



## Tentang produk

Merupakan produk asuransi kesehatan individu yang memberikan maslahat santunan harian apabila Tertanggung dan keluarga dirawat di Rumah Sakit baik karena sakit maupun kecelakaan. Produk ini tersedia Fasilitas Cashless di jaringan Rumah Sakit yang bekerjasama dengan Penanggung dan ada 4 (empat) pilihan plan sesuai kebutuhan Anda dengan minimum IDR 125,000/hari dan maksimum IDR 500,000/hari (Reimburse) atau IDR 500,000/hari dan 1,000,000 (Cashless) untuk santunan rawat inap. Produk ini tersedia dalam mata uang Rupiah.

## Definisi

### Pemegang Polis

Seseorang yang mengadakan perjanjian pertanggungan asuransi dengan Penanggung dan seperti tercantum pada Data Polis

### Tertanggung

Orang yang dirinya diadakan pertanggungan asuransi, dan wajib memiliki hubungan kepentingan asuransi dengan Pemegang Polis.

### Penanggung

PT. AXA Financial Indonesia selaku Penanggung maslahat asuransi

### Maslahat

Sejumlah manfaat Polis ini sebagaimana tercantum dalam Polis.

### Polis

Dokumen yang memuat perjanjian asuransi antara Pemegang Polis dan Penanggung yang terdiri dari Data Polis, ketentuan umum dan/atau ketentuan

khusus dan/atau ketentuan tambahan Polis dan/atau perubahan lain didalamnya yang ditandatangani oleh Penanggung, termasuk formulir pengajuan dan dokumen lain yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan atau dinyatakan sebagai bagian dari Polis.

## Termaslahat

Orang yang namanya tercantum dalam Polis sebagai pihak yang ditunjuk oleh Tertanggung dan berhak untuk menerima Maslahat santunan duka berdasarkan Polis ini.

## Kondisi-kondisi yang sudah ada sebelumnya (Pre-Existing Condition)

Suatu keadaan atau kondisi medis yang telah ada sebelumnya dalam kurun waktu 1 (satu) tahun terakhir sebelum Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis yang disetujui oleh Penanggung sebagaimana tercantum dalam Polis, mana yang paling akhir, dan tidak disebutkan atau dijelaskan pada saat pengajuan atau pemulihan atau perubahan Polis ini. Keadaan atau kondisi medis yang telah ada sebelumnya tersebut termasuk, namun tidak terbatas pada cedera atau luka karena kecelakaan, penyakit, menerima nasehat medis atau konsultasi kesehatan, menjalani pemeriksaan kesehatan atau pengobatan, merasakan keluhan atau adanya gejala yang disadari atau seharusnya disadari.

## KEUNGGULAN

- Maslahat pertanggungan, yaitu sebagai berikut:
  - Maslahat Santunan Harian Rawat Inap
  - Maslahat Santunan Harian Perawatan Intensif (ICU), selama menjalani Perawatan Intensif (ICU) di Rumah Sakit
  - Maslahat Santunan Harian Rawat Inap disebabkan oleh penyakit Tropis Demam Berdarah & Malaria
  - Santunan Duka secara alami dan kecelakaan
- Refund of Premium (ROP) 70% (tujuh puluh persen), meskipun Tertanggung pernah melakukan dan menerima pembayaran klaim Maslahat Santunan Harian Rawat Inap Rumah Sakit dan Polis aktif sampai dengan berakhirnya kontrak 7 (tujuh) tahun.



- Fasilitas Cashless akan mendapatkan 200% pembayaran biaya sesuai Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis.
- **Cashback 10%\*** premi pada pengajuan Polis Baru dengan keanggotaan minimum 3 anggota keluarga (1 pasangan suami/isteri & 1 anak) maksimum keanggotaan 5 orang keluarga.

\* Syarat & ketentuan:

- Program keluarga hanya tersedia untuk orangtua ke anak (maksimal 21 tahun)
- Setiap anggota diperbolehkan untuk membeli Plan yang berbeda tetapi tidak melebihi dari Plan Tertanggung Utama
- Ini akan menjadi Polis individu yang diperlakukan sebagai Polis Keluarga (berdasarkan PP)
- Jika mengikuti 4 anggota keluarga dan pada saat pengaktifan Polis Utama melakukan cancel/tidak aktif setelah Polis dikeluarkan, maka Cashback 10% tidak bisa diberikan kepada Polis utama, namun ke- 3 anggota keluarga tetap aktif dan sudah melakukan pembayaran, maka 3 anggota keluarga tersebut akan mendapatkan 10% Cashback (sesuai dengan ketentuan keikutsertaan minimal 3 anggota keluarga)
- Pemegang Polis/Tertanggung tidak dapat mendapatkan Cash Back 10% apabila menambah/mengikuti produk ini setelah Polis sudah aktif/issued

## Maslahat asuransi apa saja yang akan didapatkan melalui produk ini?

### 1. Masalah Santunan Harian Rawat Inap

Diberikan apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap pada sebuah Rumah Sakit akibat sakit atau kecelakaan dengan maksimal perawatan 120 hari per tahun polis.

