

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum

| | | | |
|------------------|--|--------------|-------------------------------|
| Nama Penerbit | : PT AXA Mandiri Financial Services ("AXA Mandiri") | Jenis Produk | : Asuransi Kesehatan Kumpulan |
| Nama Produk | : Asuransi Mandiri Corporate Health Plan | Mata Uang | : Rupiah |
| Deskripsi Produk | : Asuransi Mandiri Corporate Health Plan merupakan produk asuransi kesehatan kumpulan yang dikeluarkan oleh PT AXA Mandiri Financial Services yang memberikan manfaat berupa penggantian biaya medis untuk Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan serta manfaat tambahan yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan yaitu berupa penggantian biaya untuk manfaat Rawat Jalan, manfaat Rawat Gigi, manfaat Persalinan dan manfaat Kacamata. | | |

Fitur Utama Asuransi Mandiri Corporate Health Plan

| | | | |
|-----------------------|---|-----------------------|--|
| Usia Masuk Peserta | : Bukan Anak: 17 – 74 Tahun Anak: 0 – 25 Tahun | Uang Pertanggungan | : <ul style="list-style-type: none">Manfaat Rawat Inap: Rp 75.000 – Rp 5.000.000 per hariManfaat Rawat Jalan: Rp 2.000.000 – Rp 45.000.000 per tahunManfaat Rawat Gigi: Rp 200.000 – Rp 55.000.000 per tahunManfaat Persalinan: Rp 1.500.000 – Rp 30.000.000 per persalinanManfaat Kacamata: Rp 100.000 – Rp 5.000.000 per tahun |
| Premi | : Premi sangat bervariasi karena bergantung pada pemilihan plan, karakteristik peserta (umur, jenis kelamin, dsb) dan jumlah peserta (<i>Tailor Made</i>) | Masa Pertanggungan | : 1 tahun dapat diperpanjang setiap habis masa kontrak hingga Peserta berusia 75 tahun namun tidak dijamin dapat diperbaharui secara otomatis setiap tahunnya. |
| Masa Pembayaran Premi | : 1 tahun dapat diperpanjang setiap habis masa kontrak hingga Peserta berusia 75 tahun namun tidak dijamin dapat diperbaharui secara otomatis setiap tahunnya | Cara Pembayaran Premi | : Kuartalan, Semesteran dan Tahunan |

Manfaat Asuransi

- Manfaat Asuransi Dasar
 - Manfaat Asuransi Dasar yang dijamin pada Polis ini adalah manfaat Rawat Inap.
 - Manfaat Rawat Inap akan diberikan dengan Ketentuan sebagai berikut:
 - Polis dan pertanggungan Peserta masih berlaku.
 - Biaya Perawatan Medis yang ditanggung adalah Biaya Yang Wajar Dan Diperlukan sesuai ketentuan dan dibuktikan dengan bukti pembayaran yang sah.
 - Perawatan Medis yang dilakukan memenuhi syarat serta Dibutuhkan Secara Medis.
 - Perawatan Medis disebabkan oleh kondisi yang tidak dikecualikan berdasarkan Ketentuan Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar.
 - Penggantian biaya Perawatan Medis tidak melebihi manfaat sebagaimana tercantum pada Tabel Manfaat Rawat Inap pada butir 1.3 Manfaat Asuransi Dasar ini.
 - Dalam hal manfaat Rawat Inap memiliki nilai maksimum manfaat per tahun maka santunan duka tidak termasuk dalam hitungan maksimum manfaat per tahun.
 - Dalam hal Masa Asuransi telah berakhir dan Peserta masih menjalani Rawat Inap, maka Penanggung akan menjamin Perawatan Medis Peserta sampai dengan Peserta keluar dari Rumah Sakit atau Manfaat Asuransi Peserta telah habis, yang manapun yang lebih dahulu terjadi.

1.3. Tabel Manfaat Rawat Inap

Pola Pelayanan : Provider & Non Provider

Pola Penggantian Kuitansi : 100%

| Manfaat | Batasan Maksimum | Batasan Maksimum Manfaat |
|--|--|--|
| Biaya Kamar & Makan per hari | Maksimum 365 hari per ketidakmampuan | Disesuaikan dengan permintaan Pemegang Polis |
| Biaya Perawatan Intensif per hari | Maksimum 365 hari per ketidakmampuan | |
| Biaya kunjungan dokter per hari | Maksimum 365 hari per ketidakmampuan | |
| Biaya konsultasi dokter spesialis per kunjungan/ per tahun | Maksimum 365 hari per ketidakmampuan | |
| Biaya Aneka Perawatan | Maksimum per ketidakmampuan | |
| Biaya Pembedahan | Maksimum per ketidakmampuan | |
| Pembedahan <i>Complex</i> | | |
| Pembedahan <i>Major</i> | | |
| Pembedahan <i>Intermediate</i> | | |
| Pembedahan <i>Minor</i> | | |
| Biaya Rawat Jalan dan Gigi Darurat Karena Kecelakaan | Maksimum per ketidakmampuan | |
| Rawat Jalan | | |
| Rawat Gigi | | |
| Biaya Pemeriksaan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap | 30 hari sebelum dan 90 hari Sesudah Rawat Inap | |
| Biaya Konsultasi Dokter | | |
| Biaya test diagnostik, obat dan konsultasi | | |
| Biaya Ambulans | Maksimum per ketidakmampuan | |
| Biaya Perawat pribadi | Maksimum per hari | |
| Santunan Duka Kecelakaan atau Sakit | | |
| Limit Tahunan | | |

1.4. Toleransi biaya kamar dan makan

Dalam hal Peserta menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit, dan menggunakan kamar yang tidak sesuai dengan plan yang menjadi hak Peserta, maka:

- Apabila kamar tidak tersedia atau dalam keadaan terhuni penuh (sesuai dengan penjelasan tertulis dari Rumah Sakit), maka Peserta diperbolehkan untuk menempati kamar yang lebih tinggi dari manfaat kamar Peserta, selama selisih Biaya kamar tersebut tidak melebihi 25% dari biaya kamar yang menjadi hak Peserta atau Rp 50.000,- mana yang lebih rendah selama maksimum 2 x 24 (dua kali dua puluh empat) jam.
- Apabila sesudah 2 x 24 (dua kali dua puluh empat) jam, Peserta tidak pindah ke Kamar yang sesuai dengan Manfaat Kamar Peserta atau yang lebih rendah, maka Peserta tetap dapat menggunakan fasilitas *Cashless*, selisih biaya kamar akan menjadi Ekse Klaim sejak hari ketiga Peserta di-Rawat Inap.
- Jika Peserta menggunakan kamar yang tidak sesuai dengan manfaat kamar Peserta atas permintaan sendiri tanpa persetujuan dari Penanggung, maka diberlakukan sistem *Reimbursement*.

