



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



<b>Pengelola</b>	PT AXA Financial Indonesia
<b>Nama Produk</b>	Asuransi Tambahan Easy Health Syariah
<b>Jenis Produk</b>	Asuransi Tambahan Kesehatan
<b>Mata Uang</b>	Rupiah
<b>Produk Dasar</b>	AXA Attania Link Syariah

## Tentang Produk

Memberikan perlindungan kesehatan yang menyeluruh secara *cashless* selama Masa Asuransi, berupa penggantian biaya Perawatan di Rumah Sakit sesuai dengan plan yang dipilih berdasarkan Tabel Manfaat dengan tetap mengacu kepada Ketentuan Khusus Asuransi Tambahan Easy Health Syariah.

## FITUR UTAMA ASURANSI TAMBAHAN

- **Usia Masuk** : Peserta yang Diasuransikan berusia 15 hari – 75 tahun  
Peserta berusia 17 tahun – 80 tahun
- **Masa Asuransi** : Tahunan dan dapat diperpanjang sampai dengan usia 100 tahun.  
Mengikuti ketentuan produk asuransi dasarnya.
- **Masa Pembayaran Kontribusi** : Mengikuti ketentuan produk Asuransi Dasar
- **Frekuensi Pembayaran Kontribusi** : Mengikuti ketentuan produk Asuransi Dasar (Bulanan, Kuartalan, Semesteran, Tahunan)
- **Biaya Asuransi Tambahan** : Besarnya Biaya Asuransi Tambahan bergantung pada usia masuk Peserta yang Diasuransikan, jenis kelamin, dan *Plan*

## DEFINISI

<b>Pengelola</b>	PT AXA Financial Indonesia
<b>Peserta</b>	Orang atau Badan yang mengadakan sebuah perjanjian Asuransi Jiwa Syariah dengan Pengelola dan namanya sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
<b>Peserta yang Diasuransikan</b>	Orang yang atas dirinya diadakan perlindungan dalam Asuransi Jiwa Syariah dan yang namanya tercantum dalam Data Polis.
<b>Masa Tunggu</b>	Periode dimana suatu Manfaat Asuransi tidak dapat diserahkan dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender, berdasarkan tanggal berlakunya ketentuan khusus ini, atau tanggal persetujuan kenaikan asuransi ( <i>upgrade</i> ), atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang paling akhir, kecuali Masa Tunggu yang diatur secara detail pada Tabel Manfaat dan/atau Ketentuan Asuransi Tambahan Easy Health Syariah.

## MANFAAT ASURANSI TAMBAHAN EASY HEALTH SYARIAH

- Manfaat Asuransi Tambahan Easy Health Syariah ini adalah manfaat tambahan yang melekat pada Polis Asuransi Dasar.
- Manfaat Asuransi Tambahan Easy Health Syariah berlaku di seluruh dunia kecuali Amerika Serikat hanya pada *Plan Bronze 1* dan *Plan Health 1*. Untuk *Plan* lainnya dapat mengacu ke Tabel Manfaat.
- Asuransi Tambahan Easy Health Syariah mengasuransikan biaya Perawatan Peserta yang Diasuransikan terkait dengan keperluan medis yang dilakukan oleh Praktisi Medis. Besarnya biaya yang diasuransikan adalah hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku sesuai dengan *Plan* yang dipilih Peserta yang Diasuransikan dan dilakukan di dalam Wilayah Asuransi.

### 1. Keseluruhan Manfaat

Mengacu pada Tabel Manfaat. Semua manfaat bergantung pada batas manfaat seluruhnya dan ketentuan-ketentuan berikut ini:



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



Manfaat	Penjelasan
Keseluruhan manfaat maksimum per Tahun	Batas maksimum yang akan diasuransikan oleh Pengelola untuk setiap Peserta yang Diasuransikan dalam 1 (satu) tahun Polis. Semua manfaat yang dibayar selama Masa Asuransi Ketentuan Khusus ini akan mengacu kepada jumlah manfaat maksimum tahunan. Asuransi tidak mencakup untuk asuransi di luar Wilayah yang tertera untuk <i>Plan</i> yang diambil kecuali apabila Peserta yang Diasuransikan memenuhi syarat mendapat manfaat 'di luar Wilayah Asuransi'.
Di luar Wilayah Asuransi	<p>a. Hal ini adalah mengasuransikan Perawatan Darurat, atau Perawatan terhadap Kondisi Medis yang timbul secara tiba-tiba ketika sedang berada di luar Wilayah Asuransi Peserta yang Diasuransikan, dengan syarat bahwa jumlah hari Peserta yang Diasuransikan tinggal di luar Wilayah Asuransi dalam 1 (satu) tahun tidak melebihi batas maksimum hari yang terdapat dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk <i>Plan</i> Peserta/Peserta yang Diasuransikan. Jumlah hari tinggal di luar Wilayah Asuransi juga akan termasuk jumlah hari Perawatan.</p> <p>b. Pengelola dengan berdasarkan konsultasi dengan Praktisi Medis yang memberikan Perawatan, berhak untuk menentukan apa saja yang merupakan Perawatan "Darurat".</p> <p>c. Manfaat ini tidak memberikan asuransi atas Perawatan terhadap kondisi kesehatan apapun jika ternyata Peserta yang Diasuransikan bepergian ke luar Wilayah Asuransi sesuai <i>Plan</i> Peserta yang Diasuransikan, untuk mendapat</p>

	<p>Perawatan (walaupun satu-satunya alasan untuk melakukan perjalanan itu atau bukan) atau untuk setiap Perawatan yang atau telah secara wajar sebelumnya diketahui, sebelum dilakukannya perjalanan tersebut.</p> <p>d. Dalam keadaan apapun tidak ada manfaat yang akan diserahkan sehubungan dengan masalah komplikasi sebelum dan sesudah kelahiran. Manfaat ini akan tetap mengacu kepada <i>Plan</i> yang tertera pada Tabel Manfaat yang telah dipilih oleh Peserta/Peserta yang Diasuransikan.</p> <p>e. Pengelola akan menghentikan asuransi untuk Perawatan Darurat bila menurut Pengelola dan Praktisi Medis yang merawat bahwa Kondisi Medis Peserta yang Diasuransikan telah stabil atau kondisi kesehatan Peserta yang Diasuransikan memungkinkan Peserta yang Diasuransikan untuk kembali ke Wilayah Asuransi sesuai dengan <i>Plan</i> yang dimiliki.</p> <p>Mohon diperhatikan bahwa semua ketentuan, kondisi, batasan dan pengecualian dalam Ketentuan Khusus Asuransi Tambahan Easy Health Syariah yang berlaku untuk manfaat ini juga berlaku sama untuk semua manfaat yang terdapat dalam Ketentuan Khusus Asuransi Tambahan Easy Health Syariah.</p>
Besarnya Penggantian Biaya ( <i>reimbursement</i> )	Biaya-biaya yang Wajar dan Umum di negara/Wilayah dimana Perawatan dilakukan, sesuai dengan definisi Wajar dan Umum pada Ketentuan Khusus.



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



## 2. Manfaat-manfaat Perawatan Rawat Inap dan Rawat Harian

Yang Pengelola maksud dengan Perawatan Rawat Inap adalah Perawatan yang memenuhi syarat di Rumah Sakit dimana Peserta yang Diasuransikan harus menginap di Rumah Sakit selama 1 (satu) malam atau lebih.

Yang dimaksud dengan Rawat Harian (*Day Care Treatment*) oleh Pengelola adalah Perawatan yang memenuhi syarat yang mengharuskan Peserta yang Diasuransikan masuk Rumah Sakit tetapi tidak sampai menginap di Rumah Sakit atau pusat Rawat Harian.

Dengan memperhatikan batas-batas yang tertera pada *Plan* Peserta/Peserta yang Diasuransikan maka Peserta yang Diasuransikan akan memperoleh asuransi atas biaya Rumah Sakit yang dikenakan atas Perawatan yang memenuhi syarat yang diberikan selama di Rumah Sakit seperti:

- Biaya kamar Perawatan terendah berdasarkan Tabel Manfaat sesuai *Plan* yang dipilih.
- Biaya tindakan diagnosa.
- Biaya penggunaan kamar operasi.
- Biaya keperawatan, Obat-obatan dan alat kesehatan.
- Biaya pemakaian alat-alat bedah yang digunakan oleh Praktisi Medis selama bedah kecuali prostesa eksternal atau alat luar.
- Biaya ahli bedah dan ahli anastesi termasuk konsultasi sebelum dan sesudah operasi.
- Biaya Unit Perawatan Intensif.
- Biaya konsultasi dan fisioterapi saat masuk Rumah Sakit untuk mendapat Perawatan suatu Kondisi Medis dan apabila Perawatan itu terkait langsung dengannya. Pengelola tidak akan membayarkan manfaat fisioterapi apabila Peserta yang Diasuransikan dirawat sebagai pasien Rawat Inap namun Perawatan tersebut ditujukan sebagai kenyamanan bagi Peserta yang Diasuransikan atau Praktisi Medis dan seharusnya dapat dilakukan sebagai Perawatan Rawat Jalan.
- Biaya Perawatan onkologi termasuk radioterapi, terapi target, imunoterapi, terapi hormon dan kemoterapi.

- Biaya tomografi dengan komputer, pengambilan gambar resonansi magnetik, sinar-x dan teknik-teknik pengambilan gambar medis yang terbukti lainnya.
- Perawatan khusus di Rumah Sakit dan/atau Perawatan di rumah setelah keluar dari Rumah Sakit, apabila disepakati secara tertulis sebelumnya bahwa hal itu sesuai dan Diperlukan Secara Medis.
- Berbagai Obat-obatan yang dibawa pulang dari Rumah Sakit atau Perawatan Harian, yang berkaitan dengan Rawat Inap atau Rawat Harian yang memenuhi syarat.

Lihat Tabel Manfaat untuk informasi lebih lanjut mengenai ketersediaan dan besaran manfaat *Plan* Peserta/Peserta yang Diasuransikan.

Manfaat	Penjelasan
Biaya Kamar Perawatan	'Kamar Perawatan' yang Pengelola maksud adalah jenis kamar Rumah Sakit kelas terendah atau berdasarkan batasan biaya kamar perawatan harian sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk <i>Plan</i> oleh Peserta yang Diasuransikan.  Jika Peserta yang Diasuransikan menginap di kamar yang lebih tinggi atau lebih mahal daripada ketentuan biaya kamar perawatan sesuai Manfaat Asuransi pada Ketentuan Khusus Asuransi Tambahan Easy Health Syariah ( <i>upgrade</i> ), Pengelola akan meminta Peserta yang Diasuransikan untuk membayar selisih biaya kamar dan porsi biaya pengobatan lainnya sesuai dengan ketentuan mengenai Faktor Pro Rata.
Biaya Unit Perawatan Intensif atau <i>Intensive Care Unit (ICU)</i>	Pengelola akan menyerahkan biaya yang timbul selama Peserta yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap karena suatu Kondisi Medis yang mengharuskan nasabah dirawat di Unit Perawatan Intensif atau <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> termasuk perawatan yang



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



	<p>dilakukan di NICU/PICU/HDU/<i>Intermediate Ward</i>/Ruang Isolasi atau unit Perawatan Intensif lainnya yang diakui hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk <i>Plan</i> oleh Peserta yang Diasuransikan.</p> <p>Jumlah hari Rawat Inap untuk Perawatan Yang Memenuhi Syarat di dalam Wilayah Asuransi di Unit Perawatan Intensif atau <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> yang dapat diasuransikan adalah maksimum 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari kalender dalam waktu 1 (satu) tahun asuransi atas Asuransi Tambahan.</p> <p>Tidak ada Biaya Kamar Perawatan yang dibayar apabila Biaya Unit Perawatan Intensif atau <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> telah diserahkan oleh Pengelola.</p>
Biaya Tindakan Bedah	<p>Pengelola akan menyerahkan biaya yang timbul selama Peserta yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap di dalam Wilayah Asuransi untuk suatu Tindakan Bedah Yang Diperlukan Secara Medis yang terdiri atas biaya pemakaian kamar bedah, fasilitas Tindakan Bedah yang diperlukan, biaya profesional untuk asisten Dokter Bedah atau Dokter Spesialis dan biaya profesional Dokter Spesialis lain yang memiliki kualifikasi tertentu untuk melakukan Tindakan Bedah.</p>
Biaya Kunjungan Dokter Umum	<p>Pengelola akan menyerahkan biaya kunjungan Dokter Umum hingga maksimum 2 (dua) kunjungan per hari hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk <i>Plan</i> oleh Peserta yang Diasuransikan selama Biaya</p>

	<p>Kamar Perawatan atau unit Perawatan intensif diserahkan.</p>
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	<p>Pengelola akan menyerahkan biaya kunjungan Dokter Spesialis hingga maksimum 2 (dua) kunjungan per hari untuk tiap tipe spesialis hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk <i>Plan</i> oleh Peserta yang Diasuransikan selama Biaya Kamar Perawatan atau unit Perawatan intensif diserahkan.</p>
Biaya Aneka Perawatan	<p>Pengelola akan menyerahkan biaya yang terdiri atas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Biaya yang dibutuhkan selama Rawat Inap, termasuk biaya Obat-obatan yang diberikan dan dibutuhkan berdasarkan instruksi medis oleh Praktisi Medis, perban, kasa, plester, jarum suntik, biaya diagnostik dan laboratorium, radioterapi, oksigen, perangkat infus, biaya transfusi darah atau plasma, atau peralatan dan sarana Rumah Sakit lain;</li> <li>(ii) Biaya administrasi dan pajak yang dikenakan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta yang Diasuransikan.</li> </ul>
Biaya Tindakan Bedah Implan (Termasuk Prostesis Implan)	<p>Pengelola akan menyerahkan biaya prostesis dan implan hingga batas maksimum tahunan yang Diperlukan Secara Medis yang terdiri atas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alat pacu jantung (<i>pace maker</i>);</li> <li>- Stent untuk PTCA (<i>stents for Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty</i>);</li> <li>- Lensa intraokular (<i>intraocular lens</i>);</li> </ul>