### 2. Masalah Santunan Harian Perawatan Intensif (ICU), selama menjalani Perawatan Intensif (ICU) di Rumah Sakit

Diberikan apabila Tertanggung menjalani perawatan intensif (ICU) di Rumah Sakit akibat penyakit atau kecelakaan dengan maksimal perawatan 30 hari per tahun polis dan termasuk Rawat Inap dalam ruangan Unit Perawatan Intensif pada Rumah Sakit per tahun Polis..

### 3. Masalah Santunan Harian Rawat Inap disebabkan oleh penyakit Tropis Demam Berdarah & Malaria

Diberikan apabila Tertanggung menjalani perawatan di Rumah Sakit akibat oleh penyakit Tropis Demam & Malaria dengan maksimal perawatan 30 hari per tahun polis.

### 4. Masalah Santunan Duka

Diberikan apabila Tertanggung meninggal baik karena penyakit maupun kecelakaan.

### 5. Refund Of Premium (ROP) sebesar 70% (Tujuh puluh persen)

Apabila Polis terus aktif selama 7 (tujuh) tahun sampai dengan akhir Masa Pertanggungan sebagaimana tercantum dalam Data Polis dan Tertanggung masih hidup, meskipun Tertanggung pernah melakukan dan menerima pembayaran klaim Masalah Santunan Harian Rawat Inap Rumah Sakit, maka Penanggung akan membayarkan Masalah Pengembalian Premi sebesar 70% (tujuh puluh persen) dari total Premi yang telah dibayarkan akan dikurangi dengan Biaya Terhutang (Jika ada).

## Tabel Masalah

Maslahat	Plan 1		Plan 2		Plan 3		Plan 4	
	Reimburse	Cashless	Reimburse	Cashless	Reimburse	Cashless	Reimburse	Cashless
<b>1. Masalah Santunan Harian Rawat Inap Rumah Sakit</b>	<b>Manfaat rawat inap (tahun ke 1 s.d 7)</b>							
Penggantian biaya harian rawat inap di RS yang disebabkan oleh penyakit atau kecelakaan (maksimum 120 hari pertahun polis)	125,000	250,000	250,000	500,000	375,000	750,000	500,000	1,000,000
Penggantian biaya harian rawat inap di ruang ICU (maksimum 30 hari pertahun polis)	250,000	500,000	500,000	1,000,000	750,000	1,500,000	1,000,000	2,000,000
Penggantian biaya harian rawat inap di RS yang disebabkan oleh penyakit tropis demam berdarah atau malaria (maksimum 30 hari pertahun polis)	375,000	750,000	750,000	1,500,000	1,125,000	2,250,000	1,500,000	3,000,000
<b>2. Masalah santunan duka</b>	<b>UP Meninggal Dunia (tahun ke 1 s.d 7)</b>							
Santunan duka karena sebab alami (tahun ke 1 s.d 7)	30 juta		60 juta		90 juta		120 juta	
Santunan duka karena kecelakaan (tahun ke 1 s.d 7)	60 juta		120 juta		180 juta		240 juta	
<b>3. Masalah pengembalian premi</b>	<b>ROP 70% dari premi thn ke 1 s/d 7 yang terdebit</b>							
Pengembalian premi jika tertanggung hidup dan polis tetap aktif s.d akhir tahun ke 7								

## Biaya - biaya

### Premi Tahunan



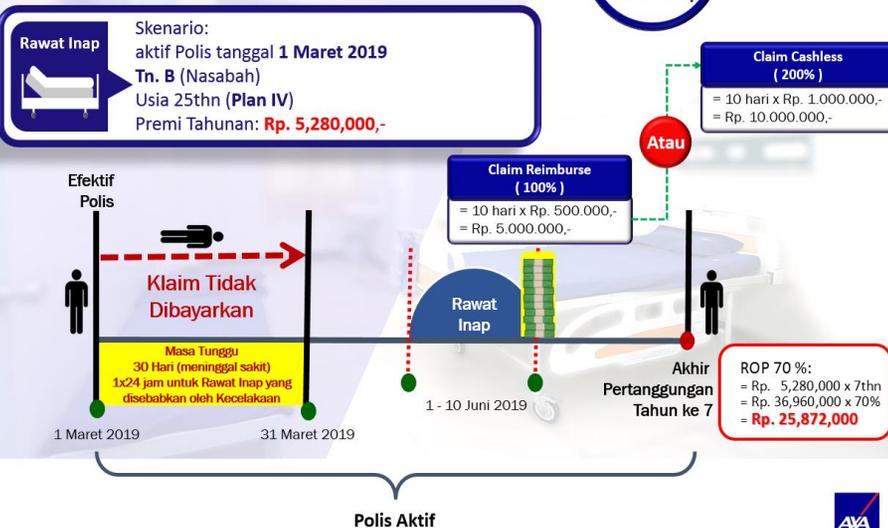
Usia	Plan I	Plan II	Plan III	Plan IV
0-25	1.440.000	2.760.000	4.050.000	5.280.000
26-30	1.680.000	3.220.000	4.725.000	6.160.000
31-35	1.920.000	3.680.000	5.400.000	7.040.000
36-40	2.160.000	4.140.000	6.075.000	7.920.000
41-45	2.400.000	4.600.000	6.750.000	8.800.000
46-53	2.880.000	5.520.000	8.100.000	10.560.000