1.5. Dalam hal Peserta menjalani Rawat Inap lanjutan sebagai akibat dari Perawatan Medis sebelumnya yang berasal dari penyebab yang sama atau komplikasi atas Perawatan Medis sebelumnya di mana terjadi dalam jangka waktu Pemulihan Manfaat sebagaimana ditentukan dalam Data Polis, maka Rawat Inap lanjutan tersebut dianggap sebagai Perawatan Medis akibat dari satu Ketidakmampuan, kecuali terjadi setelah melampaui jangka waktu Pemulihan Manfaat sebagaimana ditentukan dalam Data Polis sejak Peserta selesai menjalani Rawat Inap dari Rumah Sakit akibat Perawatan Medis sebelumnya akan dianggap sebagai Ketidakmampuan yang baru.

2. Manfaat Asuransi Tambahan

Dalam hal Pemegang Polis turut serta dalam pertanggungans Asuransi Tambahan yang disediakan oleh Penanggung, maka Penanggung akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan sebagaimana tercantum dalam Ketentuan Tambahan, dengan tetap memperhatikan Ketentuan Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar dan pasal-pasal lainnya yang mengatur mengenai Pengecualian pembayaran Manfaat Asuransi Tambahan sebagaimana diatur dalam Ketentuan Tambahan.

Risiko

AXA Mandiri tidak akan membayar Manfaat Asuransi antara lain disebabkan:

- Hal-hal yang tercantum pada Pengecualian Polis.

Biaya

Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah memperhitungkan:

- Komponen biaya-biaya: dan

- b. Diketahui telah memberikan keterangan yang tidak benar atau memberikan keterangan palsu atau memanipulasi dokumen sehubungan pengajuan klaim Manfaat Asuransi atau pengajuan klaim tidak sesuai dengan ketentuan Polis.
- c. Telah melewati jangka waktu pengajuan klaim Manfaat Asuransi.

- b. Sudah termasuk komisi bagi pihak Bank.

Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar

1. *Manfaat Asuransi Polis ini tidak berlaku atas hal-hal yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, termasuk komplikasinya, sebagaimana yang tercantum di bawah ini:*
 - a. *Perawatan Medis yang terjadi dalam jangka waktu Masa Tunggu kecuali Peserta telah dipertanggungjawabkan dalam Polis ini secara terus menerus selama 12 (dua belas) bulan berturut-turut sejak Tanggal Berlaku Pertanggungjawaban;*
 - b. *Perawatan Medis yang tidak Dibutuhkan Secara Medis, pengobatan eksperimental atau yang belum disetujui/diakui oleh Departemen Kesehatan termasuk namun tidak terbatas pada Chiropractic, Naturopathy, Holistic, akupunktur yang tidak dilakukan oleh Dokter, dukun patah tulang, sinshai, obat herbal/tradisional, zat makanan pelengkap (food supplement), vitamin, vaksinasi dan imunisasi;*
 - c. *Bedah atau perawatan kosmetika yang berhubungan dengan kecantikan seperti namun tidak terbatas pada Keloid, acne, naivus, melasma, hyper-hypopigmentasi, bedah plastik kecuali bedah plastik rekonstruksi yang disebabkan oleh Kecelakaan yang dilakukan dalam kurun waktu tiga puluh (30) hari kalender sejak terjadinya Kecelakaan, atau perawatan kosmetik lainnya;*
 - d. *Biaya non medis termasuk namun tidak terbatas pada biaya lotion, bedak, pembalut, telpon, faksimili, salon, video, televisi, sauna, laundry, mini bar, serta lain-lain hal yang tidak ada hubungannya dengan perawatan/pengobatan;*
 - e. *Pemeriksaan fisik rutin, pemeriksaan kesehatan atau laboratorium atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan Ketidakkampuan Peserta atau bertujuan untuk pengecekan kesehatan saja (medical check up);*
 - f. *Penyakit yang dinyatakan sebagai penyakit wabah yang dinyatakan oleh Pemerintah atau Penyakit menular yang direkomendasikan oleh institusi yang berwenang untuk diasingkan dan dikarantinakan;*
 - g. *Setiap perawatan, pengobatan atau Pembedahan gigi (termasuk bedah mulut) dalam bentuk apapun, kecuali Perawatan Medis darurat yang diperlukan karena rusaknya gigi asli akibat Kecelakaan selama Masa Pertanggungjawaban;*
 - h. *Semua alat bantu di luar tubuh termasuk namun tidak terbatas pada tongkat, kursi roda, stagen, alat fisioterapi, alat penyangga bagian tubuh dan semua alat yang ditanamkan di dalam tubuh termasuk namun tidak terbatas pada alat pacu jantung, segala jenis implan, stent arteri koronaria jantung, screw (pen) untuk perawatan patah tulang, dan lain-lain;*
 - i. *Cedera tubuh yang diakibatkan gangguan kejiwaan atau mencederai diri sendiri, atau segala perawatan yang berhubungan dengan gangguan kejiwaan, perawatan istirahat atau perawatan kejiwaan (contoh: neurasthenia, anxiety state), bulimia, perawatan untuk mengatasi kegemukan, penurunan atau menambah berat badan, penggunaan obat terlarang atau NAPZA (narkotika, alkohol, psikotropika atau zat adiktif lainnya) termasuk segala komplikasinya atau gaya hidup beresiko tinggi (segala aktivitas atau pekerjaan yang dapat memperburuk kesehatan);*
 - j. *Kelainan Bawaan dan penyakit keturunan baik diketahui ataupun tidak, hernia yang terjadi pada Peserta dengan usia di bawah 12 (dua belas) tahun, sirkumsisi atau sunat oleh sebab apapun, Perawatan Medis yang berhubungan dengan ketidaksuburan atau perencanaan kelahiran, sterilisasi, pengobatan impotensi, kelainan tumbuh kembang atau autisme;*
 - k. *Semua Penyakit menular seksual termasuk komplikasinya dan/atau penyakit kelamin;*
 - l. *Akibat donor organ tubuh dan/atau donor darah yang dilakukan oleh Peserta, atau biaya untuk memperoleh organ tubuh dan/atau total biaya pemeriksaan pendahuluan apabila Peserta adalah penerima donor organ tubuh dan/atau donor darah;*
 - m. *Keadaan atau perawatan berhubungan dengan Rawat Jalan, rawat gigi, kehamilan atau persalinan termasuk komplikasinya, pemeriksaan refraksi mata, pemakaian kaca mata, atau lensa kontak, kecuali Pemegang Polis mengambil pertanggungjawaban Asuransi Tambahan tersebut yang penjelasannya dimuat secara terpisah dalam Ketentuan Tambahan berdasarkan Polis ini;*
 - n. *Rawat Inap yang dilakukan oleh Dokter yang merupakan Peserta sendiri atau merupakan anggota keluarga dari Peserta;*
 - o. *Perawatan Medis yang tidak sesuai dengan diagnosis dan Perawatan Medis yang biasa dilakukan untuk Penyakit atau tidak sesuai dengan standar praktek kedokteran yang baik atau bukan suatu keharusan atau Perawatan Medis untuk kenyamanan pihak manapun atau perawatan alternatif;*