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Katup jantung buatan (<i>artificial cardiac valve</i>);</li> <li>- Sendi buatan untuk pengganti sendi (<i>metallic or artificial joints for joint replacement</i>);</li> <li>- Ligament buatan (<i>prosthetic ligaments for replacement or implantation between bones</i>);</li> <li>- <i>prosthetic intervertebral disc</i>;</li> <li>- prosthesis atau implan lainnya yang Diperlukan Secara Medis.</li> </ul>
Penggantian Biaya Donor Pihak Ketiga	<p>Pengelola HANYA akan menyerahkan Biaya Tindakan Bedah dan Rawat Inap di dalam Wilayah Asuransi untuk tindakan medis berupa transplantasi organ utama dan komplikasinya dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Pengelola HANYA akan membayarkan Biaya Tindakan Bedah dan Rawat Inap di dalam Wilayah Asuransi bagi penerima donor organ utama (Peserta yang Diasuransikan) dan pemberi donor organ utama;</li> <li>(ii) Pemberi donor organ utama adalah keluarga Peserta yang Diasuransikan yang hidup dan dapat dibuktikan memiliki ikatan keluarga dengan Peserta yang Diasuransikan serta kedua pihak menyetujui bahwa penggantian biaya ini akan diasuransikan dari manfaat Peserta yang Diasuransikan;</li> <li>(iii) Transplantasi organ untuk 1 (satu) atau lebih organ sebagai berikut:             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sumsum tulang manusia menggunakan <i>haemotopoietic stem cells</i> yang didahului dengan ablasi sumsum tulang total;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Jantung, paru-paru, hati, ginjal dan pankreas yang dihasilkan dari kegagalan tahap akhir.</li> <li>(iv) Biaya Rawat Inap tersebut harus disertakan dengan asli bukti pembayaran Tindakan Bedah transplantasi organ (Tindakan Bedah untuk penerima donor organ utama (Peserta yang Diasuransikan) dan pemberi donor organ utama);</li> <li>(v) Besarnya penggantian biaya hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk <i>Plan</i> oleh Peserta yang Diasuransikan selama Biaya Kamar Perawatan atau unit Perawatan Intensif diserahkan;</li> <li>(vi) Transplantasi organ utama dilakukan di Rumah Sakit yang berada di dalam Wilayah Asuransi.</li> </ul> <p>Adapun penggantian biaya yang tidak termasuk di dalam manfaat ini meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Biaya Rawat Jalan untuk pemberi donor organ utama, termasuk biaya konsultasi dokter, pemeriksaan diagnostik dan pemeriksaan investigasi;</li> <li>(ii) Biaya pengobatan untuk komplikasi sekunder yang didiagnosa selama prosedur transplantasi, yang tidak terkait dengan prosedur itu sendiri;</li> <li>(iii) Biaya untuk memperoleh organ dan jaringan;</li> <li>(iv) Transplantasi <i>stem cell</i> lainnya.</li> </ul>
Biaya Bedah Rekonstruksi	<p>Pengelola akan menyerahkan Biaya Bedah Rekonstruksi Yang Diperlukan Secara Medis dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sejak terjadinya</p>



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



	<p>Kecelakaan atau Tindakan Bedah Yang Diperlukan Secara Medis atas saran tertulis dari Praktisi Medis yang merawat Peserta yang Diasuransikan.</p> <p>Adapun penggantian biaya yang termasuk dalam manfaat ini meliputi biaya pemakaian kamar bedah, fasilitas Tindakan Bedah yang diperlukan, biaya profesional untuk asisten Dokter Bedah atau Dokter Spesialis dan biaya profesional Dokter Spesialis lain yang memiliki kualifikasi tertentu untuk melakukan Tindakan Bedah.</p> <p>Bedah rekonstruksi harus secara medis dianggap perlu untuk mengembalikan fungsi atau penampilan setelah Kecelakaan atau Tindakan Bedah, dimana Peserta yang Diasuransikan telah dilindungi oleh Ketentuan Khusus sejak sebelum Kecelakaan atau Tindakan Bedah terjadi.</p> <p>Manfaat ini tidak meliputi pengobatan atau tindakan yang semata-mata untuk tujuan kosmetik.</p>
HIV/AIDS	<p>Pengelola akan menyerahkan santunan yang diserahkan 1 (satu) kali secara sekaligus yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk <i>Plan</i> oleh Peserta yang Diasuransikan dalam hal Peserta yang Diasuransikan di diagnosa AIDS dan/atau antibodi HIV (positif HIV) disebabkan oleh transfusi darah atau Kecelakaan dalam bekerja setelah Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan.</p> <p>Berlaku Masa Tunggu 12 (dua belas) bulan terhitung sejak Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan untuk manfaat ini.</p>

	<p><u>HIV yang Disebabkan Oleh Transfusi Darah</u></p> <p>Peserta yang Diasuransikan terinfeksi HIV atas dasar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transfusi darah yang Diperlukan Secara Medis atau diberikan sebagai bagian dari Perawatan medis;</li> <li>▪ Infeksi diperoleh karena transfusi darah yang diterima setelah Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan;</li> <li>▪ Infeksi bersumber dari institusi yang memberikan transfusi darah dan institusi tersebut mampu melacak asal usul darah yang terinfeksi HIV; dan</li> <li>▪ Peserta yang Diasuransikan tidak menderita penyakit <i>hemophilia</i>.</li> </ul> <p>Manfaat ini tidak akan berlaku jika ditemukan adanya pengobatan medis untuk AIDS atau efek dari virus HIV atau Perawatan medis yang dikembangkan untuk menghasilkan pencegahan dari terjadinya AIDS.</p> <p>Infeksi karena hal-hal lain, termasuk infeksi sebagai akibat dari hubungan seksual atau penggunaan obat suntik dikecualikan. Pengelola harus memiliki akses terbuka untuk semua sampel darah dan bisa melakukan tes terhadap sampel darah tersebut.</p> <p><u>HIV yang Diperoleh Karena Pekerjaan</u></p> <p>Infeksi HIV yang dihasilkan dari Kecelakaan karena pekerjaan yang terjadi setelah Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan, tanggal addendum atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang terjadi paling akhir dimana Peserta yang Diasuransikan</p>
--	--



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



	<p>menjalankan tugasnya di Indonesia dan semua hal berikut ini dapat dibuktikan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bukti kecelakaan yang dapat menimbulkan infeksi harus dilaporkan kepada Pengelola dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak kecelakaan terjadi;</li> <li>▪ Bukti bahwa kecelakaan tersebut melibatkan sumber infeksi HIV yang valid; dan</li> <li>▪ Bukti serokonversi dari HIV negatif ke HIV positif yang terjadi selama 180 (seratus delapan puluh) hari kalender setelah dokumen laporan kecelakaan. Bukti ini harus mencakup tes antibodi HIV negatif yang dilakukan dalam waktu 5 (lima) hari kalender sejak kecelakaan terjadi; dan</li> <li>▪ Infeksi karena hal-hal lain, termasuk infeksi sebagai akibat dari hubungan seksual atau penggunaan obat suntik dikecualikan.</li> </ul> <p>Manfaat ini hanya dapat diserahkan jika pekerjaan Peserta yang Diasuransikan adalah seorang Praktisi Medis, mahasiswa medis/kedokteran, Perawat, pegawai laboratorium kesehatan, Dokter Gigi atau paramedik, yang bekerja di pusat medis atau Klinik di Indonesia.</p> <p>Manfaat ini tidak akan berlaku jika pengobatan telah dilakukan sebelum infeksi. "Pengobatan berarti setiap Perawatan yang membuat HIV menjadi tidak aktif atau tidak menular".</p>
Perawatan Paliatif	Pengelola akan menyerahkan biaya untuk Perawatan Paliatif yang dijalani oleh Peserta yang Diasuransikan

	dengan Rawat Inap hingga batas maksimum yang tercantum dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk <i>Plan</i> Peserta yang Diasuransikan. Manfaat ini hanya diserahkan sekali untuk seumur hidup.
Akomodasi Pendamping	<p>Pengelola akan menyerahkan biaya kamar dan akomodasi dan makanan 1 (satu) orang pendamping dewasa untuk bermalam di kamar Rumah Sakit yang sama dengan Peserta yang Diasuransikan yang dirawat sebagai pasien Rawat Inap untuk Perawatan Yang Memenuhi Syarat di dalam Wilayah Asuransi.</p> <p>Hal ini mengacu pada biaya Wajar dan Umum yang secara aktual terjadi di Rumah Sakit. Jumlah hari yang dapat diasuransikan adalah maksimum 100 (seratus) hari kalender dalam rentang waktu 1 (satu) tahun Polis sesuai dengan batas maksimum penggantian sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk <i>Plan</i> oleh Peserta yang Diasuransikan.</p>
Manfaat Tunai	Pengelola akan menyerahkan manfaat tunai untuk Perawatan Rawat Inap yang memenuhi syarat hanya apabila Peserta yang Diasuransikan mendapat Perawatan dalam Wilayah Asuransi dan biaya Perawatan tersebut tidak diasuransikan oleh Pengelola. Dalam keadaan apapun, Pengelola hanya akan mengasuransikan manfaat tunai hingga maksimum biaya Perawatan dimana Peserta yang Diasuransikan memenuhi syarat sesuai ketentuan dengan Ketentuan Khusus Asuransi Tambahan Easy Health. Pengelola tidak akan menyerahkan manfaat lain jika Pengelola telah menyerahkan manfaat tunai.



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



	<p>Manfaat tunai yang diberikan kepada Peserta/Peserta yang Diasuransikan dihitung berdasarkan jumlah hari Peserta yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap.</p> <p>Jumlah hari yang dapat diasuransikan adalah maksimum 100 (seratus) hari kalender dalam rentang waktu 1 (satu) tahun Polis sesuai dengan batas maksimum penggantian sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk <i>Plan</i> oleh Peserta yang Diasuransikan.</p>
--	--

Sebagai catatan: Untuk hal-hal yang sifatnya tidak Darurat, Pengelola merekomendasikan agar Peserta/Peserta yang Diasuransikan mendapatkan persetujuan tertulis terlebih dahulu dari Pengelola sebelum masuk Rumah Sakit. Hal ini untuk melindungi Peserta/Peserta yang Diasuransikan dari biaya tidak terduga yang mungkin tidak memenuhi syarat untuk diasuransikan oleh Pengelola.

### 3. Manfaat-manfaat Perawatan Rawat Jalan

Perawatan Rawat Jalan adalah Perawatan Yang Memenuhi Syarat yang diberikan oleh seorang Praktisi Medis di Klinik Rawat Jalan, di ruang konsultasi Praktisi Medis atau di Rumah Sakit di mana Peserta yang Diasuransikan tidak dirawat inap.

Lihat Tabel Manfaat untuk informasi lebih lanjut mengenai ketersediaan dan besaran manfaat *Plan* Peserta.

Manfaat	Penjelasan
Biaya Tes Laboratorium & Diagnosis Scan	Manfaat ini mengasuransikan biaya-biaya diagnosa scan terbatas pada tomografi dengan komputer, pengambilan gambar resonansi magnetik ( <i>magnetic resonance imaging</i> ), <i>position emission tomography (PET scan)</i> , <i>ultrasound scan</i> (terbatas pada <i>pelvis, abdomen, thyroid gland</i> dan <i>breast, mammogram, bone densitometry, sinar-x</i>

	<p>(<i>x-rays</i>) dan <i>gait scans</i> yang diterima sebagai bagian dari Perawatan Rawat Jalan.</p> <p>Manfaat ini hanya meliputi biaya-biaya yang terjadi dalam kurun waktu 60 (enam puluh) hari kalender sebelum Peserta yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap dan/atau 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah Peserta yang Diasuransikan keluar dari Rumah Sakit/Tindakan Bedah Yang Diterima Sebagai Rawat Jalan.</p> <p>Manfaat ini hanya diserahkan jika biaya kamar Perawatan, biaya unit Perawatan intensif atau Tindakan Bedah Yang Diterima Sebagai Rawat Jalan diserahkan untuk Penyakit atau Cedera yang sama. Perawatan tersebut harus di dalam pengawasan seorang Praktisi Medis.</p> <p>Dalam pengawasan medis maksudnya adalah alasan dilakukan pemeriksaan diagnosa scan tersebut harus benar-benar atas rujukan Praktisi Medis yang memeriksa dan yang membuat rujukan sesuai hasil pemeriksaan tersebut dan bukan untuk tujuan pemeriksaan kesehatan (<i>medical check-up</i>).</p> <p>Untuk memperjelas, manfaat ini tidak mencakup biaya konsultasi, resep dokter dan biaya tindakan diagnosa lainnya termasuk uji laboratorium jika dilakukan sebagai bagian dari pemeriksaan kesehatan rutin (<i>regular screening</i>) atau pemeriksaan kesehatan (<i>screening</i>) yang dianjurkan untuk kelompok usia tertentu.</p>
--	---



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



<p>Perawatan sebelum Rawat Inap</p>	<p>Pengelola akan menyerahkan biaya-biaya yang meliputi biaya konsultasi, pengobatan pendahuluan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi atau radiologi yang dibebankan oleh Praktisi Medis, Rumah Sakit atau Klinik, sebelum Peserta yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap yang disebabkan oleh suatu Penyakit atau Cedera.</p> <p>Manfaat ini hanya meliputi biaya-biaya yang terjadi 60 (enam puluh) hari kalender sebelum Peserta yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit/ Rawat Harian dan diserahkan hanya jika biaya kamar Perawatan, biaya unit Perawatan intensif atau Rawat Harian diserahkan untuk Penyakit atau Cedera yang sama.</p> <p>Biaya Perawatan sebelum Rawat Inap tidak dibayar apabila Peserta yang Diasuransikan kemudian tidak menjalani Rawat Inap/Rawat Harian untuk Penyakit atau Cedera tersebut.</p>
<p>Perawatan sesudah Rawat Inap</p>	<p>Pengelola akan menyerahkan biaya-biaya yang meliputi biaya konsultasi, pengobatan lanjutan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi atau radiologi yang dibebankan oleh Praktisi Medis, Rumah Sakit atau Klinik, terkait Penyakit atau Cedera yang menyebabkan Peserta yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap/Rawat Harian.</p> <p>Manfaat ini hanya meliputi biaya-biaya yang terjadi 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah tanggal Peserta yang Diasuransikan keluar dari Rumah Sakit/Rawat Harian dan diserahkan hanya jika biaya kamar Perawatan, biaya unit Perawatan</p>