### Premi Bulanan

Usia	Plan I	Plan II	Plan III	Plan IV
0-25	144.000	276.000	405.000	528.000
26-30	168.000	322.000	472.500	616.000
31-35	192.000	368.000	540.000	704.000
36-40	216.000	414.000	607.500	792.000
41-45	240.000	460.000	675.000	880.000
46-53	288.000	552.000	810.000	1.056.000

### Ilustrasi

## ILUSTRASI MANFAAT



## ILUSTRASI MASLAHAT



## Hal – hal dibawah dapat menyebabkan Klaim menjadi tidak dibayarkan

Penanggung berhak untuk tidak membayarkan Maslahat Polis ini jika kejadian yang diajukan sebagai dasar diajukannya klaim terjadi secara langsung atau tidak langsung, secara sengaja atau tidak disengaja, disadari atau tidak disadari, disebabkan satu atau lebih kejadian berikut:

1. Tindakan yang dilakukan oleh orang yang ingin mengambil keuntungan atas pertanggungan ini, atau
2. Menjalani eksekusi hukuman mati, atau
3. Kegiatan menyakiti diri sendiri, atau secara sengaja berada dalam keadaan/kegiatan bahaya (kecuali merupakan usaha untuk menyelamatkan jiwa) atau turut serta dalam suatu perkelahian, tindakan kejahatan atau



- percobaan tindakan kejahatan baik aktif maupun tidak atau sebagai akibat keadaan tidak waras, atau
4. Mengonsumsi alkohol atau penyalahgunaan atau ketergantungan pada narkoba, zat lain, atau obat-obatan tanpa resep, atau
  5. Bertanggung sebagai penumpang pesawat terbang:
    - a. Yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan non komersil.
    - b. Yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan penumpang komersil (Commercial Passenger Airline) tetapi tidak sedang menjalani
    - c. jalur penerbangan untuk pengangkutan umum yang berjadwal tetap dan teratur (charter flight). Helikopter, atau
  6. Terlibat dalam kegiatan olahraga atau kesenangan/hobi Tertanggung yang berisiko tinggi, seperti: menyelam, mendaki gunung, bungy jumping, balap mobil, olahraga kontak fisik (termasuk gulat, tinju, karate) dan kegiatan olahraga atau hobi lainnya yang dapat dikategorikan sebagai olahraga atau hobi berbahaya, atau
  7. Perang (baik dideklarasikan atau tidak), invasi, perlawanan rakyat, pemberontakan massa, aktivitas teroris, pemogokan, kerusuhan, tindakan militer, setiap senjata atau alat yang mengakibatkan letusan fusi atom atau gas radioaktif atau setiap kegiatan yang mirip operasi perang, atau
  8. Pelanggaran atau setiap tindakan yang bermaksud untuk melanggar hukum yang berlaku atau perlawanan terhadap tindakan pemberian hukuman, atau
  9. Terkena reaksi nuklir, radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari bahan bakar nuklir atau proses pembuangan limbah atau bahan peledak atau senjata, atau
  10. Perawatan yang tidak sesuai dengan diagnostik dan perawatan medis yang biasa dilakukan untuk Penyakit atau tidak sesuai dengan standar praktek kedokteran yang berlaku atau bukan suatu keharusan atau perawatan untuk kenyamanan pihak mana pun (termasuk bedah plastik atau kosmetik), atau
  11. Rawat Inap yang muncul atau terjadi dalam Masa Tunggu, setelah Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis, mana yang paling akhir, atau
  12. Kehamilan dan segala komplikasinya, kelahiran (termasuk kelahiran dengan Pembedahan), keguguran, perawatan pra dan pasca kelahiran, aborsi, sterilisasi, kontrasepsi, kesuburan beserta komplikasinya, atau
  13. Pemeriksaan kesehatan berkala atau uji fisik rutin, vaksinasi, imunisasi, konsultasi dan rawat jalan, perawatan atau pengobatan preventif, penurunan berat badan atau perawatan obesitas, atau
  14. Khitan, selain yang diperlukan secara medis, atau
  15. Pengobatan atau perawatan atau operasi gigi, kecuali diperlukan karena terjadinya Kecelakaan, atau
  16. Pemeriksaan atau perawatan atau pengobatan atau operasi mata, atau
  17. Penyakit kelainan bawaan, keturunan, dan kelainan pertumbuhan, atau
  18. Perawatan di Rumah Sakit untuk pengobatan Penyakit mental dan syaraf, alkoholisme, ketergantungan obat, bulimia, anorexia nervosa atau pengobatan yang terjadi akibat Penyakit ketuaan, psikis ketuaan, dan kondisi psikis lainnya, atau
  19. Perawatan di rumah perawatan untuk memulihkan kesehatan, klinik pengobatan tradisional atau sejenisnya, health spa atau rawat baring, atau
  20. Perawatan yang dihasilkan dari atau yang berhubungan dengan:
    - a. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) seperti diketahui oleh World Health Organization dan didiagnosa oleh Dokter, atau
    - b. Keberadaan virus AIDS seperti yang terlihat dari antibodi positif AIDS, atau
    - c. Penyakit lain yang timbul dari a dan b di atas.
  21. Penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual, atau
  22. Rawat Inap yang dilakukan oleh Dokter yang merupakan Tertanggung sendiri atau merupakan anggota keluarga dari Tertanggung/Pemegang Polis dan/atau pihak yang berkepentingan atas Polis ini kecuali diperlukan secara medis dan wajar, atau
  23. Perawatan atau Pembedahan amandel, adenoid, hernia hingga Tertanggung telah dilindungi oleh pertanggungan asuransi ini selama 180 (seratus delapan puluh) hari sejak Tanggal Berlakunya Polis dan perpanjangan masa berlakunya secara terus menerus, atau
  24. Rawat Inap di Rumah Sakit yang diakibatkan oleh kondisi medis dan atau kondisi lainnya yang berhubungan dengan perawatan dan pengobatan Tertanggung di mana Tertanggung mengetahui dan menyadari hal tersebut