- p. Perawatan Medis yang dihasilkan dari atau yang berhubungan dengan infeksi karena HIV, AIDS, AIRC dan penyakit lain yang timbul dari HIV, AIDS, dan AIRC;
 - q. Upaya melukai diri sendiri secara sengaja atau percobaan Bunuh diri dan tindakan yang dilakukan oleh orang yang ingin mengambil keuntungan atas pertanggungannya ini;
 - r. Perawatan Medis yang berhubungan dengan hemodialisis/cuci darah dan kemoterapi (termasuk biaya-biaya terkait di dalamnya) yang dilakukan di luar Rawat Inap. Hemodialisis/cuci darah dan kemoterapi termasuk biaya-biaya yang terkait hanya diganti apabila bersamaan dengan Rawat Inap;
 - s. Penyakit atau Cedera tubuh yang timbul akibat langsung atau tidak langsung dari terorisme, perang, invasi, serangan musuh asing, tindak kekerasan (baik perang diumumkan maupun tidak), perang sipil, pemberontakan, revolusi, keikutsertaan langsung dalam huru-hara, tindakan militer, perampasan kekuasaan, tugas aktif dalam angkatan bersenjata atau kepolisian, secara sengaja berada dalam keadaan/kegiatan bahaya (kecuali merupakan usaha untuk menyelamatkan jiwa), turut serta dalam suatu perkelahian, tindakan kejahatan atau suatu percobaan tindak kejahatan baik aktif maupun tidak;
 - t. Melakukan tindakan melanggar hukum/peraturan/aturan, kriminal, melawan penahanan yang sah, dan diserang karena tindakan provokasi yang dilakukannya;
 - u. Peserta bertempat tinggal atau mengalami kejadian yang terjadi di negara-negara yang memiliki tingkat risiko tinggi dalam hal politik, mengalami perang atau situasi keamanan yang tidak stabil, seperti tetapi tidak terbatas pada Afghanistan, Irak, Libya, Nigeria, Korea Utara, wilayah Palestina, Somalia, Sudan Selatan, Sudan, Suriah, Yaman, Iran, Belarus, Kuba, Republik Demokratik Kongo, Zimbabwe, Rusia, dan Ukraina;
 - v. Keikutsertaan dalam aktivitas atau olahraga berbahaya seperti mendaki gunung, panjat tebing, panjat gedung, arum jeram, olahraga berkuda, olahraga musim dingin, tinju dan segala jenis olahraga kontak fisik, segala aktivitas terbang di udara (terjun payung, terbang layang, balon udara, sky diving dan lain-lain), menyelam dengan scuba dan segala aktivitas lomba kecepatan dengan kendaraan bermesin (balap motor, mobil, perahu dan lain-lain), kecuali aktivitas atau olahraga profesional;
 - w. Pekerjaan atau profesi yang berisiko tinggi misalnya tetapi tidak terbatas pada pilot, teknisi penerbangan, awak kabin atau menggunakan bahan berbahaya misalnya tetapi tidak terbatas pada asbestos, benzena, arsen, cadmium, etilen oksida, benzo [a] pyrene, silika, radiasi ultraviolet termasuk perangkat yang dapat memancarkan ultraviolet-tanning, radon, aluminium dan kokas produksi, bahan baku besi dan baja, serta industri manufaktur karet;
 - x. Terkena reaksi nuklir, radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari bahan bakar nuklir atau proses pembuangan limbah atau bahan peledak atau senjata.
2. Pengaturan mengenai pengecualian untuk pembayaran Manfaat Asuransi Tambahan (jika ada) akan diatur lebih rinci dalam Ketentuan Tambahan.
 3. Ketentuan pada butir 1 dan 2 Bagian Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar ini berlaku, kecuali dinyatakan lain oleh Penanggung dalam Endorsemen dan/atau dokumen lainnya (jika ada).

Perlindungan Asuransi Tambahan

1. Manfaat Rawat Jalan
 - a. Memberikan manfaat penggantian biaya rawat jalan berdasarkan plan yang dipilih meliputi biaya konsultasi dokter, konsultasi dokter spesialis, obat-obatan, laboratorium dan test diagnostic serta biaya fisioterapi.
 - b. Tabel Manfaat Rawat Jalan

Pola Pelayanan : Provider & Non Provider

Pola Penggantian Kuitansi : 80% - 100%

| MANFAAT | | BATASAN MAKSIMUM MANFAAT |
|--|------------------------------------|--|
| Konsultasi Dokter | Maksimum 1 kali kunjungan per hari | Disesuaikan dengan permintaan Pemegang Polis |
| Konsultasi Dokter Spesialis | Maksimum 1 kali kunjungan per hari | |
| Biaya Obat-Obatan | Maksimum per tahun | |
| Biaya Laboratorium dan Test Diagnostik | Maksimum per tahun | |
| Biaya Fisioterapi | Maksimum 1 kali kunjungan per hari | |
| Limit Tahunan | | |

c. *Pengecualian Manfaat Rawat Jalan*

- 1) *Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan ini atas hal-hal yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, termasuk komplikasinya, sebagaimana diatur dalam Ketentuan Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar dan juga atas hal-hal:*
 - a) *Perawatan/pengobatan dan tindakan gigi.*
 - b) *Pemeriksaan kehamilan atau yang berhubungan dengan kehamilan.*
 - c) *Segala jenis vitamin, imunisasi, vaksinasi dan program Keluarga Berencana kecuali terdapat dalam daftar Tabel Manfaat Rawat Jalan.*
- 2) *Ketentuan pada butir 1 (Pengecualian Manfaat Rawat Jalan) di atas berlaku, kecuali dinyatakan lain oleh Penanggung dalam Endosemen dan/atau dokumen lainnya (jika ada).*

2. **Manfaat Rawat Gigi**

- a. Memberikan manfaat penggantian biaya perawatan gigi berdasarkan plan yang dipilih meliputi perawatan gigi dasar, perawatan gigi kompleks dan gigi palsu & prosthesis.
- b. **Tabel Manfaat Rawat Gigi**