	<p>intensif atau Rawat Harian diserahkan untuk Penyakit atau Cedera yang sama.</p>
<p>Pengobatan Tradisional Tiongkok</p>	<p>Pengelola akan menyerahkan biaya konsultasi lanjutan yang memenuhi syarat, obat Tiongkok yang diresepkan (kecuali vitamin, tonik, suplemen diet dan sejenisnya) dan terapi (<i>chiropractic</i>, akupunktur dan moksibusi) yang diberikan oleh seorang Praktisi Pengobatan Tradisional Tiongkok sebagai bagian dari Perawatan sesudah Rawat Inap dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah tanggal keluar dari Rumah Sakit.</p> <p>Peserta yang Diasuransikan berhak mendapatkan hanya 1 (satu) kali konsultasi atau tindak lanjut per hari, baik termasuk dalam “Manfaat Sesudah Rawat Inap” atau “Pengobatan Tradisional Tiongkok”.</p> <p>Peserta yang Diasuransikan wajib menyediakan bukti bahwa praktisi telah mendapatkan lisensi dari Departemen Kesehatan atau BPOM untuk praktik pengobatan tradisional Tiongkok dan Perawatan tersebut diterima di Rumah Sakit.</p>
<p>Perawatan Kanker (Kemoterapi, Radioterapi, Terapi Target, Imunoterapi &amp; Terapi Hormon)</p>	<p>Pengelola akan mengganti biaya terhadap Perawatan kanker aktif yang Diperlukan Secara Medis, radioterapi, kemoterapi, terapi target, imunoterapi dan terapi hormon yang diterima sebagai pasien Rawat Jalan di fasilitas medis terdaftar yang diakui oleh Pengelola. Perawatan ini mengacu pada pengobatan kanker secara aktif dan ditujukan untuk membunuh sel-sel kanker.</p> <p>Yang dimaksud dengan pengobatan kanker secara aktif adalah konsultasi, radioterapi, kemoterapi,</p>



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



	<p>target terapi, imunoterapi dan terapi hormon, biaya Obat-obatan dan tindakan Praktisi Medis yang berhubungan dengan pengobatan dan Perawatan sel kanker.</p> <p>Kanker mengacu pada tumor ganas, jaringan atau sel, ditandai dengan pertumbuhan yang tidak terkontrol dan penyebaran sel-sel ganas dan invasi jaringan.</p> <p><i>Carcinoma in situ</i> berarti pertumbuhan sel kanker baru secara otonom yang terbatas pada sel-sel dimana ia berasal dan belum mengakibatkan invasi dan/atau kerusakan jaringan di sekitarnya.</p> <p>Diagnosa terhadap kanker dan <i>carcinoma in situ</i> harus selalu didukung oleh bukti histologis dan dikonfirmasi oleh onkologi atau ahli patologi.</p> <p>Manfaat ini tidak mengasuransikan hal-hal sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Semua tumor atau lesi yang dideskripsikan sebagai pra ganas, jinak, dysplasia, <i>borderline malignant</i>, <i>low or suspicious malignant potential</i>; atau</li> <li>▪ Semua tumor yang kehadirannya disebabkan oleh HIV;</li> <li>▪ <i>Cervical intra-epithelial neoplasia</i> (CIN) I, CIN II, CIN III;</li> <li>▪ <i>Non-melanoma skin cancer</i>.</li> </ul>
Perawatan dialisis ginjal	<p>Pengelola akan mengganti biaya-biaya yang terjadi atas Perawatan Dialisis Ginjal Yang Diperlukan Secara Medis yang diterima sebagai pasien Rawat Jalan di fasilitas medis terdaftar yang diakui oleh Pengelola, setelah Peserta yang</p>

	<p>Diasuransikan sebelumnya menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit untuk suatu Penyakit yang sama, yang menyebabkan terjadinya Perawatan dialisis ginjal.</p> <p>Manfaat ini juga meliputi biaya Obat-obatan yang diberikan untuk tujuan cuci darah atau dialisis saja.</p>
Fisioterapi	<p>Pengelola akan mengganti biaya yang timbul atas terapi fisik yang dilakukan Peserta yang Diasuransikan di Klinik atau Rumah Sakit yang memiliki peralatan memadai dan memenuhi syarat untuk melakukan terapi tersebut.</p> <p>Fisioterapi haruslah merupakan Perawatan lanjutan terhadap suatu Kondisi Medis yang menyebabkan Peserta yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap. Terapi tersebut harus disarankan dan disetujui secara tertulis oleh Praktisi Medis yang merawat dengan ketentuan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(i) Tidak melebihi 1 (satu) kunjungan per hari;</li> <li>(ii) Dilakukan 60 (enam puluh) hari kalender sebelum dan 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah Peserta yang Diasuransikan menjalani Rawat Inap.</li> </ol>
Rawat Harian ( <i>Day Care Treatment</i> )	<p>Pengelola akan menyerahkan untuk setiap Tindakan Bedah atau Perawatan yang diterima sebagai bagian dari Rawat Harian di Rumah Sakit atau Klinik hingga batas maksimum tahunan dalam Tabel Manfaat yang berlaku sesuai <i>Plan</i> Peserta yang Diasuransikan termasuk biaya laboratorium dan diagnostik scan, Obat-obatan dan konsultasi dalam kurun waktu 60 (enam puluh) hari kalender sebelum dan 90 (sembilan</p>



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



	puluh) hari kalender setelah Peserta yang Diasuransikan menjalani Perawatan Rawat Harian.
--	---

#### 4. Manfaat-manfaat Lainnya

Tabel di bawah ini adalah manfaat tambahan dari *Plan* Peserta/Peserta yang Diasuransikan. Perlu diketahui bahwa semua beban sendiri, pembatasan dan ketentuan berlaku terhadap manfaat-manfaat ini persis seperti untuk manfaat-manfaat pokok Rawat Inap/Rawat Harian dan Rawat Jalan, tergantung pada apakah Perawatan diterima sebagai bagian dari Perawatan Rawat Jalan, Rawat Inap atau Rawat Harian.

Lihat Tabel Manfaat untuk informasi lebih lanjut mengenai ketersediaan dan besaran manfaat *Plan* Peserta/Peserta yang Diasuransikan.

Manfaat	Penjelasan
Biaya Perawat di Rumah/ <i>Home Nursing</i> (berlaku di <i>Plan</i> Bronze 1, 2, 3, dan <i>Plan</i> Health 1,2,3)	Manfaat ini meliputi Perawatan pemulihan yang diberikan setelah Peserta yang Diasuransikan keluar dari Rumah Sakit dan membutuhkan Perawatan khusus dari seorang Perawat yang terdaftar dan berlisensi, baik secara penuh atau paruh waktu, untuk merawat Peserta yang Diasuransikan di dalam rumah dan di Wilayah Asuransi, serta sesuai dengan <i>Plan</i> Peserta yang Diasuransikan. Perawatan ini harus atas rujukan dari Praktisi Medis yang merawat dan harus terkait dengan Kondisi Medis Peserta yang Diasuransikan yang memenuhi syarat pada saat Rawat Inap, dan Diperlukan Secara Medis dan bukan karena alasan domestik dengan ketentuan sebagai berikut:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Jumlah hari yang dapat diasuransikan adalah maksimum 180 (seratus delapan puluh) hari untuk 1 (satu) tahun Polis.</li> <li>(ii) Manfaat ini hanya berlaku di <i>Plan</i> Health 1,2,3 dan <i>Plan</i> Bronze 1,2,3.</li> <li>(iii) Pre-otorisasi wajib dilakukan untuk mendapatkan manfaat ini.</li> <li>(iv) Besarnya penggantian biaya hingga batas maksimum tahunan yang mengacu pada Tabel Manfaat yang berlaku untuk <i>Plan</i> oleh Peserta yang Diasuransikan.</li> </ul>
Rawat Jalan atas Penyakit Kronis yang bukan merupakan <i>pre-existing conditions (Outpatient Medication for Covered Chronic Conditions)</i>  (berlaku di <i>Plan</i> Bronze 1, 2 dan seluruh <i>Plan</i> Health)	<p>Pengelola akan mengganti biaya pengobatan Rawat Jalan yang diberikan oleh Praktisi Medis untuk penyakit-penyakit kronis yang bukan merupakan kondisi yang telah ada sebelum Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan.</p> <p>Obat-obatan yang diresepkan oleh Praktisi Medis terdiri dari 1 (satu) atau lebih sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>anti-hypertensive drugs</i>;</li> <li>▪ <i>anti-diabetic drugs</i>;</li> <li>▪ <i>cholesterol-lowering drugs</i>;</li> <li>▪ <i>anti-inflammatory drugs for COPD</i>;</li> <li>▪ <i>inhalers</i>;</li> <li>▪ Obat-obatan lainnya yang dibutuhkan untuk penanganan terhadap kondisi-kondisi kronis lain atau komplikasinya.</li> </ul> <p>Yang dimaksud sebagai Penyakit kronis adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Diabetes Mellitus Type 2</i></li> </ol>



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



	<p>Gangguan metabolisme jangka panjang di mana satu atau lebih dari kondisi berikut ini hadir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Venus Plasma Glucose (fasting)</i> <math>\geq 7.0</math> mmol/L;</li> <li><i>Venus Plasma Glucose (random)</i> <math>\geq 7.0</math> mmol/L;</li> <li>HbA1c <math>\geq 6.3\%</math> (45 mmol/mol).</li> </ol>
	<p>2. <i>Hypertension</i> Kondisi Medis jangka panjang dengan tekanan darah (BP) berulang meningkat melebihi 140 dari 90 mmHg yaitu tekanan sistolik di atas 140 dengan tekanan diastolik di atas 90. Ini didasarkan pada rata-rata 2 (dua) atau lebih pengukuran yang tepat, tegak, pembacaan BP pada masing-masing 2 (dua) atau lebih kunjungan Klinik. Ketika tekanan sistolik dan tekanan diastolik jatuh ke dalam kategori yang berbeda, kategori yang lebih tinggi harus dipilih untuk mengklasifikasikan BP individu.</p>
	<p>3. <i>Hypercholesterolemia</i> Mengacu pada tingginya kadar kolesterol dalam darah, yang didefinisikan oleh Kolesterol Total melebihi 6,2 mmol/L.</p>
	<p>4. <i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)</i>. Kondisi yang membatasi aliran udara di mana terdapat satu atau lebih hal berikut ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Volume Ekspirasi Paksa lebih dari 1 (satu) detik (FEV1) kurang dari 80% (delapan puluh perseratus) dari yang diperkirakan;</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rasio FEV1 ke Kapasitas Vital Paksa (FEV1 / FVC) kurang dari 70% (tujuh puluh perseratus) dari yang diperkirakan untuk usia 65 (enam puluh lima) tahun ke bawah, atau kurang dari 65% (enam puluh lima perseratus) untuk usia di atas 65 (enam puluh lima) tahun.</li> </ol>
Transportasi ambulan	<p>Pengelola akan mengganti biaya transportasi darat ambulan domestik (termasuk petugas ambulan) untuk membawa Peserta yang Diasuransikan dari tempat kejadian ke Rumah Sakit/Klinik atau dari Rumah Sakit/Klinik ke Rumah Sakit/Klinik lainnya dengan tujuan untuk mendapatkan Perawatan Darurat Yang Diperlukan Secara Medis atas Penyakit atau Cedera yang menimpa Peserta yang Diasuransikan.</p> <p>Pengelola memiliki hak untuk menentukan apakah transportasi tersebut sesuai secara medis.</p> <p><i>(Ini bukan merupakan bagian dari layanan Bantuan Medis Gawat Darurat Internasional).</i></p>
Rawat Jalan dan Kerusakan gigi akibat kecelakaan	<p>Pengelola akan mengganti biaya-biaya yang meliputi Praktisi Medis dan/atau Dokter Gigi, fasilitas medis yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk Rawat Jalan Darurat Yang Diperlukan Secara Medis atas Cedera yang terjadi karena Kecelakaan, termasuk Perawatan untuk menjaga gigi asli dari kerusakan akibat Kecelakaan, asalkan Rawat Jalan dilakukan dalam waktu maksimal 48 (empat puluh delapan) jam setelah Kecelakaan terjadi.</p>



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



<p>Perawatan Lanjutan atas Kecelakaan</p>	<p>Pengelola akan mengganti biaya konsultasi, pengobatan lanjutan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi dan radiologi yang dialami Peserta yang Diasuransikan yang dibebankan oleh Praktisi Medis, Rumah Sakit atau Klinik atas Rawat Jalan Darurat Yang Diperlukan Secara Medis untuk Cedera yang disebabkan oleh Kecelakaan.</p> <p>Manfaat ini hanya bisa digunakan 2 (dua) kali untuk setiap Kecelakaan. Perawatan harus dilakukan dalam kurun waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak Kecelakaan terjadi.</p> <p>Manfaat ini hanya bisa diklaim setelah manfaat “Rawat Jalan Karena Kecelakaan” sudah diklaim terlebih dahulu.</p>
<p>Perawatan untuk Efek Samping Kemoterapi dan/atau Radioterapi</p>	<p>Pengelola akan mengganti biaya yang dikeluarkan Peserta yang Diasuransikan untuk konsultasi, pengobatan dan Perawatan di Rumah Sakit atau Klinik dari segala efek samping yang ditimbulkan oleh kemoterapi dan/atau radioterapi.</p>
<p>Komplikasi pra dan pasca kelahiran (berlaku pada <i>Plan Health 1</i>)</p>	<p>Manfaat ini mengganti biaya Rawat Inap yang Diperlukan Secara Medis dari Peserta yang Diasuransikan untuk Perawatan yang terdaftar sebelum dan/atau pasca-komplikasi selama masa kehamilan. Yang diasuransikan dalam manfaat komplikasi pra dan pasca melahirkan adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Stillbirth</i>;</li> <li>(ii) <i>Pre-Eclampsia/Eclampsia</i>;</li> <li>(iii) <i>Abruptio Placentae</i>;</li> <li>(iv) <i>Placenta Increta/Percreta</i>;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>(v) <i>Amniotic Fluid Embolism</i>;</li> <li>(vi) <i>Disseminated Intravascular Coagulation</i>;</li> <li>(vii) <i>Postpartum Haemorrhage requiring Hysterectomy</i>;</li> <li>(viii) <i>Pregnancy-induced hypertension</i>;</li> <li>(ix) <i>Gestational diabetes mellitus</i>;</li> </ul> <p>Biaya Perawatan Rawat Jalan tidak diasuransikan oleh manfaat ini. Masa Tunggu 9 (sembilan) bulan berlaku untuk manfaat ini.</p>
<p>Akomodasi bayi baru lahir (berlaku pada <i>Plan Health 1</i>)</p>	<p>Manfaat ini menyerahkan akomodasi atas bayi dengan usia kurang dari 4 (empat) minggu yang menginap di Rumah Sakit dengan ibunya, dimana sang ibu merupakan Peserta yang Diasuransikan dan menerima Perawatan Rawat Inap yang memenuhi syarat di Rumah Sakit terkait. Manfaat ini akan diserahkan dari Polis Asuransi Tambahan sang ibu yang merupakan Peserta yang Diasuransikan setelah melewati Masa Tunggu 9 (sembilan) bulan.</p> <p>Manfaat yang diserahkan adalah akomodasi kamar bayi baru lahir dengan kelas standar, dimana bayi tersebut hanya diperkenankan untuk menerima asuhan di kamar bayi selama menginap di Rumah Sakit. Manfaat ini tidak berlaku apabila bayi baru lahir tersebut di Rawat Inap untuk Perawatan terhadap Kondisi Medis apapun.</p>
<p>Santunan Kematian (berlaku pada seluruh <i>Plan Health</i>)</p>	<p>Pengelola akan menyerahkan Santunan Kematian dengan besaran mengacu pada Tabel Manfaat. Santunan Kematian ini merupakan santunan</p>



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



tambahan yang diberikan di luar dari Nilai Asuransi dari Polis Asuransi Dasar.