atau seharusnya menyadari sepenuhnya keadaan tersebut telah ada sejak sebelum Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis, mana yang paling akhir (Pre-existing Condition) hingga Tertanggung telah dilindungi oleh pertanggungan ini selama 1 (satu) tahun sejak Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis, mana yang paling akhir dan perpanjangan masa berlakunya secara terus menerus, atau

25. Rawat Inap untuk Penyakit Khusus yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak tanggal mulai pertanggungan asuransi; Apabila Kondisi Medis yang berhubungan baik langsung atau tidak langsung dengan penyakit khusus tersebut sudah ada sejak sebelum tanggal berlakunya Polis maka Kondisi Medis tersebut akan dianggap sebagai Kondisi-kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya, atau
26. Bedah kosmetik dimana tidak ada indikasi objektif atau gejala-gejala kondisi kesehatan yang buruk, atau
27. Setiap Pembedahan fakultatif yang dipilih oleh Tertanggung tetapi bukan atas rekomendasi atau saran seorang Dokter dalam rangka perawatan Cedera Tubuh akibat Kecelakaan atau Penyakit, atau
28. Setiap prosedur Pembedahan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit, atau
29. Melakukan bunuh diri atau bentuk upaya melakukan bunuh diri.

## Free look period (Masa Bebas Lihat)

Pemegang Polis mempunyai Masa Bebas Lihat (Cooling Off Period) selama 20 (dua puluh) hari kalender sejak tanggal diterimanya Polis oleh Pemegang Polis untuk mempelajari dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Pemegang Polis

## SYARAT PENGAJUAN POLIS

1. Tertanggung berusia 6 bulan (untuk Anak yang berusia 6 bulan sampai dengan 21 tahun, belum menikah, merupakan keturunan langsung dan sah secara hukum dari Pemegang Polis) sampai dengan 53 tahun
2. Pemegang Polis berusia 18 tahun sampai dengan 60 tahun

## PELAPORAN KLAIM DAN DOKUMEN KLAIM

1. Pengajuan Klaim.
  - a. Setiap pengajuan klaim pembayaran Masalah Polis ini wajib diajukan secara tertulis kepada Penanggung oleh Pemegang Polis. Apabila Pemegang Polis berhalangan atau telah meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan adalah Termaslahat. Apabila Termaslahat berhalangan atau telah meninggal dunia, maka ahli waris dari Termaslahat yang sah menurut hukum yang berhak mengajukan pembayaran Masalahat.
  - b. Pengajuan klaim harus disertai dokumen-dokumen asli seperti yang dipersyaratkan oleh Penanggung sebagaimana tercantum dalam Pasal 8 ayat 4 diatas dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak tanggal terakhir Tertanggung menjalani Rawat Inap. Apabila dokumen-dokumen klaim tersebut tidak dapat disampaikan dalam waktu yang ditentukan, maka Penanggung mempunyai hak untuk menolak pembayaran Masalahat dari Polis ini.
2. Tata Cara Penyelesaian dan Pembayaran Klaim.  
Pembayaran Masalahat sebagaimana diatur dalam Polis selain pembayaran Masalahat santunan duka, Masalahat akan dibayarkan kepada Pemegang Polis. Pembayaran Masalahat santunan duka akan dibayarkan kepada Termaslahat sesuai ketentuan dalam Polis. Apabila Termaslahat meninggal dunia atau dinyatakan hilang berdasarkan penetapan Pengadilan Negeri setempat, maka Masalahat santunan duka akan dibayarkan kepada ahli waris Termaslahat yang dianggap sah secara hukum. Apabila Penanggung telah membayarkan Masalahat kepada ahli waris pertama Termaslahat yang dianggap sah secara hukum maka Penanggung tidak berkewajiban untuk membayarkan Masalahat apapun kepada ahli waris lainnya.
3. Prosedur Klaim  
Pengajuan klaim dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:
  - 3.1 **Fasilitas Cashless**
    - 3.1.1 Penggunaan Fasilitas *Cashless*
      - a) Pemegang Polis/Tertanggung menggunakan Fasilitas Cashless akan mendapatkan 200% pembayaran biaya sesuai Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis.
      - b) Fasilitas Cashless mulai berlaku sejak Tanggal Berlakunya Polis atau tanggal perubahan Polis (mana yang lebih akhir) dan hanya dapat