Pola Pelayanan : Provider & Non Provider
Pola Penggantian Kuitansi : 80% - 100%

| MANFAAT | | BATASAN MAKSIMUM MANFAAT |
|--|--------------------|--|
| Perawatan Gigi Dasar: | | |
| Pemeriksaan mulut dan konsultasi | Maksimum per tahun | Disesuaikan dengan permintaan Pemegang Polis |
| Pembersihan karang gigi | Maksimum per tahun | |
| Penggunaan X-Ray sebelum melakukan pengobatan gigi | Maksimum per tahun | |
| Pemulihan, pencabutan termasuk bius lokal dan perawatan abses | Maksimum per tahun | |
| Pulp capping dan pengobatan saluran akar gigi (termasuk penambalan gigi sementara) | Maksimum per tahun | |
| Root planning | Maksimum per tahun | |
| Perawatan Gigi Kompleks : | | |
| Bedah mulut, bius lokal untuk bedah lokal akar gigi atau geraham bungsu | Maksimum per tahun | Disesuaikan dengan permintaan Pemegang Polis |
| Pengobatan Gusi | Maksimum per tahun | |
| Mahkota gigi dan jembatan gigi | Maksimum per tahun | |
| Gigi Palsu & Prosthesis | Maksimum per tahun | |
| Limit Tahunan | | |

c. *Pengecualian Manfaat Rawat Gigi*

- 1) *Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan ini atas hal-hal yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, termasuk komplikasinya, sebagaimana diatur dalam Ketentuan Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar dan juga atas hal-hal:*
 - a) *Pemutihan gigi;*
 - b) *Penutupan celah gigi (Diastema Closure);*
 - c) *Segala jenis perawatan dan pembelian alat-alat yang berhubungan dengan Orthodontik;*
 - d) *Perbaikan untuk Irregular Tooth Color;*
 - e) *Pengobatan, perawatan, tindakan atau operasi gigi yang bukan atas tindakan medis termasuk untuk kecantikan dan yang tidak termasuk dalam manfaat pertanggung.*
- 2) *Ketentuan butir 1 (Pengecualian Manfaat Rawat Gigi) di atas berlaku, kecuali dinyatakan lain oleh Penanggung dalam Endosemen dan/atau dokumen lainnya (jika ada).*

3. **Manfaat Persalinan**

- a. Memberikan manfaat penggantian biaya persalinan berdasarkan plan yang dipilih meliputi persalinan normal, persalinan dengan pembedahan, keguguran, persalinan dengan bidan serta biaya konsultasi sebelum dan sesudah persalinan.

b. Tabel Manfaat Persalinan

Pola Pelayanan : Provider & Non Provider

Pola Penggantian Kuitansi : 100%

| MANFAAT | | BATASAN MAKSIMUM MANFAAT |
|---|-----------------------------------|--|
| Persalinan Normal | Maks. 1 kali Persalinan per tahun | Disesuaikan dengan permintaan Pemegang Polis |
| Persalinan dengan Pembedahan | Maks. 1 kali Persalinan per tahun | |
| Persalinan Normal dengan Bidan | Maks. 1 kali Persalinan per tahun | |
| Keguguran | Per kehamilan | |
| Konsultasi Sebelum dan Sesudah Persalinan | Per tahun | |
| Limit Tahunan | | |

c. Pengecualian Manfaat Persalinan

- 1) Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan ini atas hal-hal yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, termasuk komplikasinya, sebagaimana diatur dalam Ketentuan Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar dan juga atas hal-hal:
 - a) Persalinan dan Perawatan Medis yang terjadi dalam Masa Tunggu Persalinan sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
 - b) Keguguran dan Perawatan Medisnya yang terjadi dalam Masa Tunggu Keguguran sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
 - c) Persalinan dengan pembedahan yang bukan atas indikasi medis maupun kemauan Peserta atau Dokter.
 - d) Pengobatan dan Perawatan Medis yang berhubungan dengan pengguguran kandungan yang bukan atas indikasi medis, sterilisasi, kontrasepsi, pemeriksaan dan/atau pengobatan kemandulan, termasuk komplikasi yang berhubungan dengan kondisi tersebut.
 - e) Pelayanan kesehatan untuk bayi yang tidak bertujuan untuk Perawatan Medis (seperti: vaksinasi, tindik, sirkumsisi).
 - f) Biaya Perawat pribadi.
 - g) Perawatan karena kehamilan bermasalah, seperti muntah hebat dalam masa kehamilan, keracunan kehamilan dengan kejang-kejang atau komplikasi kehamilan lainnya.
 - h) Peserta wanita yang telah hamil sebelum Tanggal Berlaku Pertanggungan Asuransi Tambahan ini.
- 2) Ketentuan butir 1 (Pengecualian Manfaat Persalinan) di atas berlaku, kecuali dinyatakan lain oleh Penanggung dalam Endosemen dan/atau dokumen lainnya (jika ada).

4. Manfaat Kacamata

- a. Memberikan manfaat penggantian biaya manfaat optik berdasarkan plan yang dipilih meliputi bingkai dan lensa atau lensa kontak.

b. Tabel Manfaat Kacamata

Pola Pelayanan : Reimbursement

Pola Penggantian Kuitansi : 100%

| Manfaat | | BATASAN MAKSIMUM MANFAAT |
|--------------------------------|---|--|
| Lensa dan Bingkai, atau | Maksimum 1 kali pembelian Lensa dan Bingkai per tahun | Disesuaikan dengan permintaan Pemegang Polis |
| Kontak Lensa | Per tahun | |

c. Pengecualian Manfaat Kacamata

- 1) Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan ini atas hal-hal yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, termasuk komplikasinya, sebagaimana diatur dalam Ketentuan Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar dan juga dalam hal pembelian Kacamata tanpa surat rekomendasi Dokter Spesialis Mata dan/atau bukan atas indikasi medis.
- 2) Ketentuan butir 1 (Pengecualian Manfaat Kacamata) di atas berlaku, kecuali dinyatakan lain oleh Penanggung dalam Endosemen dan/atau dokumen lainnya (jika ada).

Persyaratan dan Tata Cara

A. Persyaratan pengajuan Produk Asuransi Mandiri Corporate Health Plan

1. Peserta bukan anak berusia 17 – 74 tahun;
2. Peserta anak berusia 0 – 25 tahun denganketentuan Anak belum bekerja dan belum menikah;
3. Pemegang Polis menyerahkan data Peserta yang didaftarkan dalam Polis ini dan mengisi lengkap Surat Permintaan Asuransi Kumpulan (SPAK), menandatangani di atas materai dan cap perusahaan.
4. Kepesertaan atas Polis ini mulai berlaku sejak tanggal Peserta terdaftar dalam Daftar Peserta yang diterbitkan oleh Penanggung dan Premi telah dibayar lunas.
5. Masa Pertanggungan selama maksimum 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang setiap habis masa kontrak namun tidak dijamin dapat diperbaharui secara otomatis setiap tahunnya.

