rp 2.250.000	Rp 3.000.000
Biaya Fisioterapi	Per Kunjungan Maks 1 x kunjungan per hari	Rp 57.000	Rp 142.500	Rp 213.750	Rp 285.000
Biaya Imunisasi Dasar Usia Anak dibawah 5 tahun BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B	Per Tahun	Rp 450.000	Rp 1.125.000	Rp 1.687.500	Rp 2.250.000
Maximum Per Tahun		**Rp 2.500.000**	**Rp 6.250.000**	**Rp 9.375.000**	**Rp 12.500.000**

Tabel Premi Tahunan

Usia	Plan 200	Plan 500	Plan 750	Plan 1000
0 - 20 Tahun	Rp 2.310.000	Rp 6.956.000	Rp 9.839.000	Rp 12.933.000
21 - 40 Tahun	Rp 1.615.000	Rp 5.308.000	Rp 7.435.000	Rp 9.750.000
41 - 60 Tahun	Rp 2.764.000	Rp 8.782.000	Rp 12.376.000	Rp 16.255.000
61 - 70 Tahun	Rp 3.912.000	Rp 11.899.000	Rp 16.813.000	Rp 22.081.000

Tabel Premi Bulanan

Usia	Plan 200	Plan 500	Plan 750	Plan 1000
0 - 20 Tahun	Rp 231.000	Rp 695.600	Rp 983.900	Rp 1.293.300
21 - 40 Tahun	Rp 161.500	Rp 530.800	Rp 743.500	Rp 975.000
41 - 60 Tahun	Rp 276.400	Rp 878.200	Rp 1.237.600	Rp 1.625.500
61 - 70 Tahun	Rp 391.200	Rp 1.189.900	Rp 1.681.300	Rp 2.208.100

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