redefining / insurance

# Ringkasan Informasi Produk AXA Medicash Pro Seven



digunakan oleh Tertanggung dengan menunjukkan Kartu *Cashless* dan Kartu Identitas.

- c) Fasilitas *Cashless* dapat digunakan setelah Penanggung menerbitkan Surat Jaminan Rawat Inap sesuai masalah Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis kepada Rumah Sakit/Jaringan Layanan Kesehatan tersebut .
- d) Penanggung mempunyai hak untuk tidak menerbitkan atau membatalkan Surat Jaminan sesuai Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis dan dalam hal tersebut maka Pemegang Polis dapat mengajukan klaim melalui fasilitas Penggantian Biaya (*Reimbursement*).
- e) Pemegang Polis/Tertanggung harus menggunakan Rumah Sakit yang tercatat dalam Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Pertanggungans sesuai Plan yang dipilih.
- f) Pembayaran biaya sesuai Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis ke Rumah Sakit melalui Fasilitas *Cashless*:
  - (i) Tidak menghapus hak Penanggung menyanggah kebenaran Polis termasuk untuk melakukan analisis atas klaim dan/atau melakukan seleksi ulang terhadap Polis Asuransi sebagaimana diatur pada Ketentuan Umum Polis.
  - (ii) Bukan merupakan bentuk persetujuan Penanggung atas klaim yang diajukan. Persetujuan klaim yang diajukan akan disampaikan kemudian oleh Penanggung dalam bentuk tertulis.

### 3.1.2 Kewajiban Pemegang Polis

- a) Pemegang Polis dan/atau Tertanggung bertanggung jawab untuk melunasi semua kerugian akibat penggunaan Kartu *Cashless* yang tidak seharusnya, termasuk namun tidak terbatas pada penggunaan Kartu *Cashless* oleh pihak selain Tertanggung.
- b) Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib untuk membayar Kelebihan Klaim dan/atau Kelebihan Biaya (jika ada).

### 3.1.3 Kelebihan Biaya dan Kelebihan Klaim

- a) Setiap Kelebihan Biaya yang timbul menjadi tanggung jawab penuh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, tidak dapat dialihkan dan/atau ditagihkan kepada Penanggung kecuali apabila disetujui sebaliknya oleh Penanggung.
- b) Apabila Tagihan Rumah Sakit lebih kecil dari masalah *cashless* (sesuai Plan) yang didapat, maka proses pembayaran disesuaikan dengan tagihan Rumah Sakit, dan Penanggung tidak berkewajiban untuk membayarkan/transfer sisa dari kelebihan masalah yang didapat.
- c) Setiap penolakan atas klaim yang diajukan dan sudah berhasil *cashless*, maka akan menjadi Kelebihan Klaim dan wajib dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung.

### 3.1.4 Berakhirnya Fasilitas *Cashless*

Terdapat penggunaan Kartu *Cashless* sesuai dengan no. 3.1.1 butir b) di atas; atau Surat Jaminan sesuai Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data polis dibatalkan oleh Penanggung kepada Rumah Sakit Rekanan. Biaya yang timbul akibat pembatalan ini diperhitungkan sebagai Kelebihan Klaim.

### 3.1.5 Berhenti sementara Fasilitas *Cashless*

- a) Premi atas pertanggungan asuransi ini tidak dibayarkan setelah melewati 5 (lima) hari kalender dari tanggal jatuh tempo tagihan asuransi.
- b) Fasilitas *Cashless* dapat dipergunakan oleh Pemegang Polis/Tertanggung, setelah Pemegang Polis/Tertanggung sudah melakukan pembayaran premi dengan jangka waktu proses peaktifan kembali selama 2 hari kerja.

## 3.2 Klaim Penggantian (*Reimbursement*)

3.2.1 Pemegang Polis/Tertanggung mengajukan klaim Penggantian (*Reimbursement*) 100% pembayaran biaya mendapatkan sesuai Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis.