6. Selama Masa Asuransi Pemegang Polis dapat mengajukan permohonan penambahan Peserta baru dalam polis ini kepada Penanggung dan kepesertaannya akan berlaku setelah terdaftar dalam Daftar Peserta yang diterbitkan oleh Penanggung.
7. Bagi calon Peserta yang telah memenuhi syarat dan telah disetujui sebagai Peserta oleh AXA Mandiri, akan dicantumkan dalam Daftar Peserta.

B. Prosedur/Tata Cara dan Syarat Klaim

1. Prosedur Pengajuan Klaim Reimbursement

a. Pengajuan Klaim

- 1) Pengajuan Klaim dapat diproses jika pertanggunganan Peserta masih berlaku dan tidak ada Premi dan/atau kewajiban lain yang tertunggak.
- 2) Pengajuan klaim Manfaat Asuransi Dasar oleh Peserta melalui Pemegang Polis harus diajukan secara tertulis dan dalam jangka maksimum 60 (enam puluh) hari kalender sejak tanggal berakhirnya Perawatan Medis/tanggal keluar dari Rumah Sakit atau tanggal meninggal dunia. Penanggung mempunyai hak untuk meminta informasi tambahan untuk melakukan proses administrasi klaim. Apabila dokumen-dokumen atas pengajuan klaim tidak disampaikan dalam waktu yang telah ditentukan, maka Penanggung mempunyai hak untuk menolak pembayaran klaim tersebut.

b. Dokumen Klaim

| No. | Dokumen Klaim | Manfaat Asuransi Dasar | | Manfaat Asuransi Tambahan | | | |
|-----|---|------------------------|---------------|---------------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| | | Selain Santunan Duka | Santunan Duka | Manfaat Rawat Jalan | Manfaat Rawat Gigi | Manfaat Persalinan | Manfaat Kacamata |
| 1 | Surat pengantar pengajuan klaim dari Pemegang Polis | √ | | √ | √ | √ | √ |
| 2 | Surat pengantar pengajuan Klaim dari Pemegang Polis yang berisi antara lain nomor rekening tujuan pembayaran Klaim | | √ | | | | |
| 3 | Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta dan Dokter yang merawat dengan disertai cap dari Rumah Sakit dan/atau <i>resume</i> medis yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit; dan | √ | | √ | | √ | |
| 4 | Formulir Klaim Asuransi Jiwa Kumpulan yang telah diisi lengkap dan benar termasuk bagian yang diisi oleh Dokter yang merawat Peserta | | √ | | | | |
| 5 | Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP)/Passpor dan/atau Kartu Ijin Tinggal Sementara (KITAS) (bagi warga negara asing) yang masih berlaku dari Peserta dan/atau pihak yang mengajukan klaim sesuai ketentuan Polis | | √ | | | | |
| 6 | Kuitansi asli bermeterai cukup atas semua biaya Perawatan Medis yang terjadi; dan | √ | | √ | √ | √ | √ |
| 7 | Perincian atas semua biaya yang terjadi selama Perawatan Medis di Rumah Sakit; dan | √ | | √ | √ | √ | √ |
| 8 | Salinan perincian pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep yang berkaitan dengan Perawatan Medis; dan | √ | | √ | √ | √ | |
| 9 | Surat Rujukan dari Dokter untuk Perawatan Medis, konsultasi ke Dokter Spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan/atau terapi yang dilakukan Peserta; dan | √ | | √ | √ | √ | |
| 10 | Surat keterangan asli dari Dokter/Rumah Sakit/instansi kesehatan lainnya yang menyatakan sebab-sebab kematian atau Surat Keterangan Kematian/Akte Kematian asli dari pejabat instansi yang berwenang yang menyatakan sebab-sebab kematian jika meninggal dunia bukan di Rumah Sakit. Jika Surat Keterangan dalam bentuk fotokopi, maka harus telah di legalisir oleh pihak yang telah menerbitkan aslinya tersebut; | | √ | | | | |
| 11 | Surat Keterangan Kematian dari yang berwenang dilegalisir minimal oleh Konsulat Jenderal Republik Indonesia setempat, apabila Peserta meninggal dunia di luar negeri | | √ | | | | |
| 12 | Dokumen lain yang dinyatakan perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| 13 | Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta dan Dokter Gigi dengan disertai cap dari Rumah Sakit dan/atau <i>resume medis</i> yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit; dan | | | | √ | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|---|
| 14 | Resep Kacamata dari Dokter Spesialis Mata | | | | | | √ |
| 15 | Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta dan Dokter Spesialis Mata yang merawat (termasuk Surat Keterangan Dokter); dan | | | | | | √ |

c. Keputusan Klaim

- 1) Penanggung akan menginformasikan hasil dari proses klaim dalam kurun waktu 14 (empat belas) Hari Kerja atau 60 (enam puluh) Hari Kerja untuk klaim yang membutuhkan investigasi lebih lanjut setelah dokumen-dokumen yang dibutuhkan sebagaimana disebutkan dalam butir 1 huruf b Persyaratan/Tata Cara dan Syarat Klaim Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini, diterima dengan lengkap dan benar oleh Penanggung.
- 2) Apabila Pemegang Polis dan/atau Peserta telah memberikan keterangan yang tidak benar atau memberikan keterangan palsu atau memanipulasi dokumen sehubungan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi ini, maka tanpa harus ada putusan pengadilan, Penanggung berhak untuk:
 - a) Menolak untuk membayar Manfaat Asuransi; dan/atau
 - b) Menarik kembali semua uang yang telah dibayarkan kepada Pemegang Polis dan/atau Peserta atau pihak yang mengatasnamakan Pemegang Polis dan/atau Peserta; dan/atau
 - c) Mengakhiri Pertanggung Peserta yang bersangkutan dan/atau Polis ini; dan/atau
 - d) Mengajukan upaya dan tuntutan hukum sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

d. Pembayaran Klaim

Pembayaran Manfaat Asuransi akan dibayarkan paling lambat dalam kurun waktu paling lambat 5 (lima) Hari Kerja sejak Penanggung memberikan keputusan bahwa Manfaat Asuransi tersebut dapat dibayarkan dengan memperhatikan ketentuan butir 1 huruf c Persyaratan/Tata Cara dan Syarat Klaim Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.