Santunan Kematian akan diserahkan setelah pengajuan klaim kematian Peserta yang Diasuransikan yang mengacu pada Polis Asuransi Dasar telah disetujui oleh Pengelola.

## RISIKO

- 1. Risiko Likuiditas**  
Risiko yang terjadi jika aset investasi tidak dapat dengan segera dikonversi menjadi uang tunai atau pada harga yang sesuai, misalnya ketika terjadi kondisi pasar yang ekstrim atau ketika semua Peserta melakukan penarikan (*withdrawal/surrender*) secara bersamaan.
- 2. Risiko Ekonomi dan Perubahan Politik**  
Risiko yang disebabkan oleh kondisi makro ekonomi dan perubahan politik yang kurang kondusif sehingga harga instrumen investasi mengalami penurunan dan akibatnya nilai unit yang dimiliki oleh Peserta dapat berkurang.
- 3. Risiko Nilai Tukar atau Mata Uang**  
Suatu risiko yang disebabkan karena perubahan nilai tukar suatu mata uang terhadap mata uang yang lain.
- 4. Pengecualian**  
Klaim tidak diserahkan jika Peserta yang Diasuransikan didiagnosa menderita salah satu dari hal-hal yang dikecualikan sebagaimana tercantum dalam Ketentuan Polis.

## HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN TERKAIT DENGAN PENGECCUALIAN

**Pengelola berhak untuk mengakhiri Asuransi Tambahan ini dan tidak memberikan manfaat apapun jika kejadian yang diajukan sebagai klaim terjadi secara langsung atau tidak langsung, secara disadari atau tidak, dari satu atau lebih kejadian sebagai berikut:**

- 1. Pengecualian**
  - 1.1 Kondisi-kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya.**
  - 1.2 Pengelola tidak mengasuransikan semua jenis Perawatan, tes kesehatan dibawah ini, investigasi, alat-alat medis dan/atau non-medis, kondisi, aktivitas dan semua hal atau konsekuensi biaya terkait yang dikecualikan dari Polis seperti hal-hal berikut ini:**
    - 1.2.1 Rawat Inap atau Tindakan Bedah apapun untuk penyakit yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Berlakunya Polis, atau Tanggal Pemulihan Polis dan Asuransi Tambahan ini termasuk yang turut dipulihkan, atau tanggal disetujuinya perubahan *Plan* atas Asuransi Tambahan ini oleh Pengelola (jika ada) sebagaimana tercantum dalam endosemen, tergantung tanggal mana yang paling akhir, baik Peserta yang Diasuransikan telah mengetahui maupun tidak mengetahui, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya, baik secara langsung maupun tidak langsung yaitu:**
      - a. Semua jenis hernia;**
      - b. Semua jenis tumor jinak atau benjolan atau kista;**
      - c. Tuberkulosis;**
      - d. Wasir;**
      - e. Penyakit pada tonsil atau adenoid;**
      - f. Kondisi abnormal rongga hidung, sekat hidung, atau kerang hidung (turbinates), termasuk sinus;**
      - g. Penyakit kelenjar gondok;**
      - h. Hysterektomi (dengan atau tanpa salpingo-ooforektomi);**
      - i. Penyakit tekanan darah tinggi;**



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



- j. Penyakit jantung dan pembuluh darah;
  - k. Fistula di anus;
  - l. Batu pada sistem saluran empedu;
  - m. Batu pada ginjal, saluran kemih atau kandung kemih;
  - n. Katarak;
  - o. Tukak pada lambung atau usus 12 jari;
  - p. Semua jenis kelainan sistem reproduksi;
  - q. Diskus invertebrate yang menonjol; dan/atau
  - r. Penyakit kencing manis;
- 1.2.2 Manfaat Asuransi Tambahan ini mulai berlaku apabila telah melewati Masa Tunggu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan ini, kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan;
- 1.2.3 Kanker yang tanda dan gejalanya diketahui oleh Peserta yang Diasuransikan atau yang telah didiagnosa atau menerima Perawatan dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan ini atau Tanggal Pemulihan Polis dan Asuransi Tambahan ini termasuk yang turut dipulihkan, mana yang paling akhir terjadi;
- 1.2.4 Pengelola tidak akan memberikan perlindungan dan tidak akan bertanggung jawab untuk menyerahkan klaim atau memberikan manfaat apa pun berdasarkan Polis sejauh hal itu akan membuat Pengelola terkena sanksi, larangan, atau pembatasan berdasarkan resolusi PBB atau sanksi perdagangan atau ekonomi, undang-undang atau peraturan Uni Eropa, Inggris atau Amerika Serikat.
- 1.2.5 Suatu Perawatan yang hanya menghilangkan gejala untuk sementara dan bukannya mengobati Kondisi Medis yang menjadi akarnya, yang seharusnya wajar dilakukan;
- 1.2.6 Kehamilan atau kelahiran anak (persalinan termasuk apabila bayi yang dilahirkan meninggal) normal. Operasi caesar (*sectio caesar*) dan komplikasi-komplikasi yang terkait dengannya juga tidak diasuransikan;  
Untuk jelasnya, perlu diketahui untuk *Plan Health 1*:

Setelah melewati Masa Tunggu yang telah ditentukan, Pengelola akan mengasuransikan Perawatan atas suatu komplikasi baik pra atau pasca kehamilan yang diakibatkan oleh dan terjadi selama kehamilan, kecuali kehamilan tersebut merupakan hasil dari segala bentuk proses kehamilan yang dibantu (*assisted conception technology*).

- 1.2.7 Perawatan yang dimulai, atau yang atasnya telah timbul kebutuhan, selama 90 (sembilan puluh) hari kalender pertama setelah lahir untuk bayi yang dikandung dengan cara buatan atau suatu bentuk penghamilan yang dibantu termasuk pembuahan buatan;
- 1.2.8 Pengguguran kehamilan atau konsekuensi dari pengguguran itu, kecuali apabila memenuhi syarat berdasarkan manfaat komplikasi pra dan pasca kelahiran;
- 1.2.9 Pemeriksaan dan Perawatan terhadap kemandulan, kontrasepsi, pembuahan/kehamilan yang dibantu, sterilisasi (atau kebalikannya) atau konsekuensi dari salah satu dari Perawatan tersebut atau dari suatu Perawatan terhadap hal-hal tersebut di atas;
- 1.2.10 Pengobatan atau Perawatan yang berhubungan dengan impotensi atau segala konsekuensinya;
- 1.2.11 Pengobatan penyakit-penyakit yang menular secara seksual;
- 1.2.12 Ganti kelamin termasuk Perawatan yang timbul akibat atau yang secara langsung atau tidak langsung dilakukan akibat ganti kelamin;
- 1.2.13 Perawatan dari segala Kondisi Medis yang timbul dengan cara apa pun dari infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) dan *AIDS Related Complex* (ARC);
- 1.2.14 Investigasi atau Pengobatan obesitas atau yang diperlukan karena obesitas;
- 1.2.15 Segala jenis operasi bariatrik, penggunaan pengikatan atau pengapitan lambung, menciptakan selongsong lambung atau



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



Perawatan serupa lainnya atau komplikasi apa pun yang dihasilkan dari Perawatan tersebut terlepas dari mengapa operasi tersebut diperlukan; segala jenis penurunan berat badan atau kenaikan berat badan, bulimia, anoreksia nervosa termasuk semua komplikasi yang terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung;

- 1.2.16 Pengurangan payudara pada pria atau wanita, penghilangan lemak atau jaringan berlebih dari bagian tubuh apa pun diperlukan atau tidak karena alasan medis atau psikologis;
- 1.2.17 Biaya untuk mendapatkan organ-organ donor, biaya Perawatan orang yang mendonorkan organnya atau biaya administrasi apapun yang terkait meskipun pencangkokan itu diperbolehkan menurut ketentuan-ketentuan dalam Polis asuransi tambahan ini;
- 1.2.18 Perawatan untuk penyakit, Cedera, atau cacat yang disebabkan oleh percobaan bunuh diri atau melukai diri sendiri, sementara waras atau tidak waras termasuk semua komplikasi yang terjadi baik secara langsung atau tidak langsung;
- 1.2.19 Perawatan terhadap terapi penggantian nikotin, atau Perawatan yang timbul akibat atau dalam suatu hal terkait dengan penyalahgunaan atau penggunaan secara berlebihan pada alkohol, Obat-obatan, Obat-obatan terlarang atau penyalahgunaan zat;
- 1.2.20 Perawatan untuk memperbaiki refraksi penglihatan mata seperti rabun dekat atau rabun jauh atau astigmatik; laser/operasi mata dengan laser (lasik);
- 1.2.21 Segala jenis Perawatan atau investigasi ditujukan kepada semua jenis keterlambatan bicara, gangguan belajar, masalah pendidikan, masalah perilaku, keterlambatan perkembangan baik secara fisik maupun psikologis atau kesulitan belajar termasuk peninjauan atau penilaian masalah serupa, kecuali diizinkan sebagaimana dinyatakan dalam Ketentuan Khusus Polis;
- 1.2.22 Penyelidikan dan Perawatan atas hilangnya rambut dan/atau penggantian rambut;
- 1.2.23 Perawatan Pencegahan (*prophylactic*), tes atau tindakan apapun untuk memastikan adanya suatu Kondisi Medis ketika tidak ada gejala-gejala yang jelas atau tidak menunjukkan tanda-tanda penyakit, dalam upaya pencegahan penyakit pada suatu organ atau kelenjar;
- 1.2.24 Vaksinasi, pemeriksaan kesehatan rutin atau pencegahan, termasuk konsultasi tindak lanjut rutin kecuali dinyatakan dalam Tabel Manfaat;
- 1.2.25 Biaya untuk menyediakan atau memasang prostesa eksternal atau ortosis atau alat luar atau alat medis lain yang digunakan untuk jangka waktu lama;
- 1.2.26 Obat-obat atau alat kesehatan Rawat Jalan kecuali yang diresepkan dan diasuransikan oleh Polis;
- 1.2.27 Vitamin, suplemen, jamu/Obat-obatan herbal, Obat-obatan tradisional Tiongkok atau Obat-obatan tradisional kecuali disebutkan dalam Tabel Manfaat;
- 1.2.28 Barang-barang keperluan pribadi umumnya, seperti namun tidak terbatas pada sampo, sabun, pasta gigi, obat kumur (*mouth wash*), lotion, pelembab, pembersih, alat kontrasepsi, obat sakit kepala dan flu khusus yang dapat dibeli sendiri tanpa Resep Praktisi Medis di toko obat setempat dan Pengelola juga tidak mengasuransikan biaya telepon;
- 1.2.29 Perawatan ortodontis, periodontis, endodontis, Perawatan yang bersifat mencegah untuk masalah gigi, dan Perawatan gigi pada umumnya, termasuk penambalan gigi, gigi palsu, mahkota, dan implan gigi, terlepas dari siapa yang melakukan Perawatan tersebut;
- 1.2.30 Klaim-klaim Perawatan yang dikecualikan adalah sebagai berikut:
  - Klaim-klaim yang diterima dari luar Wilayah Asuransi, kecuali perawatan Rawat Inap Darurat di luar Wilayah Asuransi; atau
  - Klaim-klaim Perawatan jika Peserta yang Diasuransikan bepergian sedangkan anjuran medis melarang Peserta yang



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



- Diasuransikan untuk bepergian, sekalipun Perawatan dilakukan di dalam Wilayah Asuransi;
- 1.2.31 Perawatan yang terjadi akibat melakukan atau pelatihan segala bentuk olahraga dimana Peserta yang Diasuransikan menerima gaji atau penggantian atas segala biaya, termasuk hibah ataupun dalam bentuk *sponsorship* (kecuali Peserta yang Diasuransikan hanya menerima biaya perjalanan);
- 1.2.32 Terlibat dalam kegiatan olahraga/atlet profesional atau kesenangan/hobi Peserta yang Diasuransikan/Peserta yang mengandung bahaya seperti: menyelam, balap mobil, balap sepeda, balap sepeda motor, balap kuda, terbang layang, olahraga terbang, berlayar, berenang di lepas pantai, mendaki gunung, *bungee jumping*, panjat tebing, olahraga kontak fisik (termasuk namun tidak terbatas pada bertinju, bergulat, karate) serta olahraga dan kesenangan lainnya yang dapat dipersamakan dengan itu, sepanjang olahraga/hobi tersebut tidak diasuransikan;
- 1.2.33 Penyakit, Cedera, atau cacat yang terjadi Ketika Peserta yang Diasuransikan di bawah pengaruh narkoba, alkohol, Obat-obatan psikotropika, racun, gas atau kecanduan dari zat atau obat lain yang serupa selain untuk digunakan sebagai obat dengan resep yang dikeluarkan oleh Dokter;
- 1.2.34 Perawatan-Perawatan yang secara khusus dikecualikan menurut ketentuan-ketentuan yang tertera dalam Data Polis Peserta atau endorsemen/ketentuan-ketentuan yang merupakan bagian dari Polis;
- 1.2.35 Biaya-biaya yang dikeluarkan untuk Perawatan yang tidak Diperlukan Secara Medis; atau setiap biaya Perawatan untuk tujuan alasan sosial atau domestik atau untuk keperluan-keperluan yang tidak ada kaitan langsungnya dengan Perawatan; Perawatan yang dianggap atas pilihan Peserta yang Diasuransikan sendiri;
- 1.2.36 Biaya-biaya yang dibebankan oleh tempat-tempat hidro kesehatan, spa, pusat kebugaran, Klinik Perawatan alamiah (atau Praktisi Medis) atau tempat-tempat sejenisnya, sekalipun tempat itu terdaftar sebagai Rumah Sakit; *aquatic therapy* sekalipun Perawatan tersebut disediakan oleh Praktisi Medis yang terdaftar;
- 1.2.37 Biaya-biaya yang dibebankan oleh Praktisi Medis, Dokter Gigi, Rumah Sakit, laboratorium atau layanan-layanan medis lainnya yang melebihi tingkat Wajar dan Umum;
- 1.2.38 Biaya-biaya Perawatan dan/atau pengobatan yang timbul sehubungan dengan atau akibat dari kondisi kongenital, cacat lahir, atau penyakit keturunan, baik yang diketahui atau tidak oleh Peserta yang Diasuransikan sebelum pengajuan klaim;
- 1.2.39 Biaya-biaya untuk hal-hal yang tidak disebutkan dalam Tabel Manfaat yang berlaku terhadap *Plan* Peserta;
- 1.2.40 Perawatan Rawat Inap untuk Kondisi Medis yang sebenarnya dapat diberlakukan sebagai Perawatan Rawat Jalan;
- 1.2.41 Pemeriksaan genetik, termasuk konseling yang diperlukan setelah pemeriksaan genetik, sekalipun jika pemeriksaan itu dilakukan untuk memastikan apakah Peserta yang Diasuransikan secara genetika rentan terhadap perkembangan suatu Kondisi Medis atau tidak di kemudian hari;
- 1.2.42 Biaya yang terkait dengan terapi penggantian hormon (*hormone replacement therapy*) namun tidak terkait dengan kelanjutan pengobatan kanker;
- 1.2.43 Perawatan untuk sakit kejiwaan, penyakit atau gangguan mental, atau yang berhubungan dengan psikis/psikosomatis, bulimia, anorexia nervosa termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung;
- 1.2.44 Cedera yang disebabkan oleh pelanggaran peraturan perundang-undangan oleh Peserta yang Diasuransikan, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan putusan pengadilan;
- 1.2.45 Perawatan yang diberikan Peserta yang Diasuransikan oleh siapapun yang memiliki kepentingan asuransi atas diri Peserta yang Diasuransikan atau Peserta;
- 1.2.46 Pengobatan apapun yang dibutuhkan sebagai akibat dari tato dan tindik telinga atau badan;