3.2.2 Apabila Tertanggung memiliki asuransi lain dan metode penagihan langsung tidak dapat dilakukan atau apabila Perawatan Rawat Inap dan Rawat Harian terhadap Tertanggung dilakukan di Rumah Sakit diluar Rumah Sakit Rekanan atau, maka Pemegang Polis/Tertanggung dapat mengajukan klaim penggantian (*Reimbursement*), dengan melengkapi dokumen-dokumen yang dipersyaratkan sesuai dengan ketentuan pada Polis ini pasal 8 ayat 4.

3.2.3 Apabila Pemegang Polis/Tertanggung mengajukan klaim Penggantian (*Reimbursement*) dikarenakan Tertanggung telah dibayarkankan langsung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), maka mendapatkan 200% pembayaran biaya sesuai Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Data Polis.

## 4. Dokumentasi Klaim.

- a. Dokumen pengajuan Masalah Santunan Harian Rawat Inap: Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit, maka pengajuan klaim Masalah Asuransi harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen sebagai berikut:
  - 1. Formulir pengajuan klaim (asli),
  - 2. Identitas diri resmi (KTP/SIM/Paspor),
  - 3. Kuitansi asli Rawat Inap berikut bukti-bukti penunjang (untuk fotokopi harus dilegalisasi oleh Rumah Sakit yang bersangkutan),
  - 4. Nama atau Rincian obat-obatan yang diberikan selama perawatan,



5. Fotokopi hasil pemeriksaan/dokumen penunjang diagnostik lainnya (seperti laboratorium, EKG, USG dan lain-lain) yang dilakukan selama Rawat Inap,
6. Formulir Surat Keterangan Dokter untuk klaim Rawat Inap yang ditandatangani oleh Dokter yang merawat (asli),
7. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang berkaitan dengan klaim dan dianggap perlu oleh Penanggung.
8. Apabila Tertanggung sebagai Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) : Surat Keterangan dari BPJS Kesehatan bahwa Perawatan telah dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan.

Dokumen-dokumen tersebut harus diterima oleh Penanggung selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak tanggal terakhir Tertanggung menjalani Rawat Inap.

b. Dokumen pengajuan Masalah Santunan Duka:

Apabila Tertanggung meninggal dunia maka pengajuan klaim Masalah Asuransi harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen sebagai berikut:

1. Identitas diri resmi (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku dari Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau dari yang mengajukan,
2. Surat kuasa asli dari Pemegang Polis atau dari ahli waris Pemegang Polis yang bermeterai cukup (apabila dikuasakan),
3. Formulir klaim meninggal yang telah diisi dengan benar dan lengkap (asli), dan
4. Formulir surat keterangan Dokter (asli) yang sah dan berwenang tentang sebab-sebab kematian, Asli dokumen Polis (apabila Polis diterbitkan dalam bentuk cetak) atau asli dokumen Data Polis (apabila Polis diterbitkan dalam bentuk elektronik);
5. Fotokopi akte kematian atau surat keterangan meninggal (asli atau fotokopi yang dilegalisasi) dari pejabat/instansi yang berwenang,
6. Surat keterangan Dokter pemeriksa jenazah Tertanggung pada *visum et repertum*, dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan atau meninggal tidak wajar (asli atau fotokopi yang dilegalisasi),
7. Surat keterangan dari Kepolisian dalam hal Tertanggung meninggal karena Kecelakaan atau meninggal tidak wajar (asli atau fotokopi yang dilegalisasi),
8. Apabila Tertanggung meninggal di luar wilayah Republik Indonesia, maka surat keterangan meninggal harus dilegalisasi

oleh Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) atau perwakilan negara Indonesia yang disetujui Penanggung,

9. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.

Dokumen-dokumen tersebut harus diterima oleh Penanggung selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan terhitung sejak tanggal Tertanggung Meninggal Dunia.

c. Dokumen Pengajuan Masalah Pengembalian Premi.

- (i) Formulir Pengajuan Masalah pengembalian Premi yang telah diisi dengan benar dan lengkap,
- (ii) Copy/salinan Identitas diri resmi yang masih berlaku dari Pemegang Polis dan/atau dari pihak yang mengajukan,
- (iii) Surat Kuasa asli dari Pemegang Polis yang bermeterai cukup (apabila dikuasakan), dan
- (iv) Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung.

Dokumen klaim yang diberikan secara lengkap akan membuat klaim Pemegang Polis/Tertanggung diproses dengan segera. Dokumen klaim yang tidak lengkap dapat menunda penyelesaian klaim dan dalam beberapa hal dapat mengakibatkan formulir klaim dikembalikan kepada Pemegang Polis/Tertanggung untuk dilengkapi atau penolakan klaim.

- 5.a Pengajuan dokumen klaim dapat dilakukan melalui media digital baik email, *Whatsapp* ataupun portal ataupun media digital lainnya (jika ada) dengan mengirimkan dalam bentuk softcopy (scan/foto) dari dokumen asli atau fotocopy yang telah dilegalisir.