2. Prosedur Fasilitas Cashless

- a. Selain pengajuan pembayaran klaim secara *Reimbursement*, Penanggung menyediakan fasilitas *Cashless* untuk Peserta yang akan menggunakan Manfaat Asuransinya tanpa harus membayar terlebih dahulu di Rumah Sakit Jaringan Layanan Kesehatan sesuai dengan syarat dan ketentuan dalam Polis, antara lain namun tidak terbatas pada:
 - 1) Peserta mendapatkan Perawatan di Rumah Sakit yang tercatat dalam Jaringan Layanan Kesehatan.
 - 2) Peserta menunjukkan Kartu Peserta kepada Jaringan Layanan Kesehatan.
 - 3) Penanggung telah memberikan persetujuan bahwa Peserta berhak untuk mendapatkan Manfaat Asuransi dengan fasilitas *Cashless* ini dengan mengeluarkan Surat Jaminan kepada Jaringan Layanan Kesehatan tersebut.
 - 4) Penanggung berhak membatalkan Surat Jaminan apabila Perawatan Medis yang dijalani Peserta tidak sesuai dengan syarat dan ketentuan dalam Polis ini.
 - 5) Penanggung hanya menanggung Manfaat Asuransi dengan fasilitas *Cashless* yang menjadi hak Peserta sesuai dengan syarat dan ketentuan dalam Polis.
 - 6) Pemegang Polis dan Peserta memenuhi proses standar yang berlaku di Jaringan Layanan Kesehatan untuk mendapatkan fasilitas *Cashless* untuk Manfaat Asuransi yang sudah disetujui Penanggung.
 - 7) Peserta wajib melakukan pembayaran langsung atas seluruh biaya Perawatan yang terjadi, yang tidak dijamin dalam Surat Jaminan kepada Jaringan Layanan Kesehatan sebelum meninggalkan Rumah Sakit.
- b. Fasilitas *Cashless* ini akan berlaku apabila tidak ada Premi yang tertunggak. Apabila terdapat Premi yang tertunggak, maka fasilitas *Cashless* ini akan dihentikan sementara sampai Pemegang Polis melakukan pelunasan Premi yang tertunggak kepada Penanggung.

3. Ekses Klaim

- a. Dalam hal terjadi Ekses Klaim Peserta dan dijamin terlebih dahulu oleh Penanggung maka Pemegang Polis bertanggungjawab penuh atas Ekses Klaim yang terjadi dan wajib membayarkan sesuai tagihan yang dikeluarkan oleh Penanggung selambat-lambatnya 14 (empat) hari kalender sejak surat tagihan Ekses Klaim dikirimkan oleh Penanggung dan diterima oleh Pemegang Polis.
- b. Penagihan Ekses Klaim kepada Pemegang Polis akan dilakukan oleh Penanggung menggunakan surat elektronik kepada Pejabat yang berwenang yang ditunjuk oleh Pemegang Polis.
- c. Apabila sampai dengan hari kalender ke-6 (enam) setelah surat tagihan pertama atas Ekses Klaim yang disebut pada butir 3 huruf a Persyaratan/Tata Cara dan Syarat Klaim Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini Pemegang Polis belum melakukan pembayaran atas tagihan Ekses Klaim, maka Penanggung akan mengirimkan kembali surat tagihan atas Ekses Klaim yang terjadi pada hari kalender ke-7 (tujuh) menggunakan surat elektronik dan/atau melalui telepon kepada Pejabat yang berwenang yang ditunjuk oleh Pemegang Polis.
- d. Apabila sampai dengan hari ke-14 (empat belas) setelah surat tagihan pertama adanya ekses klaim yang disebut pada butir 3 huruf a Persyaratan/Tata Cara dan Syarat Klaim Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini Pemegang Polis belum melakukan pembayaran atas tagihan Ekses Klaim, maka Penanggung akan mengirimkan surat peringatan kepada Pemegang Polis untuk segera melunasi tagihan atas Ekses Klaim yang terjadi dan Penanggung berhak untuk:

- 1) Menghentikan Fasilitas *Cashless* bagi seluruh Peserta; dan/atau
 - 2) Menunda pembayaran klaim *Reimbursement* bagi seluruh Peserta.
- e. Apabila sampai dengan hari kalender ke-60 sejak surat tagihan pertama Penanggung belum juga menerima pembayaran Ekses Klaim, maka Penanggung berhak untuk mengakhiri Polis.
 - f. Tagihan Ekses Klaim tetap menjadi kewajiban Pemegang Polis walaupun Polis telah berakhir karena sebab apapun.
 - g. Penanggung berhak menempuh jalur hukum yang dianggap perlu untuk melakukan penagihan Ekses Klaim terhadap Pemegang Polis.
4. Koordinasi Manfaat
- a. Apabila Peserta memiliki Polis kumpulan maupun perorangan yang memberikan manfaat serupa sebagaimana ditentukan dalam Polis ini, maka Penanggung berhak mengkoordinasikan manfaat yang dibayarkan dengan ketentuan jumlah manfaat seluruhnya yang diterima oleh Peserta dari Penanggung dan/atau pihak lain, maksimum adalah sama dengan 100% (seratus persen) dari biaya yang dikeluarkan.
 - b. Dalam hal Peserta telah menerima Manfaat Asuransi dari Penanggung dan ingin mengurus pembayaran Manfaat Asuransi dari Penanggung lain, maka Penanggung hanya akan melayani pengurusan administrasi klaim koordinasi manfaat dalam jangka waktu maksimum 30 (tiga puluh) hari kalender setelah Peserta menerima Manfaat Asuransi dari Penanggung baik saat Penanggung sebagai penanggung pertama maupun sebaliknya.
5. Ketentuan Lain
- Apabila terjadi sengketa, kontroversi atau perselisihan antara Penanggung, dengan Pemegang Polis atau pihak yang berkepentingan dengan Polis ini, maka:
- a. Dalam hal Penanggung diwajibkan membayar klaim berdasarkan putusan lembaga alternatif penyelesaian sengketa terkait, Penanggung akan membayar klaim tersebut paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender sejak putusan ditetapkan atau diterapkan lain dalam putusan lembaga alternatif penyelesaian sengketa terkait.
 - b. Dalam hal proses penyelesaian klaim telah dilimpahkan kepada pengadilan, Penanggung akan membayar klaim tersebut paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender setelah adanya putusan pembayaran klaim yang berkekuatan hukum tetap (*inkracht*) atau ditetapkan lain dalam putusan pengadilan.
6. Pembayaran Klaim
- Manfaat Asuransi yang disetujui oleh Penanggung akan dibayarkan kepada Pemegang Polis atau Peserta atau ahli waris Peserta atau pihak lainnya yang berkepentingan atas Polis ini dengan cara transfer ke nomor rekening sebagaimana diinformasikan secara tertulis oleh Pemegang Polis kepada Penanggung.
7. Pengiriman Dokumen Klaim
- Dokumen-dokumen klaim sebagaimana disebutkan pada butir 1 huruf b Prosedur/Tata Cara dan Syarat klaim Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dapat:

| | |
|--|---|
| Dikirimkan ke: | Atau mengantar langsung ke: |
| PT AXA Mandiri Financial Services AXA Tower, lantai 9 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City Jakarta 12940, Indonesia | Customer Care Center PT AXA Mandiri Financial Services AXA Tower, lantai dasar, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City Jakarta 12940, Indonesia |