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



- 1.2.47 Kriopreservasi, implantasi atau re-implantasi sel hidup atau jaringan hidup, apakah autologous atau disediakan oleh donor;
- 1.2.48 Setiap biaya administrasi atau laporan apapun atau biaya lain yang bersifat non-medis sehubungan dengan penyediaan dan/atau kinerja persediaan dan/atau pelayanan medis;
- 1.2.49 Biaya bank atau biaya pengkreditan yang terjadi ketika penggantian klaim dibuat selain mata uang Polis;
- 1.2.50 Perawatan saat dirawat di Rumah Sakit secara terus menerus untuk kerusakan neurologis permanen, atau jika Peserta yang Diasuransikan dalam kondisi vegetatif yang persisten. Pengelola mendefinisikan kondisi vegetatif yang persisten sebagai kondisi tidak responsif yang mendalam tanpa tanda-tanda kesadaran atau kesadaran atau pikiran yang berfungsi, bahkan jika orang tersebut dapat membuka mata dan bernapas tanpa bantuan, orang tersebut tidak menanggapi rangsangan seperti dipanggil nama atau sentuhan atau Peserta yang Diasuransikan dijaga agar tetap hidup dengan intervensi medis seperti ventilasi mekanis untuk periode 4 (empat) minggu terus menerus. Perawatan ini hanya diberikan selama 150 (seratus lima puluh) hari kalender sejak Praktisi Medis yang melakukan Perawatan memberikan keterangan mengenai kondisi kerusakan neurologis permanen atau kondisi vegetatif yang persisten atau selama 122 (seratus dua puluh dua) hari setelah Peserta yang Diasuransikan untuk periode 4 (empat) minggu terus menerus dalam kondisi vegetatif yang persisten. Setelah itu, Pengelola memiliki hak untuk mengakhiri Polis asuransi tambahan ini;
- 1.2.51 Biaya yang terjadi pada periode dimana Biaya Asuransi tambahan ini belum diserahkan; Pengelola tidak menyerahkan proporsi biaya apabila tanggal masuk Rumah Sakit adalah sebelum Tanggal Berlakunya Polis asuransi tambahan ini, bahkan apabila periode Rawat Inap atau Perawatan terkait terjadi pada saat atau setelah Tanggal Berlakunya Polis asuransi tambahan ini;
- 1.2.52 Tagihan apapun yang tidak termasuk dalam Tabel Manfaat yang berlaku untuk *Plan* Peserta yang Diasuransikan atau melebihi batas yang ditunjukkan Tabel Manfaat; konsultasi Rawat Jalan, tes diagnosa, Perawatan, pelayanan atau penyediaan kecuali secara khusus ditunjukkan di dalam Tabel Manfaat;
- 1.2.53 Perawatan/pengobatan untuk meredakan gejala pada umumnya terkait dengan perubahan fisiologis atau perubahan alami sebagai akibat dari penuaan seperti menopause atau pubertas;
- 1.2.54 Tugas kemilteran atau kepolisian atau pekerjaan atau jabatan yang mengandung risiko seperti buruh tambang atau pekerjaan atau jabatan lain yang risikonya dapat dipersamakan dengan itu, yang sedang dijalani oleh Peserta yang Diasuransikan, kecuali telah membayar Ekstra Kontribusi untuk tugas atau jabatan tersebut; atau
- 1.2.55 Kejadian yang terjadi di negara-negara yang memiliki tingkat risiko tinggi di luar wilayah Indonesia, dalam hal politik dan situasi keamanan yang tidak stabil sesuai dengan ketentuan yang diatur oleh Kementerian Luar Negeri Republik Indonesia dan pihak berwenang lainnya dari waktu ke waktu.
- Sebagai catatan:  
Seluruh Masa Tunggu dalam Asuransi Tambahan ini hanya berlaku apabila Peserta yang Diasuransikan memilih untuk tidak dilakukan pemeriksaan Kesehatan sesuai dengan ketentuan Pengelola dan memahami konsekuensi atas Masa Tunggu.
- 1.3 Beberapa Ketentuan Khusus berlaku dalam kasus-kasus berikut ini.  
Pengelola tidak mengasuransikan semua jenis tes kesehatan dibawah ini, investigasi, Perawatan, alat-alat medis dan/atau non-medis, kondisi, aktivitas dan semua hal atau konsekuensi biaya terkait yang dikecualikan dari Polis seperti hal-hal berikut ini:
- 1.3.1 Bedah atau Perawatan kecantikan (estetis), atau Perawatan yang berkaitan dengan atau dibutuhkan karena Perawatan kecantikan sebelumnya. Namun demikian Pengelola akan mengasuransikan bedah rekonstruksi apabila:



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



- (i) Bedah itu dilakukan untuk memulihkan kembali fungsi atau rupa setelah sebuah Kecelakaan atau setelah pembedahan atas suatu Kondisi Medis, dengan ketentuan bahwa Peserta yang Diasuransikan telah secara terus-menerus diasuransikan dalam Polis sejak sebelum Kecelakaan atau bedah itu terjadi; dan
  - (ii) Bedah itu dilakukan pada tahap yang tepat secara medis setelah Kecelakaan atau pembedahan tersebut; dan
  - (iii) Pengelola setuju dengan biaya Perawatan tersebut secara tertulis sebelum dilakukan.
- 1.3.2 Perawatan khusus di Rumah Sakit dan/atau Perawatan di rumah kecuali apabila Pengelola sudah setuju secara tertulis sebelumnya bahwa hal itu perlu dan sesuai.
- 1.3.3 Rehabilitasi Rawat Inap selama lebih dari 28 (dua puluh delapan) hari kalender kecuali dalam kasus-kasus seperti kerusakan sistem saraf pusat yang parah yang disebabkan oleh trauma eksternal atau Kecelakaan, maka Pengelola akan memperpanjang perlindungan ini hingga 180 (seratus delapan puluh) hari kalender.  
Rehabilitasi Rawat Inap tersebut dapat diasuransikan selama:
- (i) Bagian integral dari Perawatan yang diasuransikan berdasarkan *Plan* Peserta yang Diasuransikan;
  - (ii) Dilakukan oleh seorang Praktisi Medis yang berspesialisasi rehabilitasi dan yang menangani Perawatan;
  - (iii) Rehabilitasi dilakukan tidak sebagai Rawat Jalan, serta
  - (iv) Biaya telah disepakati sebelumnya, secara tertulis, oleh Pengelola sebelum rehabilitasi dimulai.
- 1.3.4 Perawatan yang belum terbukti dapat berhasil atau yang bersifat Eksperimental. Namun demikian Pengelola akan mengasuransikan, jika sebelum Perawatan dimulai, telah dipastikan bahwa Perawatan itu diakui oleh sebuah lembaga medis resmi (dengan mengacu pada Ketentuan Polis sebagai Perawatan yang tepat dan Pengelola telah menyetujui secara tertulis dengan Praktisi Medis, sehubungan dengan biaya Perawatan tersebut.

- 1.3.5 Klaim berkenaan dengan Perawatan yang diterima di luar area asuransi atau jika Peserta yang Diasuransikan melakukan perjalanan terhadap nasihat medis bahkan di dalam area asuransi atau ketika klaim diajukan oleh Peserta yang Diasuransikan ketika ia tinggal di luar negara tempat tinggal asalnya (Indonesia) untuk lebih dari 185 (seratus delapan puluh lima) hari kalender per periode asuransi.

- 1.4 Pengelola tidak mengasuransikan suatu Perawatan, atau bantuan medis gawat Darurat internasional (*International Emergency Medical Assistance*), jika diperlukan akibat pencemaran nuklir, pencemaran biologis atau pencemaran zat kimia, sementara berada di atau ikut dalam perang, tindakan musuh asing, teroris, invasi, perang sipil, kerusuhan, pemberontakan, huru-hara, revolusi, penggulingan terhadap pemerintah yang sah, ledakan senjata perang, berpartisipasi dalam semua bentuk aktifitas kriminal atau kejadian-kejadian seperti salah satu dari yang disebutkan di atas.

Sebagai catatan: Produk ini memberikan manfaat untuk Perawatan yang diperlukan akibat tindakan teroris, sepanjang tindakan teroris tersebut tidak menimbulkan pencemaran nuklir, biologi atau kontaminasi zat kimia.

## 2. Pembatasan

- 2.1 Pengelola berhak untuk tidak menyerahkan manfaat suatu Perawatan jika Pengelola belum juga menerima formulir klaim yang sudah diisi dengan benar dan surat tagihan asli dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah selesainya Perawatan tersebut diberikan.
- 2.2 Pengelola tidak akan menyerahkan manfaat yang sudah dinaikkan untuk Perawatan suatu Kondisi Medis yang sudah timbul atau yang sewajarnya sudah bisa diduga oleh Peserta yang Diasuransikan tersebut sebelum perubahan itu menjadi berlaku efektif. Apabila Kondisi Medis itu sudah timbul atau menjadi timbul, manfaat-manfaat untuk Kondisi Medis itu terbatas hanya sebesar tanggungan yang semestinya berlaku terhadap Kondisi Medis sebelum perubahan.



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



## SYARAT PENGAJUAN POLIS

1. Peserta yang Diasuransikan berusia 15 hari sampai dengan 75 tahun dan Peserta berusia minimal 17 tahun sampai dengan 80 tahun.
2. Melengkapi dokumen yang diperlukan sebagai berikut:
  - a. Surat Pengajuan Asuransi Jiwa Syariah (SPAJS) yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Peserta dan/atau Peserta yang Diasuransikan.
  - b. Salinan Kartu Identitas Peserta yang Diasuransikan dan Peserta. Untuk WNI, dokumen yang diperlukan adalah KTP/SIM/Paspor, sedangkan untuk WNA, dokumen yang diperlukan adalah Paspor dan KITAS/KITAP.
  - c. Dokumen legal yang menyatakan hubungan *insurable interest* (Salinan Kartu Keluarga, Akta Lahir, atau dokumen pendukung lainnya yang sah yang dikeluarkan oleh Instansi resmi pemerintahan lengkap dengan cap dan tanda tangan dari Instansi terkait).
  - d. Tanda bukti pembayaran Kontribusi.
  - e. Surat Kuasa Debit Rekening/kartu kredit (khusus autodebet) dan salinan buku tabungan dari bank rekening pembayaran.
  - f. RIPLAY Personal yang telah diisi dan ditandatangani Peserta dan Tenaga Pemasar.

## MASA MEMPELAJARI POLIS (FREE LOOK PERIOD)

1. Peserta mempunyai Masa Mempelajari Polis (*Free Look Period*) selama 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal Polis diterima (baik dalam bentuk *hardcopy* atau elektronik) oleh Peserta untuk meneliti dan memastikan bahwa isi yang ada dalam Polis sudah sesuai dengan kebutuhan dan keinginan Peserta.
2. Selama Masa Mempelajari Polis (*Free Look Period*) ini dan tidak ada pengajuan klaim, Peserta dapat mengajukan pembatalan Polis kepada Pengelola secara tertulis dan mengembalikan asli dokumen Polis (apabila Polis diterbitkan dalam bentuk cetak)

atau asli dokumen Data Polis (apabila Polis diterbitkan dalam bentuk elektronik) kepada Pengelola.

3. Apabila dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal Polis diterima oleh Peserta (baik dalam bentuk *hardcopy* atau elektronik), Pengelola tidak menerima pengajuan pembatalan Polis, maka seluruh ketentuan Polis tetap berlaku secara sah dan mengikat sejak Tanggal Berlakunya Polis.
4. Dengan adanya permohonan pembatalan Polis selama Masa Mempelajari Polis (*Free Look Period*) maka Polis batal sejak Tanggal Berlakunya Polis dan Pengelola akan mengembalikan Kontribusi yang telah dibayar tanpa imbal hasil setelah dikurangi dengan biaya penerbitan Polis dan biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada). Pengembalian Kontribusi ini akan Pengelola bayarkan selambat-lambatnya 15 (lima belas) Hari Kerja sejak dokumen lengkap diterima oleh Pengelola. Dengan demikian, Pengelola tidak berkewajiban terhadap apapun kepada Peserta dan/atau Peserta yang Diasuransikan.