Pemegang Polis wajib menyimpan dokumen asli/fotokopi yang sudah dilegalisir dan harus mengirimkan apabila dibutuhkan oleh Penanggung.

- 5.b Apabila terdapat hal-hal yang bertentangan dalam dokumen-dokumen seperti yang di maksud dalam no. 5 diatas, maka Penanggung berhak untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dari Pemegang Polis atau Tertanggung. Dan atas hal tersebut Penanggung mempunyai hak untuk melakukan investigasi atau penelusuran termasuk untuk melakukan pemeriksaan ulang atas diri Tertanggung pada Dokter atau laboratorium yang ditunjuk oleh Penanggung pada saat proses penyelesaian klaim.

- 5.c Pembayaran klaim akan dilakukan setelah dokumen yang diperlukan telah diterima dengan lengkap dan proses analisa telah selesai dilakukan oleh Penanggung.

- 5.d Semua informasi terkait proses klaim akan disampaikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis/Termaslahat melalui E-mail / SMS / Telepon / *Whatsapp* / Surat.



- 5.e Pembayaran klaim akan dibayarkan ke rekening Pemegang Polis atau ke rekening Termaslahat yang telah ditunjuk di dalam Data Polis jika Tertanggung meninggal dunia.
6. Apabila terdapat hal-hal yang bertentangan dalam dokumen-dokumen seperti yang di maksud dalam Pasal 8 ayat 4 diatas maka Penanggung berhak untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dari Pemegang Polis atau Tertanggung. Dan atas hal tersebut Penanggung mempunyai hak untuk melakukan investigasi termasuk untuk melakukan pemeriksaan ulang atas diri Tertanggung pada Dokter atau laboratorium yang ditunjuk oleh Penanggung pada saat proses penyelesaian klaim.
7. Penanggung selalu mempunyai hak untuk menunjuk dan menyewa seorang Dokter independen untuk memberi masukan kepada Penanggung tentang hal-hal medis yang berkaitan dengan suatu klaim. Jika Penanggung perlukan, Dokter independen tersebut juga akan secara medis memeriksa Tertanggung yang mengajukan klaim tersebut dan memberi laporan kepada Penanggung. Penanggung akan menggunakan hak ini apabila terdapat ketidakpastian mengenai sifat atau lingkup dari Kondisi Medis tersebut dan/atau tanggung jawab Penanggung dalam Polis terhadap Tertanggung. Tertanggung harus bekerja sama dengan Dokter independen, bila tidak maka Penanggung berhak untuk tidak membayar klaim.
8. Pasal Berlakunya pertanggungan dimana penanggung berhak tidak memberikan persetujuan untuk memperpanjang Masa Pertanggungan Polis, dapat dilakukan tanpa alasan tertentu.
9. Rawat inap yang bukan atas anjuran dan/ atau persetujuan dokter sehubungan dengan diagnosis dan perawatan yang diperlukan (Jadi jika ada pasien yang meminta perpanjangan rawat inap atas permintaan sendiri kita dapat bayarkan secara partial atas ketentuan polis ini.
10. Penanggung berhak untuk tidak membayarkan Maslahat dalam Polis ini apabila diketahui klaim yang diajukan berdasarkan Polis ini ternyata tidak benar atau terdapat dugaan unsur kecurangan dan/atau manipulasi atau dipalsukan. Apabila di kemudian hari Penanggung mengetahui bahwa santunan telah dibayarkan berdasarkan klaim yang dipalsukan atau dimanipulasi, maka Penanggung berhak melakukan segala tindakan hukum yang diperlukan untuk menuntut dikembalikannya seluruh Maslahat yang telah dibayarkan tersebut. Dengan terjadinya peristiwa sebagaimana dimaksud dalam ayat ini maka Penanggung berhak mengakhiri pertanggungan atas Polis ini.

- 11.a Batas waktu penetapan persetujuan atau penolakan pembayaran klaim adalah 14 (empat belas) hari kerja setelah dokumen klaim diterima lengkap atau 60 (enam puluh) hari kerja untuk klaim yang memerlukan investigasi lebih lanjut.
- 11.b Apabila pengajuan dokumen klaim tidak lengkap, maka batas waktu Pemegang Polis untuk melengkapi dokumen klaim adalah 90 (sembilan puluh) hari kalender dimulai dari tanggal pengajuan klaim. Jika Pemegang Polis tidak melengkapi dokumen klaim sampai melewati batas waktu yang ditentukan, Maka Pemegang Polis telah membatalkan pengajuan klaim tersebut dan dokumen yang sama sudah tidak dapat diajukan kembali, serta membebaskan PT AXA Financial Indonesia dari seluruh tanggung jawab dan kewajiban hukum terkait proses klaim ini.
- 11.c Realisasi pembayaran Maslahat Klaim adalah 5 (lima) hari kerja sejak klaim disetujui oleh Penanggung.
12. Dokumen-dokumen yang dipersyaratkan di dalam pengajuan klaim tersebut di atas wajib diajukan dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris.