Formulir klaim dan Formulir Surat Keterangan Dokter bisa didapatkan dengan cara:

- a. Menghubungi *Financial Advisor*/Tenaga Pemasar AXA MANDIRI di cabang Bank Mandiri terdekat;
- b. Menghubungi layanan *call center* AXA Mandiri di nomor 1500803 atau email ke: customer@axa-mandiri.co.id;
- c. Download/unduh melalui website: www.axa-mandiri.co.id

C. Prosedur/Tata Cara Pembatalan Polis, Pengembalian Premi dan Pengaduan

1. Pembatalan Polis

- a. Pemegang Polis dapat mengajukan permintaan pembatalan/pengakhiran Polis dengan mengirimkan dokumen terkait pembatalan/pengakhiran Polis ini yang telah diisi dengan lengkap dan benar;
- b. Informasi terkait dokumen untuk pembatalan/pengakhiran Polis dapat menghubungi Client Relation AXA Mandiri melalui PIC perwakilan dari Pemegang Polis;
- c. Selama masa pandemi, pembatalan/pengakhiran Polis ini dapat dilakukan Pemegang Polis dengan menghubungi PIC perwakilan dari Pemegang Polis untuk diteruskan ke Client Relation AXA Mandiri atau menghubungi *call center* AXA Mandiri di nomor: 1500803 (atau nomor perubahannya);
- d. AXA Mandiri akan memproses pengajuan pembatalan/pengakhiran Polis ini dalam jangka waktu paling lambat 14 (empat belas) Hari Kerja disetujuinya pembatalan Polis oleh AXA Mandiri.

2. Pengembalian Premi

- a. Apabila pertanggungansan Peserta Berakhir, maka Penanggung akan mengembalikan Premi berdasarkan formula dibawah ini:

$$\text{Premi yang diterima oleh Penanggung} \times (t/n)$$

Keterangan:

t: Sisa jangka waktu sampai dengan Tanggal Jatuh Tempo pembayaran Premi berikutnya (dalam hari);

n: Jumlah hari kalender sesuai Cara Pembayaran Premi dengan ketentuan sebagai berikut:

| Cara Pembayaran Premi | n (dalam hari) |
|-----------------------|--|
| Tahunan | 365 atau tergantung jumlah hari dalam periode 1 tahun tersebut |
| Semesteran | 182 atau tergantung jumlah hari dalam periode 6 bulan tersebut |
| Kuartalan | 91 atau tergantung jumlah hari dalam periode 3 bulan tersebut |

- b. Apabila Polis diakhiri/dibatalkan:

| Masa Asuransi | Pengembalian Premi |
|------------------------|--------------------|
| s.d 1 Minggu | 90% x Premi |
| 1 Minggu < x ≤ 1 Bulan | 75% x Premi |
| 1 Bulan < x ≤ 2 Bulan | 65% x Premi |
| 2 Bulan < x ≤ 3 Bulan | 50% x Premi |
| 3 Bulan < x ≤ 4 Bulan | 35% x Premi |
| 4 Bulan < x ≤ 6 Bulan | 25% x Premi |
| 6 Bulan < x ≤ 9 Bulan | 10% x Premi |
| >9 Bulan | Tidak ada |

3. Pengaduan

- a. Pengaduan dapat dilakukan Pemegang Polis dengan menghubungi *call center* AXA Mandiri di nomor: 1500803 (atau nomor perubahannya), email ke customer@axa-mandiri.co.id atau live chat melalui website AXA Mandiri di www.axa-mandiri.co.id.
- b. Pemegang Polis wajib menyertakan dokumen atau bukti pendukung ketika mengajukan pengaduan sesuai dengan ketentuan proses penyelesaian pengaduan di AXA Mandiri.
- c. Penyelesaian pengaduan Peserta dilaksanakan dalam jangka waktu maksimal 20 (dua puluh) Hari Kerja sejak diterimanya dokumen pengaduan oleh AXA Mandiri. Dalam hal terdapat kondisi tertentu, AXA Mandiri dapat memperpanjang jangka waktu penyelesaian pengaduan paling lama 20 (dua puluh) Hari Kerja kembali atau diluar jangka waktu tersebut sesuai ketentuan peraturan yang berlaku.

Anda dapat menyampaikan pertanyaan dan pengaduan melalui:

Customer Care Centre
 AXA Tower Lt. GF
 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City
 Jakarta 12940, Indonesia
 Telepon: 1500803
 Whatsapp: 081586086801
 Email : customer@axa-mandiri.co.id

Simulasi

PT Angkasa membeli Produk Asuransi Mandiri Corporate Health Plan AXA Mandiri dengan informasi berikut:

| | | |
|-------------------------|---|-----------------------|
| Pemegang Polis | : | PT Angkasa |
| Jumlah Peserta | : | 85 Peserta |
| Cara Pembayaran Premi | : | Tahunan |
| Pilihan Program Manfaat | : | Manfaat Rawat Inap |
| Plan yang dipilih | : | IP200 (Inpatient 200) |

1. Rincian Perhitungan Premi:

- Premi Tahunan per Peserta

| Peserta | Premi Tahunan IP200 |
|---------|---------------------|
| Pria | Rp 694.000 |
| Wanita | Rp 820.200 |
| Anak | Rp 490.000 |

- Distribusi Peserta

| Peserta | Jumlah Peserta |
|--------------|----------------|
| Pria | 37 |
| Wanita | 29 |
| Anak | 19 |
| Total | 85 |

- Total Premi Tahunan yang harus dibayarkan oleh Pemegang Polis

| Peserta | Premi Tahunan |
|----------------------------|----------------------|
| Pria | Rp 25.308.000 |
| Wanita | Rp 23.785.800 |
| Anak | Rp 9.310.000 |
| Total Premi Tahunan | Rp 58.403.800 |