## TATA CARA LAYANAN DAN KELUHAN

Peserta dapat menghubungi *Customer Care Centre* dengan alamat sebagai berikut:

PT AXA Financial Indonesia

Tel : 1500 940 |Email: [customer@axa-financial.co.id](mailto:customer@axa-financial.co.id)

<https://axa.co.id>

*Customer Care Centre* Jakarta

AXA Tower Lt. GF

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

*Customer Care Centre* Surabaya

Tunjungan Plaza 5 (Pakuwon Center 15<sup>th</sup> Floor Unit 1&2)

Jl. Embong Malang no 1, 3, 5, Surabaya 60261



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah

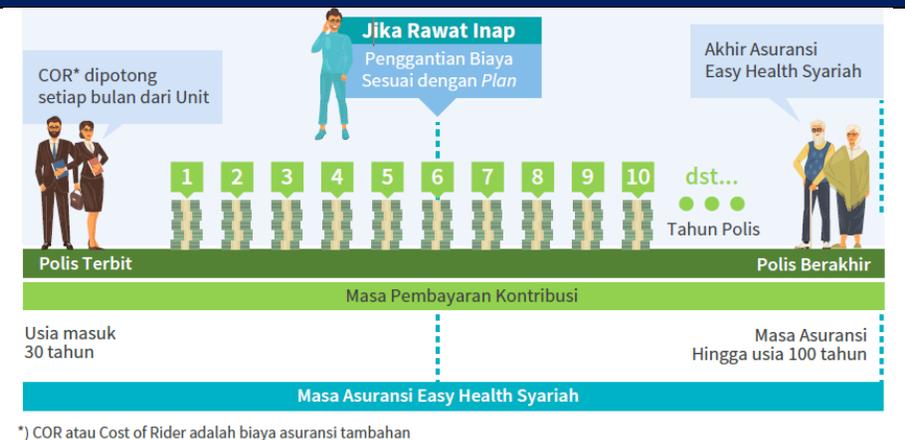


## SIMULASI

AXA Attania Link Syariah – Executive		Asuransi Tambahan	
Usia Masuk	30 tahun (Pria)	Asuransi Tambahan	Asuransi Tambahan Easy Health Syariah - Plan Health 3
Kontribusi Dasar Berkala	Rp1.800.000		
Kontribusi <i>Top Up</i> Berkala	-		
Total Kontribusi Berkala	Rp1.800.000		
Frekuensi Pembayaran Kontribusi	Bulanan		
Masa Pembayaran Kontribusi	70 tahun		
Nilai Asuransi	Rp750.000.000		
Jenis Dana Investasi	100% Maestro Equity Syariah Rupiah		

## Ilustrasi

- Bapak A sebagai Peserta sekaligus juga sebagai Peserta yang Diasuransikan (usia 30 tahun) membeli produk AXA Attania Link Syariah - Executive dan menambahkan Asuransi Tambahan Easy Health Syariah - Plan Health 3.
- Apabila Bapak A mengalami sakit dan memerlukan perawatan di Rumah Sakit, maka Pengelola akan menyerahkan manfaat sebagaimana yang dijelaskan pada Tabel Manfaat.
- Asuransi Tambahan berakhir ketika usia Peserta yang Diasuransikan mencapai akhir Masa Asuransi.





# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



## KEWAJIBAN ANDA SEBAGAI PESERTA

1. Memberikan informasi dengan benar dan lengkap serta telah memahami semua dokumen sebelum ditandatangani. Apabila Peserta 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 Pengelola.
2. Melakukan pembayaran Kontribusi Berkala secara tepat waktu sebelum Tanggal Jatuh Tempo. Apabila Kontribusi Berkala tidak dibayarkan secara tepat waktu maka terdapat risiko status Polis Anda bisa menjadi tidak aktif (*lapsed*) dan klaim Manfaat Asuransi tidak dibayarkan.

## CARA PENGAJUAN KLAIM

### 1. Prosedur Klaim

Pengajuan klaim dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

#### 1.1 Fasilitas *Cashless*

##### 1.1.1 Penggunaan Fasilitas *Cashless*

- a) Fasilitas *Cashless* mulai berlaku sejak Tanggal Berlakunya Polis Asuransi Tambahan atau tanggal perubahan Polis (mana yang lebih akhir) dan hanya dapat digunakan oleh Peserta yang Diasuransikan dengan menunjukkan Kartu Peserta dan Kartu Identitas.
- b) Fasilitas *Cashless* dapat digunakan setelah Pengelola menerbitkan Surat Jaminan Rawat Inap sesuai manfaat *Plan* yang dipilih oleh Peserta sebagaimana tercantum pada Data Polis kepada Rumah Sakit atau Klinik Rekanan.
- c) Pengelola mempunyai hak untuk tidak menerbitkan atau membatalkan Surat Jaminan sesuai *Plan* yang dipilih oleh Peserta sebagaimana tercantum pada Data Polis apabila Perawatan medis yang dijalani Peserta yang Diasuransikan tidak sesuai dengan Ketentuan Khusus ini dan dalam hal tersebut maka Peserta dapat

mengajukan klaim melalui fasilitas Penggantian Biaya (*Reimbursement*).

- d) Pembayaran biaya sesuai *Plan* yang dipilih oleh Peserta sebagaimana tercantum pada Data Polis ke Rumah Sakit atau Klinik Rekanan melalui Fasilitas *Cashless*:
  - (i) Tidak menghapus hak Pengelola menyanggah kebenaran Polis termasuk untuk melakukan analisis atas klaim dan/atau melakukan seleksi ulang terhadap Polis Asuransi Tambahan sebagaimana diatur pada Ketentuan Khusus Asuransi Tambahan Easy Health Syariah.
  - (ii) Bukan merupakan bentuk persetujuan Pengelola atas klaim yang diajukan. Persetujuan klaim yang diajukan akan disampaikan kemudian oleh Pengelola dalam bentuk tertulis.

#### 1.1.2 Kewajiban Peserta

- a) Peserta dan/atau Peserta yang Diasuransikan bertanggung jawab untuk melunasi semua kerugian akibat penggunaan Kartu Peserta yang tidak seharusnya, termasuk namun tidak terbatas pada penggunaan Kartu Peserta oleh pihak selain Peserta yang Diasuransikan.
- b) Peserta dan/atau Peserta yang Diasuransikan wajib untuk membayar Kelebihan Klaim dan/atau Kelebihan Biaya (jika ada).
- c) Pelunasan atas Kelebihan Klaim selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal pemberitahuan Kelebihan Klaim kepada Peserta.

#### 1.1.3 Kelebihan Biaya dan Kelebihan Klaim

- a) Apabila kelas kamar yang sesuai dengan Surat Jaminan Rawat Inap tidak tersedia pada Rumah Sakit Rekanan maka Peserta dan/atau Peserta yang Diasuransikan wajib membayar setiap Kelebihan Biaya yang timbul sesuai Faktor Pro Rata.
- b) Setiap Kelebihan Biaya yang timbul menjadi tanggung jawab penuh Peserta dan/atau Peserta yang Diasuransikan, tidak dapat dialihkan dan/atau ditagihkan kepada Pengelola kecuali apabila disetujui sebaliknya oleh Pengelola.



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



- c) Setiap penolakan atas klaim yang diajukan akan menjadi Kelebihan Klaim dan wajib dibayarkan oleh Peserta kepada Pengelola.
- 1.1.4 Berakhirnya Fasilitas *Cashless*
  - a) Terdapat penggunaan Kartu Peserta sesuai dengan poin (1.1.1) huruf (a) di atas; atau
  - b) Surat Jaminan sesuai *Plan* yang dipilih oleh Peserta sebagaimana tercantum pada Data Polis dibatalkan oleh Pengelola kepada Rumah Sakit Rekanan. Biaya yang timbul akibat pembatalan ini diperhitungkan sebagai Kelebihan Klaim.
  - c) Terdapat Kelebihan Klaim yang belum dibayarkan seluruhnya oleh Peserta kepada Pengelola sebagaimana diatur dalam poin (1.1.2).
- 1.2 Klaim Penggantian (*Reimbursement*)

Apabila Fasilitas *Cashless* tidak dapat dilakukan atau apabila Perawatan Rawat Inap dan Rawat Harian terhadap Peserta yang Diasuransikan dilakukan di Rumah Sakit diluar Rumah Sakit Rekanan, maka Peserta/Peserta yang Diasuransikan dapat mengajukan klaim penggantian (*Reimbursement*), dengan melengkapi dokumen-dokumen yang dipersyaratkan sesuai dengan angka (2).
- 1.3 Syarat Fasilitas *Cashless*
  - 1.3.1 Peserta/Peserta yang Diasuransikan dapat menikmati manfaat dari fasilitas penagihan langsung untuk Perawatan Rawat Inap dan Rawat Harian yang memenuhi syarat Pengelola di dalam Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Asuransi sesuai *Plan* yang dipilih dan setiap permintaan untuk penagihan langsung ini harus dengan persetujuan terlebih dahulu (pra-otorisasi) dari Pengelola.
  - 1.3.2 Peserta/Peserta yang Diasuransikan harus menggunakan Rumah Sakit yang tercatat dalam Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Asuransi sesuai *Plan* yang dipilih, kecuali dalam hal keadaan Darurat di mana hal ini tidak memungkinkan. Jika Peserta/Peserta yang Diasuransikan memutuskan untuk menggunakan Rumah Sakit yang tidak tercantum pada Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Asuransi sesuai *Plan* yang dipilih, Peserta/Peserta yang Diasuransikan wajib untuk membayar terlebih dahulu atas seluruh biaya Perawatan dan selanjutnya Peserta/Peserta yang Diasuransikan mengajukan penggantian biaya Perawatan (*reimbursement*) yang memenuhi syarat kepada Pengelola.
- 1.4 Persetujuan Terlebih Dahulu/Pra-Otorisasi
  - 1.4.1 Sebelum menerima Perawatan Rawat Inap atau Rawat Harian sebagaimana dianjurkan oleh Praktisi Medis Peserta yang Diasuransikan maka Peserta/Peserta yang Diasuransikan atau Rumah Sakit yang akan merawat harus menghubungi Pengelola sebelum memulai Perawatan yang direncanakan tersebut, untuk mendapatkan persetujuan Pengelola. Untuk memperlancar proses penagihan langsung, adapun ketentuannya sebagai berikut:
    - a. Peserta yang Diasuransikan harus memberi tahu Pengelola sebelum Perawatan dilakukan. Idealnya, Pengelola harus diinformasikan sebelum Perawatan yang direncanakan dimulai.
    - b. Keuntungan dari mendapatkan persetujuan terlebih dahulu dari Pengelola adalah:
      - (i) melindungi Peserta yang Diasuransikan dari biaya-biaya yang tidak terduga, dan/atau
      - (ii) jika Peserta yang Diasuransikan menginginkan Pengelola untuk menangani penagihan langsung untuk Rawat Inap atau Rawat Harian untuk Peserta yang Diasuransikan terhadap Kondisi Medis yang memenuhi syarat.
    - c. Jika Perawatan ini adalah untuk Kondisi Medis yang memenuhi syarat dan Pengelola telah memberikan persetujuan terlebih dahulu, Pengelola akan mengeluarkan Surat Jaminan atau *Letter of Guaranteed* (LoG) ke Rumah Sakit atas nama Peserta yang Diasuransikan. Biaya yang muncul namun tidak berhubungan dengan Perawatan akan dibebankan kepada Peserta dan/atau Peserta yang Diasuransikan pada saat keluar dari Rumah Sakit.
    - d. Peserta yang Diasuransikan/Peserta harus membawa Kartu Peserta dan menunjukkan kartu kepada petugas administrasi di Rumah Sakit yang merupakan bagian dari Rumah Sakit Rekanan untuk Perawatan Rawat Inap atau Rawat Harian untuk Kondisi Medis yang memenuhi syarat.
    - e. Apabila Kondisi Medis tidak memenuhi syarat untuk dilakukan Rawat Inap atau Rawat Harian dengan persetujuan terlebih dahulu (pra-otorisasi), maka disarankan agar Perawatan tersebut



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



menggunakan metode pembayaran lebih dahulu oleh Peserta/Peserta yang Diasuransikan dan di kemudian hari mengajukan klaim penggantian (*reimbursement*) kepada Pengelola dengan mengacu pada angka (2) dibawah.

- 1.4.2 Pengelola memberikan persetujuan terlebih dahulu untuk Perawatan yang direncanakan kepada Peserta/Peserta yang Diasuransikan adalah agar Peserta/Peserta yang Diasuransikan terhindar dari biaya-biaya yang tidak terduga. Saat memberikan konfirmasi asuransi dalam hal ini, Pengelola akan memberikan konfirmasi mengenai hal-hal berikut ini:
- Perawatan yang direncanakan itu memenuhi syarat berdasarkan Ketentuan Khusus;
  - Perawatan yang direncanakan itu Diperlukan Secara Medis;
  - Perawatan yang direncanakan itu dalam batas biaya yang Wajar dan Umum; dan
  - Perawatan yang direncanakan itu masuk dalam batas manfaat yang masih ada dari *Plan* Peserta yang Diasuransikan.
- 1.4.3 Peserta/Peserta yang Diasuransikan perlu mendapat persetujuan pra-otorisasi tertulis terlebih dahulu dari Pengelola untuk Perawatan dan pelayanan berikut ini:
- Rawat Inap dan Rawat Harian
    - Semua layanan untuk Rawat Inap atau Rawat Harian;
    - Semua layanan yang tidak termasuk Darurat untuk pemeriksaan, diagnosa, Perawatan, bedah dan layanan medis lainnya;
    - Layanan Perawatan khusus di Rumah Sakit; atau
    - Layanan Perawatan di rumah setelah keluar dari Rumah Sakit yang dilakukan oleh Perawat.
  - Rawat Jalan  
Layanan yang tidak termasuk gawat Darurat.
- 1.4.4 Apabila tidak ada persetujuan terlebih dahulu hal ini bisa berakibat Pengelola tidak dapat menyerahkan seluruh atau sebagian dari klaim yang diajukan. Dalam hal Pengelola diwajibkan untuk menyerahkan suatu bagian pengeluaran yang tidak termasuk dalam konfirmasi Perawatan Pengelola, maka Pengelola akan meminta pengembalian pembayaran tersebut dari Peserta. Biaya-biaya yang dikeluarkan yang

tidak berkaitan langsung dengan Perawatan akan diasuransikan oleh Peserta.

## 1.5 Perawatan Darurat

- Jika Perawatan itu membutuhkan penanganan Darurat di Rumah Sakit, dimana Peserta/Peserta yang Diasuransikan tidak sempat menghubungi Pengelola terlebih dahulu, Peserta/Peserta yang Diasuransikan dapat meminta bantuan seseorang untuk menghubungi Pengelola sesegera mungkin dan memastikan, saat Peserta yang Diasuransikan sudah masuk Rumah Sakit, pihak Rumah Sakit telah menerima Kartu Peserta dan kartu identitas diri agar Rumah Sakit dapat langsung menghubungi Pengelola.
- Untuk Perawatan Rawat Inap Darurat di Rumah Sakit di luar Indonesia yang merupakan bagian dari Rumah Sakit Rekanan, silakan hubungi Hotline Claim dan Darurat 24 jam untuk bantuan segera. Untuk Perawatan Rawat Inap Darurat di Rumah Sakit di Indonesia yang bukan merupakan bagian dari Rumah Sakit Rekanan, untuk lebih jelasnya silakan merujuk pada angka (2).