## TATA CARA PENGAJUAN KELUHAN NASABAH

1. Pemegang Polis dapat menghubungi Customer Care PT AXA Financial Indonesia untuk mendapatkan Formulir Klaim atau dapat diunduh di website [www.axa.co.id](http://www.axa.co.id).
2. Sertakan semua dokumen yang diminta bersama dengan formulir pengajuan klaim. Apabila formulir pengajuan klaim dan dokumen yang dibutuhkan sudah diisi lengkap lengkap, kemudian diserahkan ke Customer Care dengan alamat sebagai berikut:

### AXA Tower Lantai Dasar

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City  
Jakarta 12940, Indonesia  
Tel : +62 21 3005 9999  
Fax : +62 21 3005 8009

## Proses Klaim



## KLAIM

### Cashless

Nasabah mendatangi Bagian Pendaftaran Rumah Sakit rekanan (Provider), dengan membawa KTP (tanda pengenal lainnya) + Kartu Cashless dari produk AXA Medicash Pro Seven

Petugas Rumah Sakit rekanan menginformasikan (termasuk info medis awal) ke Fullerton, bahwa peserta saat ini sudah ada di Rumah Sakit rekanan dan hendak mendapatkan Layanan kesehatan Rawat Inap

Petugas Fullerton melakukan verifikasi:

1. Status kepesertaan
2. Menganalisa kondisi peserta
3. Hasil analisa akan dikirimkan dalam bentuk rekomendasi kepada AFI.

Apabila tidak disetujui, Peserta membayar sendiri biaya perawatan dan dapat mengajukan Klaim secara Reimburse

Apabila layak dijaminakan oleh AFI, maka Fullerton: Menerbitkan Surat Jaminan

1. Peserta mendapatkan Layanan rawat inap
2. Excess (Kelebihan Klaim) yang terjadi, dibayarkan ditempat oleh Peserta

## KLAIM

### Reimburse

Setelah Nasabah keluar dari Rumah Sakit Nasabah mengajukan Klaim (maksimal 30 hari kalender sejak keluar dari Rumah Sakit)

Pengajuan Klaim, nasabah wajib melampirkan:

1. Formulir Klaim
2. Rincian dan kwitansi biaya rawat inap Rumah Sakit
3. Medical Record (hasil pemeriksaan/diagnosa Dokter)
4. Tanda pengenal & dokumen pendukung lainnya

Nasabah mengajukan Klaim melalui:

1. Layanan Customer Care
2. Whatsapp Klaim
3. Email

Pengajuan dokumen klaim tidak lengkap, maka batas waktu Pemegang Polis untuk melengkapi dokumen 90 hari kalender dimulai tanggal pengajuan klaim.

Petugas Klaim AFI melakukan verifikasi:

1. Formulir Klaim
2. Rincian dan kwitansi biaya rawat inap Rumah Sakit
3. Medical Record (hasil pemeriksaan/diagnosa Dokter)
4. Tanda pengenal & dokumen pendukung lainnya

Klaim disetujui AFI: melakukan proses pencairan

1. Memproses pencairan dana Klaim
2. Proses transfer dana Klaim nasabah
3. Maksimal 14 hari kerja sejak dokumen lengkap diterima oleh petugas Klaim

Nasabah menerima pencairan dana Klaim di rekening

1. Memberikan informasi dengan benar dan lengkap serta telah memahami semua dokumen sebelum ditandatangani. Apabila Pemegang Polis memberikan informasi, data, keterangan dan/atau pernyataan tidak benar, tidak lengkap atau tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya, baik dilakukan secara sengaja atau tidak sengaja, maka terdapat risiko pelaksanaan seleksi ulang atau pembatalan Polis oleh Penanggung
2. Membayar Premi secara tepat waktu. Apabila premi tidak dibayarkan secara tepat waktu maka terdapat risiko status Polis Anda bisa menjadi tidak aktif (lapse) dan klaim Masalahat Asuransi tidak dibayarkan.

## Catatan Penting

1. Produk asuransi ini telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK).
2. PT. AXA Financial Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).
3. Informasi yang tercantum pada Ringkasan Informasi Produk dan/atau layanan ini adalah akurat sampai dengan adanya perubahan yang dilakukan oleh PT. AXA Financial Indonesia.
4. Syarat, kondisi dan hal-hal yang dapat menyebabkan klaim menjadi tidak dibayarkan/kecualian Polis produk Asuransi AXA Medicash Pro Seven.
5. Dijelaskan secara rinci dan lengkap dalam Polis yang akan dikirimkan kepada Anda setelah permohonan pengajuan asuransi jiwa diterima oleh PT. AXA Financial Indonesia.
6. Pemegang Polis wajib membaca dan tunduk pada syarat dan ketentuan yang tercantum dalam Polis.

## Kewajiban Anda sebagai Pemegang Polis