Perlu diketahui: Dalam situasi jika Pengelola berkewajiban untuk menyerahkan bagian tertentu yang tidak diasuransikan dalam Polis Asuransi Tambahan, maka Pengelola memiliki hak untuk menagihkan biaya tersebut kepada Peserta.

## 1.6 Subrogasi/Koordinasi Manfaat

- 1.6.1 Peserta harus memberitahukan kepada Pengelola dalam formulir klaim jika Peserta menganggap ada suatu biaya yang dapat diklaim kepada pihak lain atau berdasarkan Polis dari p asuransi lain atau berdasarkan sumber lain. Dalam hal tersebut, maka:
- Apabila ada Polis dari pengelola asuransi lain yang terlibat dan asuransi lain tersebut sudah membayarkan klaim kesehatan tersebut dan klaim tersebut memenuhi syarat dalam Polis Asuransi Tambahan ini, maka Pengelola hanya menyerahkan bagian yang diasuransikan saja; atau
  - Apabila terdapat manfaat yang diklaim mengenai asuransi Perawatan atau Kondisi Medis yang disebabkan oleh orang lain (selanjutnya disebut "Penggantian Pihak Ketiga"), Pengelola hanya akan menyerahkan manfaat kepada Peserta yang Diasuransikan sesuai dengan Nilai Asuransi kepada Peserta yang Diasuransikan berdasarkan Polis Asuransi Tambahan ini. Jika klaim tersebut juga diasuransikan pada Polis dari



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



pengelola asuransi lain, maka Pengelola hanya akan menyerahkan manfaat yang menjadi bagian Pengelola. Disisi lain, Pengelola dimungkinkan untuk dapat menagih jumlah manfaat yang diserahkan tersebut kepada Pihak Ketiga yang bertanggung jawab menyebabkan terjadinya klaim. Dalam hal terjadi klaim seperti disebutkan di atas, maka akan berlaku ketentuan sebagai berikut:

- (i) Peserta/Peserta yang Diasuransikan harus sesegera mungkin memberitahukan Pengelola bahwa Perawatan atau Kondisi Medis tersebut disebabkan oleh atau merupakan kesalahan dari Pihak Ketiga. Pengelola akan mengirimkan formulir kepada Peserta untuk mengisi keterangan dan penjelasan tertulis secara lengkap;
- (ii) Peserta/Peserta yang Diasuransikan wajib untuk beritikad baik untuk terlebih dahulu mengajukan klaim kepada Pihak Ketiga jika merupakan kesalahan dari Pihak Ketiga. Peserta/Peserta yang Diasuransikan wajib untuk memastikan bahwa uang penggantian dapat ditagihkan kepada Pihak Ketiga dan dibayarkan kembali kepada Pengelola sampai dengan jumlah manfaat yang telah Pengelola serahkan kepada Peserta/Peserta yang Diasuransikan. Dalam hal ini, Peserta/Peserta yang Diasuransikan akan ditindaklanjuti dengan penandatanganan pernyataan tertulis; dan
- (iii) Apabila Peserta/Peserta yang Diasuransikan tidak membayar kepada Pengelola sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pihak Ketiga tersebut hingga sebesar manfaat-manfaat tersebut (termasuk setiap bunga), maka Pengelola berhak untuk menagih pembayaran tersebut kepada Peserta dan/atau Peserta yang Diasuransikan.

- 1.6.2 Ketentuan Khusus tidak akan memberikan kompensasi selain secara proporsional atau manfaat tunai jika Peserta/Peserta yang Diasuransikan memiliki asuransi lain yang berlaku atau berhak untuk ganti rugi dari sumber lain sehubungan Kondisi Medis yang sama.
- 1.6.3 Pengelola memiliki hak penuh subrogasi/koordinasi manfaat dan dapat mengambil tindakan atas nama Peserta yang Diasuransikan, untuk menagihkan jumlah setiap pembayaran yang dilakukan di dalam Polis Asuransi Tambahan ini dan/atau untuk mengamankan ganti rugi dari pihak ketiga.

## 1.7 Mekanisme Penyerahan Klaim

- a. Untuk mekanisme penyerahan klaim berdasarkan poin (1.1) Fasilitas *Cashless*, poin (1.3) Fasilitas *Cashless* dan poin (1.4) Persetujuan Terlebih Dahulu/Pra-Otorisasi dimana Perawatan dilakukan di Rumah Sakit Rekanan, maka penyerahan klaim akan diserahkan ke Rumah Sakit dalam waktu 14 (empat belas) Hari Kerja setelah klaim disetujui oleh Pengelola.
- b. Untuk mekanisme penyerahan melalui Klaim Penggantian (Reimbursement), termasuk Perawatan yang dilakukan di Rumah Sakit diluar Rumah Sakit Rekanan, maka penyerahan klaim akan diserahkan kepada Peserta/Peserta yang Diasuransikan dalam waktu 14 (empat belas) Hari Kerja setelah klaim disetujui oleh Pengelola.

## 2. Dokumentasi

Peserta/Peserta yang Diasuransikan dapat mengunjungi situs Pengelola di <https://axa.co.id> untuk mendapat formulir klaim yang dapat dicetak atau dapat menghubungi petugas yang siap membantu Peserta/Peserta yang Diasuransikan di nomor yang tertera dibalik Kartu Peserta.

### 2.1 Klaim Rawat Jalan yang terkait dengan Rawat Inap (Perawatan sebelum dan sesudah Rawat Inap)

Peserta/Peserta yang Diasuransikan harus dengan segera mengajukan formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani disertai dan dilengkapi dengan kuitansi asli dengan perinciannya – jenis layanan, hasil diagnosa Praktisi Medis, salinan biaya dari setiap layanan yang diberikan dan salinan Resep dokter apabila sudah membeli obat. Klaim diajukan untuk setiap Kunjungan yang dilakukan termasuk Kunjungan ke Praktisi Medis, Rumah Sakit, Klinik, farmasi, Klinik diagnosa atau tempat lain yang memberi layanan kesehatan.

### 2.2 Klaim Rawat Inap atau Rawat Harian (di luar jaringan tagihan langsung Pengelola)

Peserta/Peserta yang Diasuransikan harus membawa formulir klaim (dapat juga diperoleh di situs Pengelola) dan pastikan formulir sudah diisi dan ditandatangani oleh Peserta/Peserta yang Diasuransikan sendiri dan Praktisi Medis yang merawat Peserta yang Diasuransikan dan selanjutnya dikirimkan kepada Pengelola sesegera mungkin, disertai seluruh informasi yang dibutuhkan



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



oleh Pengelola (hanya tagihan-tagihan dengan dokumen asli beserta kuitansinya dapat diterima bersama klaim Peserta/ Peserta yang Diasuransikan). Dokumen klaim yang diberikan secara lengkap akan membuat klaim Peserta/Peserta yang Diasuransikan diproses dengan segera. Dokumen klaim yang tidak lengkap dapat menunda penyelesaian klaim dan dalam beberapa hal dapat mengakibatkan formulir klaim dikembalikan kepada Peserta/Peserta yang Diasuransikan untuk dilengkapi.

## 2.3 Klaim Manfaat Tunai

Peserta/Peserta yang Diasuransikan diwajibkan untuk mengisi formulir klaim (dapat juga diperoleh di situs Pengelola), disertai seluruh informasi yang dibutuhkan oleh Pengelola (salinan tagihan-tagihan beserta kuitansinya). Yang dimaksud dengan dokumen yang dibutuhkan Pengelola adalah sebagai berikut:

- a. Nasabah Asuransi Lain: salinan tagihan-tagihan beserta kuitansi yang dilegalisir dan salinan persetujuan pembayaran klaim dari asuransi lain.
- b. Peserta yang Diasuransikan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan): Surat Keterangan dari BPJS Kesehatan bahwa Perawatan telah dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan.

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

## 2.4 Dokumen-dokumen klaim yang harus dilengkapi untuk pengajuan klaim adalah sebagai berikut:

- a. Formulir klaim asli/*original* yang sudah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta yang Diasuransikan dan Praktisi Medis yang melakukan Perawatan;
- b. Segala bukti pembayaran (kuitansi) asli/*original* (bukan *copy*/duplikat, yang hanya dikeluarkan satu kali) dan semua rincian tagihan asli/*original* atau fotokopi yang telah dilegalisir, yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit;
- c. Salinan interpretasi (hasil baca) atas hasil pemeriksaan penunjang, laporan pasien pulang (*discharge summary*) dan *resume* medis;
- d. Asli Surat Kuasa (apabila dikuasakan) dan surat pelimpahan wewenang asli dari Peserta atau Termaalihat yang bermeterai cukup kepada Pengelola

untuk meminta keterangan dari Pihak Ketiga dengan disertai dokumen yang menunjukkan hubungan antara Peserta yang Diasuransikan dengan Peserta/Termaalihat;

- e. Fotokopi identitas (KTP atau Paspor), KITAS/KITAP untuk warga negara asing;
- f. Surat pernyataan pembayaran klaim dari asuransi pertama asli/original dilengkapi dengan total biaya yang diasuransikan beserta perinciannya, jenis manfaat yang diasuransikan dan tidak diasuransikan, beserta alasannya apabila terdapat jenis manfaat yang tidak diasuransikan (khusus untuk subrogasi atau koordinasi manfaat); dan
- g. Setiap dokumen atau informasi lain yang diperlukan oleh Pengelola. Peserta yang Diasuransikan/Peserta bersedia untuk mengasuransikan seluruh biaya yang mungkin akan timbul terkait dengan dokumen-dokumen tersebut.
- h. Untuk dokumen dalam Bahasa selain Indonesia atau Inggris wajib menyertakan translasinya dalam Bahasa Indonesia atau Inggris yang dibuat oleh penerjemah tersetumpah.

2.5 Jika dianggap perlu maka Pengelola dapat meminta keterangan medis langsung kepada Praktisi Medis. Apabila Praktisi Medis yang bersangkutan tidak segera menanggapi permintaan tersebut maka klaim Peserta/Peserta yang Diasuransikan dapat tertunda. Pengelola tidak akan melakukan pembayaran apapun untuk memperoleh keterangan/laporan medis apapun.

2.6 Untuk Perawatan dimana Peserta/Peserta yang Diasuransikan harus mendapat persetujuan terlebih dahulu dari Pengelola, persetujuan itu harus diterima secara tertulis sebelum Perawatan dimulai. Salinan dari persetujuan itu harus disertakan dalam klaim Peserta berikutnya.

2.7 Apabila Peserta yang Diasuransikan sudah diasuransikan oleh asuransi lain dan sudah mengajukan klaim namun tidak mendapatkan penggantian penuh dari asuransi lain tersebut maka Peserta yang Diasuransikan dapat mengajukan sisa jumlah klaim yang tidak dibayarkan tersebut kepada Pengelola dengan ketentuan klaim yang diajukan sesuai dengan *Plan* Peserta yang Diasuransikan dan mengacu kepada syarat dan ketentuan Polis Asuransi Tambahan ini.

2.8 Proses klaim akan dimulai apabila dokumen lengkap sudah diterima oleh Pengelola.



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



### 3. Pemberitahuan

- 3.1 Untuk klaim-klaim penggantian biaya, Pengelola hanya mempertimbangkan klaim-klaim yang diajukan dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Peserta yang Diasuransikan keluar dari Rumah Sakit. Pengelola berhak untuk meminta informasi tambahan untuk mendukung klaim.
- 3.2 Dalam hal permintaan informasi tambahan untuk mendukung klaim, Peserta/Peserta yang Diasuransikan diwajibkan melengkapi dokumen yang diminta Pengelola maksimum 60 (enam puluh) hari kalender sejak tanggal surat permintaan yang dikirimkan oleh Pengelola. Apabila tidak dikirimkan sesuai dengan jangka waktu yang ditentukan, maka proses klaim akan dihentikan dan Pengelola akan mengembalikan seluruh dokumen kepada Peserta/Peserta yang Diasuransikan.
- 3.3 Setiap dokumen yang berhubungan dengan permohonan klaim termasuk tagihan, kuitansi dan lainnya bersama dengan formulir klaim yang telah diisi lengkap dapat dikirimkan ke alamat di bawah ini sesuai dengan ketentuan waktu yang telah disebutkan dalam Polis:  
PT AXA Financial Indonesia, Departemen Klaim, AXA Tower Lantai 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.
- 3.4 Kegagalan untuk memberitahukan dalam waktu yang telah ditentukan dalam Ketentuan Khusus tidak akan membatalkan klaim apabila tidak dimungkinkan memberikan pemberitahuan tersebut sesegera mungkin.

### 4. Kondisi Klaim Khusus

- a. Apabila Peserta yang Diasuransikan diketahui tidak jujur dan/atau memberikan keterangan yang tidak benar, tidak sesuai dan/atau tidak sama dalam pengajuan suatu klaim, maka Pengelola berhak untuk tidak menyerahkan manfaat apapun, atau apabila Pengelola telah menyerahkan suatu manfaat dan ternyata dikemudian hari diketahui adanya ketidakjujuran maka Pengelola berhak untuk menarik kembali manfaat yang sudah diberikan kepada Peserta yang Diasuransikan, atau mengakhiri Polis Peserta yang Diasuransikan.
- b. Penyerahan suatu klaim tidak membebaskan Peserta dan/atau Peserta yang Diasuransikan dari kewajiban untuk memenuhi semua syarat dan ketentuan Polis Asuransi Tambahan ini.

Pengelola tidak wajib untuk menyerahkan semua biaya yang berkelanjutan, atau Perawatan sejenisnya, meskipun Pengelola sebelumnya telah menyerahkan klaim atas Perawatan yang sama atau sejenis, apabila dikemudian hari diketahui bahwa klaim atas Perawatan tersebut tidak memenuhi ketentuan Polis Asuransi Tambahan.

- c. Jika Pengelola menyatakan suatu biaya atau pengeluaran tidak diasuransikan dalam asuransi ini termasuk yang terkait dengan alasan apapun yang terdapat dalam Polis, maka apabila ada pembuktian dari kebalikan atas keterangan tersebut akan dibebankan kepada Peserta dan/atau Peserta yang Diasuransikan.

Sebagai catatan, jika Peserta/Peserta yang Diasuransikan mengajukan suatu klaim yang tidak jujur dan/atau tidak benar baik disengaja atau tidak disengaja, maka Pengelola berhak untuk tidak menyerahkan manfaat, atau apabila Pengelola terlanjur menyerahkan manfaat sebelum Pengelola mengetahui ketidakjujuran dan ketidakbenaran itu, maka Pengelola berhak untuk menagih kembali manfaat tersebut kepada Peserta/Peserta yang Diasuransikan, atau mengakhiri Polis Asuransi Tambahan ini tanpa pengembalian Biaya Asuransi tambahan kepada Peserta (sebagaimana disebutkan dalam Polis).

Apabila terdapat hal-hal dan/atau keterangan yang bertentangan dan/atau tidak sesuai dan/atau berbeda dengan dokumen klaim yang diajukan, maka Pengelola berhak untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dari Peserta/Peserta yang Diasuransikan. Atas hal tersebut, Pengelola mempunyai hak untuk melakukan investigasi termasuk untuk melakukan pemeriksaan ulang atas diri Peserta yang Diasuransikan pada Praktisi Medis atau laboratorium yang ditunjuk oleh Pengelola.

5. Dapatkan formulir klaim dengan cara menghubungi Tenaga Pemasar atau *Customer Care* PT AXA Financial Indonesia. Formulir juga dapat diunduh di [website https://axa.co.id/formulir](https://axa.co.id/formulir)



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



## CATATAN PENTING

1. Produk asuransi ini telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK).
2. PT AXA Financial Indonesia berizin 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 Easy Health Syariah dijelaskan secara rinci dan lengkap dalam Polis yang akan dikirimkan kepada Anda setelah permohonan pengajuan asuransi jiwa diterima oleh PT AXA Financial Indonesia.
5. Peserta yang Diasuransikan wajib membaca dan tunduk pada syarat dan ketentuan yang tercantum dalam Polis.
6. Produk asuransi ini memiliki syarat dan ketentuan yang berlaku dimana informasi tersebut dapat dilihat dalam RIPLAY Umum dan RIPLAY Personal.
7. Kontribusi yang dibayarkan oleh Peserta sudah termasuk komisi bagi Tenaga Pemasar.
8. PT AXA Financial Indonesia akan menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini atau perubahan lainnya (apabila ada) melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. PT AXA Financial Indonesia akan mengirimkan pemberitahuan 30 (tiga puluh) Hari Kerja sebelum perubahan tersebut berlaku.
9. PT AXA Financial Indonesia hanya menerima pembayaran kontribusi pertama, kontribusi lanjutan (*renewal*), top up dan biaya-biaya terkait polis melalui \*rekening resmi milik PT AXA Financial Indonesia. PT AXA Financial Indonesia tidak bertanggung jawab atas kerugian yang timbul terhadap pembayaran yang dilakukan diluar dari ketentuan tersebut di atas. Apabila Tenaga Pemasar meminta nasabah untuk melakukan pembayaran ke rekening di luar rekening resmi milik PT AXA Financial Indonesia, nasabah dapat melaporkan kepada kami melalui email [customer@axa-financial.co.id](mailto:customer@axa-financial.co.id) atau di nomor telepon 1500 940.
10. PT AXA Financial Indonesia mengimbau kepada seluruh calon nasabah untuk tidak menandatangani Surat Permintaan Asuransi Jiwa/ Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah/Surat Permintaan Asuransi Kesehatan (“SPAJ/SPAJS/SPAK”) dalam keadaan kosong dan memastikan mengisi SPAJ/SPAJS/SPAK dengan informasi yang benar. Apabila Tenaga Pemasar meminta kepada calon nasabah untuk menandatangani SPAJ/SPAJS/SPAK kosong, maka calon nasabah dapat melaporkan kepada kami melalui email [customer@axa-financial.co.id](mailto:customer@axa-financial.co.id) atau di nomor telepon 1500 940.

\*Dapat dilihat di sini (<https://axa.co.id/pembayaran-premi>)

## DISCLAIMER (PENTING UNTUK DIBACA)

1. PT AXA Financial Indonesia dapat menolak permohonan pengajuan produk asuransi Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) ini dan berhak bertanya kepada Tenaga Pemasar atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) ini.



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



**TABEL MANFAAT ASURANSI TAMBAHAN EASY HEALTH SYARIAH – PLAN HEALTH**

Jenis Manfaat		Keterangan		Nilai Manfaat (Rp'.000' )			
<i>Plan</i>				Health 1	Health 2	Health 3	Health 4
<b>Wilayah Asuransi</b>				Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat	Asia	Indonesia & Malaysia	Indonesia & Malaysia
Manfaat Maksimum	per Tahun			Rp15.000.000	Rp10.000.000	Rp5.000.000	Rp3.000.000
Di Luar Wilayah Asuransi	per Tahun			Rawat Inap Darurat akibat Kecelakaan dan Sakit (Perawatan dijalankan dengan jumlah akumulasi 90 hari Di Luar Wilayah Asuransi)			
Besar Penggantian Biaya				Wajar & Umum			
<b>Rawat Inap &amp; Rawat Harian (termasuk bedah, konsultasi, transplantasi organ, barang habis pakai, implantasi bedah, dll)</b>							
Biaya Kamar Perawatan	365 hari per Tahun			Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp10.000 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp3.000 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp2.000 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp1.000 (mana yang lebih tinggi)
	<p>Catatan: Dalam hal harga Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas lebih tinggi dari harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas, maka harga Kamar Perawatan yang digunakan adalah harga ter-rendah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas.</p> <p>Dalam hal harga Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas lebih rendah dari harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas, maka harga Kamar Perawatan yang digunakan adalah harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas.</p>						
Biaya Perawatan Intensif	365 hari per Tahun			Sesuai Tagihan			
Biaya Tindakan Bedah	Maksimum per Tahun						
Biaya Kunjungan Dokter Umum	Maksimum 2 kunjungan per hari						
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Maksimum 2 kunjungan per hari per tipe spesialisasi						
Biaya Aneka Perawatan	Maksimum per Tahun						
Biaya Bedah Implan & Prostesis	Maksimum per Tahun						



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



Biaya Donor Pihak Ketiga	Maksimum per Tahun Transplantasi organ penting (jantung, paru-paru, hati, ginjal, pankreas & sumsum tulang belakang)	Sesuai Tagihan			
Biaya Bedah Rekonstruksi	Maksimum per Tahun				
HIV/AIDS	Maksimum per Peserta yang Diasuransikan Setelah melewati Masa Tunggu 12 bulan	Rp25.000	Rp25.000	Rp15.000	Rp15.000
Biaya Perawatan Paliatif	Maksimum per Peserta yang Diasuransikan	Rp250.000			
Biaya Akomodasi Pendamping	Maksimum per hari Maksimum 100 hari per Tahun	Rp1.500			
Manfaat Tunai (apabila tidak ada pengajuan klaim ke Pengelola)	Maksimum per hari Maksimum 100 hari per Tahun	Rp2.000	Rp1.500	Rp750	Rp500
<b>Rawat Jalan (berhubungan dengan Rawat Inap)</b>					
Biaya Tes Laboratorium & Diagnosis Scan	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap	Sesuai Tagihan			
Perawatan Sebelum Rawat Inap	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum Rawat Inap				
Perawatan Setelah Rawat Inap	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap				
Pengobatan Tradisional Tiongkok ( <i>chiropractic</i> , akupunktur)	Maksimum per Tahun Maksimum 1 Kunjungan per hari dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap	Rp25.000	Rp15.000	Rp10.000	Rp10.000
Perawatan Cuci Darah (Dialisa)	Maksimum per Tahun	Sesuai Tagihan			
Perawatan Kanker (Kemoterapi, Radioterapi, Target Terapi, Imunoterapi, Terapi Hormon)	Maksimum per Tahun				
Fisioterapi	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap				



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



Rawat Harian (termasuk Tindakan Bedah yang Diterima Sebagai Rawat Jalan, tes lab, diagnostic dan biaya pengobatan lainnya)	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Harian				
<b>Manfaat Lain</b>					
Biaya Perawat di Rumah	Maksimum per hari Maksimum 180 hari per Tahun	Sesuai Tagihan			N/A
Rawat Jalan atas Penyakit Kronis (bukan merupakan <i>pre-existing conditions</i> )	Maksimum per Tahun	Rp2.000	Rp1.250	Rp1.000	Rp1.000
Transportasi Ambulan	Maksimum per Tahun	Sesuai Tagihan			
Rawat Jalan Gigi karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Perawatan dilakukan dalam waktu 48 jam setelah Kecelakaan				
Rawat Jalan karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Perawatan dilakukan dalam waktu 48 jam setelah Kecelakaan				
Rawat Jalan Lanjutan karena Kecelakaan (Perawatan lanjutan dalam waktu 2 minggu setelah kecelakaan)	Maksimum per Tahun Maksimum 2 Kunjungan per Kecelakaan dalam waktu 2 minggu setelah Kecelakaan				
Perawatan untuk Efek Samping Kemoterapi dan/atau Radioterapi	Maksimum per Tahun	Rp5.000	Rp3.000	Rp2.500	Rp2.000
Komplikasi Sebelum dan Sesudah Kelahiran	Maksimum per Tahun setelah melewati Masa Tunggu 9 bulan	Rp10.000	N/A		
Akomodasi Bayi Baru Lahir	Maksimum per hari setelah melewati Masa Tunggu 9 bulan	Rp5.000			
Santunan Kematian	Maksimum per Peserta yang Diasuransikan	Rp25.000			



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



**TABEL MANFAAT ASURANSI TAMBAHAN EASY HEALTH SYARIAH – PLAN BRONZE**

Jenis Manfaat		Keterangan		Nilai Manfaat (Rp'.000')			
<i>Plan</i>		<b>Bronze 1</b>		<b>Bronze 2</b>		<b>Bronze 3</b>	
<b>Wilayah Asuransi</b>		Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat		Asia		Indonesia & Malaysia	
Manfaat Maksimum	per Tahun	Rp10.000.000		Rp5.000.000		Rp3.000.000	
Di Luar Wilayah Asuransi	per Tahun	Rawat Inap Darurat akibat Kecelakaan dan Sakit (Perawatan dijalankan dengan jumlah akumulasi 90 hari Di Luar Wilayah Asuransi)					
Besar Penggantian Biaya		Wajar & Umum					
<b>Rawat Inap &amp; Rawat Harian (termasuk bedah, konsultasi, transplantasi organ, barang habis pakai, implantasi bedah, dll)</b>							
	365 hari per Tahun	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam	
Biaya kamar Perawatan	<p>Catatan: Dalam hal harga Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas lebih tinggi dari harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas, maka harga Kamar Perawatan yang digunakan adalah harga ter-endah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas.</p> <p>Dalam hal harga Kamar Perawatan dengan harga terendah dengan fasilitas Tempat Tidur dan kamar mandi sebagaimana disebutkan dalam masing-masing tabel di atas lebih rendah dari harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas, maka harga Kamar Perawatan yang digunakan adalah harga maksimum yang diatur dalam masing-masing tabel di atas.</p>						
Biaya Perawatan Intensif	365 hari per Tahun	Sesuai Tagihan				Sesuai Tagihan	
Biaya Tindakan Bedah	Maksimum per Tahun					Rp150	
Biaya Kunjungan Dokter Umum	Maksimum 2 Kunjungan per hari					Rp200	
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Maksimum 2 Kunjungan per hari per tipe spesialisasi					Rp10.000	
Biaya Aneka Perawatan	Maksimum per Tahun					Sesuai Tagihan	
Biaya Bedah Implan & Prostesis	Maksimum per Tahun						



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



Biaya Donor Pihak Ketiga	Maksimum per Tahun Transplantasi organ penting (jantung, paru-paru, hati, ginjal, pankreas & sumsum tulang belakang)					Rp120.000
Biaya Bedah Rekonstruksi	Maksimum per Tahun					
HIV/AIDS	Maksimum per Peserta yang Diasuransikan Setelah melewati Masa Tunggu 12 bulan	Rp10.000				
Biaya Perawatan Paliatif	Maksimum per Peserta yang Diasuransikan	Rp200.000				
Biaya Akomodasi Pendamping	Maksimum per hari Maksimum 100 hari per Tahun	Rp1.000				
Manfaat Tunai (apabila tidak ada pengajuan klaim ke Pengelola)	Maksimum per hari Maksimum 100 hari per Tahun	Rp1.500	Rp1.000	Rp500	Rp250	
<b>Rawat Jalan (berhubungan dengan Rawat Inap)</b>						
Biaya Tes Laboratorium & Diagnosis Scan	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap	Sesuai Tagihan				
Perawatan Sebelum Rawat Inap	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum Rawat Inap	Sesuai Tagihan				Rp5.000
Perawatan Setelah Rawat Inap	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap					
Pengobatan Tradisional Tiongkok ( <i>chiropractic</i> , akupunktur)	Maksimum per Tahun Maksimum 1 Kunjungan per hari dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap	Rp15.000	Rp10.000	Rp7.500	Rp5.000	
Perawatan Cuci Darah (Dialisa)	Maksimum per Tahun	Sesuai Tagihan				Rp100.000
Perawatan Kanker (Kemoterapi, Radioterapi, Target Terapi, Imunoterapi, Terapi Hormon)	Maksimum per Tahun					Rp150.000



# Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum Asuransi Tambahan Easy Health Syariah



Fisioterapi	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap				Rp5.000
Rawat Harian (termasuk Tindakan Bedah yang Diterima Sebagai Rawat Jalan, tes lab, diagnostic dan biaya pengobatan lainnya)	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Harian				Rp10.000
<b>Manfaat Lain</b>					
Biaya Perawat di Rumah	Maksimum per hari Maksimum 180 hari per Tahun	Sesuai Tagihan			N/A
Rawat Jalan atas Penyakit Kronis (bukan merupakan <i>pre-existing conditions</i> )	Maksimum per Tahun	Rp1.500	Rp1.000	N/A	N/A
Transportasi Ambulan	Maksimum per Tahun				Rp1.500
Rawat Jalan Gigi karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Perawatan dilakukan dalam waktu 48 jam setelah Kecelakaan				Rp2.000
Rawat Jalan karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Perawatan dilakukan dalam waktu 48 jam setelah Kecelakaan	Sesuai Tagihan			
Rawat Jalan Lanjutan karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun Maksimum 2 Kunjungan per Kecelakaan dalam waktu 2 minggu setelah Kecelakaan				Rp1.000
Perawatan untuk Efek Samping Kemoterapi dan/atau Radioterapi	Maksimum per Tahun	Rp3.500	Rp2.500	Rp2.000	Rp1.500