2. Tabel Manfaat Rawat Inap

(dalam Rupiah)

| Manfaat | Batasan Maksimum | IP200 |
|--|--|-----------------------|
| Biaya Kamar & Makan per hari | Maksimum 365 hari per ketidakmampuan | 200,000 |
| Biaya Perawatan Intensif per hari | Maksimum 365 hari per ketidakmampuan | 400,000 |
| Biaya kunjungan dokter per hari | Maksimum 365 hari per ketidakmampuan | 200,000 |
| Biaya konsultasi dokter spesialis per kunjungan/ per tahun | Maksimum 365 hari per ketidakmampuan | 200,000 |
| Biaya Aneka Perawatan | Maksimum per ketidakmampuan | 3,000,000 |
| Biaya Pembedahan | | |
| Pembedahan <i>Complex</i> | | 26,000,000 |
| Pembedahan <i>Major</i> | Maksimum per ketidakmampuan | 17,000,000 |
| Pembedahan <i>Intermediate</i> | | 9,000,000 |
| Pembedahan <i>Minor</i> | | 4,000,000 |
| Biaya Rawat Jalan dan Gigi Darurat Karena Kecelakaan | Maksimum per ketidakmampuan | 1,000,000 |
| Biaya Pemeriksaan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap: | 30 hari sebelum dan 90 hari Sesudah Rawat Inap | |
| Biaya Konsultasi Dokter | | 200,000 |
| Biaya test diagnostik, obat dan konsultasi | | 2,000,000 |
| Biaya Ambulans | Maksimum per ketidakmampuan | 200,000 |
| Biaya Perawat pribadi | Maksimum per hari | 150,000 |
| Santunan Duka | | 30,000,000 |
| Limit Tahunan | | Tidak Terbatas |

Informasi Tambahan

A. Definisi

1. Anak

Anak kandung atau Anak angkat yang sah dari Karyawan dan/atau Direksi dan/atau Dewan Komisaris dan/atau Anggota dari Pemegang Polis menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, belum menikah, belum bekerja dan tidak melanggar ketentuan usia Anak sebagaimana tercantum dalam Data Polis.

2. Anggota

Seseorang yang memiliki hubungan formal dengan Pemegang Polis.

3. Asuransi Dasar

Jenis pertanggungan yang merupakan pertanggungan dasar dari Polis ini.

4. Asuransi Tambahan

Jenis pertanggungan tambahan (*rider*) selain Asuransi Dasar yang ditambahkan pada Polis ini (jika ada).

5. **Biaya Ambulans**
Biaya transportasi darat yang digunakan oleh Peserta dari Rumah Sakit ke Rumah Sakit rujukan dengan menggunakan fasilitas kendaraan yang dilengkapi dengan fasilitas kesehatan yang disediakan Rumah Sakit atau lembaga penyedia layanan kesehatan atau lembaga penyedia jasa ambulans untuk tujuan mendapatkan pelayanan kesehatan bagi Peserta.
6. **Biaya Pembedahan**
Biaya bedah, biaya pembiusan dan kamar operasi termasuk di dalamnya obat-obatan dan peralatan ketika dilakukan Pembedahan.
7. **Biaya Yang Wajar Dan Diperlukan**
Biaya yang dikeluarkan dalam Perawatan Medis, sesuai dengan diagnosis dan bukan bukan hasil rekayasa, menurut standar medis yang berlaku dan biaya tersebut tidak melebihi jumlah biaya yang umum dikenakan oleh kebanyakan pelayanan kesehatan di wilayah tersebut.
8. **Cashless**
Salah satu prosedur pembayaran atas Perawatan Medis di mana Penanggung akan menyediakan sarana Jaringan Layanan Kesehatan untuk membantu Peserta menggunakan manfaatnya tanpa harus membayar terlebih dahulu di Jaringan Layanan Kesehatan sesuai dengan batasan nilai maksimum Manfaat Asuransi pada Tabel Manfaat dengan tetap mengacu kepada ketentuan Polis ini dan Ketentuan Tambahan (jika ada).
9. **Cedera**
Hilang dan/atau kerusakan suatu jaringan tubuh yang dialami Peserta, yang semata-mata merupakan akibat langsung dari Kecelakaan. Ketentuan Umum Polis Asuransi Kesehatan Kumpulan
10. **Daftar Peserta**
Daftar yang diterbitkan oleh Penanggung yang antara lain berisi nomor Peserta, nama Peserta, Usia, plan, status Peserta, jenis kelamin, Premi Peserta dan/atau Tanggal Berlaku Pertanggung yang telah memenuhi persyaratan yang ditentukan dalam Polis ini dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Polis.
11. **Data Polis**
Lampiran Polis yang menjelaskan mengenai ringkasan pertanggung asuransi dan ketentuan Manfaat Asuransi berdasarkan Polis ini yang dapat diubah dari waktu ke waktu secara tertulis oleh Penanggung dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
12. **Dibutuhkan Secara Medis**
Perawatan Medis yang dirujuk oleh Dokter dan wajib memenuhi semua ketentuan berikut:
 - a. Wajar dan Biasa; dan
 - b. Ditujukan untuk pengobatan langsung pada Penyakit/luka; dan
 - c. Tepat dan konsisten dengan keluhan, gejala, diagnosis dan pengobatan dari Penyakit/luka; dan
 - d. Sesuai dengan standar praktik kedokteran yang berlaku; dan
 - e. Bukan untuk mencari keuntungan atau kepentingan bagi Peserta atau Dokter atau Jaringan Layanan Kesehatan.
13. **Dokter**
Seseorang yang memiliki gelar utama dalam praktik ilmu kedokteran barat, memiliki lisensi dari otoritas yang berwenang di negara tempat Perawatan diterima, dan pihak yang terkait dengan Perawatan Medis tersebut melakukan praktik sesuai dengan bidang dan keahliannya.
14. **Dokter Spesialis**
Dokter yang memiliki kualifikasi dan berijazah sebagai Dokter Spesialis menurut ilmu kedokteran barat, terdaftar dan memiliki izin praktik sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
15. **Ekses Klaim**
Biaya klaim diluar hak Peserta yang terjadi akibat penggunaan fasilitas *Cashless* yang akan menjadi kewajiban dari Pemegang Polis, termasuk namun tidak terbatas kepada:
 - a. Manfaat yang digunakan Peserta melebihi batas maksimum ketentuan Tabel Manfaat baik yang teridentifikasi selama berlangsungnya Perawatan Medis maupun setelahnya pada saat Penanggung melakukan verifikasi berkas Klaim; dan/atau
 - b. Termasuk dalam Pengecualian sebagaimana diatur dalam Ketentuan Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar ini baik yang teridentifikasi selama berlangsungnya Perawatan Medis maupun setelahnya pada saat Penanggung melakukan verifikasi berkas Klaim.
16. **Endorsemen**
Ketentuan yang memuat perubahan terhadap Polis yang telah disetujui oleh Penanggung, merupakan suatu kesatuan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

17. Hari Kerja
hari Senin sampai dengan Jumat kecuali hari tersebut dinyatakan sebagai hari libur oleh Pemerintah Republik Indonesia.
18. Jaringan Layanan Kesehatan
Rumah Sakit atau Klinik atau institusi kesehatan resmi lainnya sesuai ketentuan Penanggung yang telah memiliki perjanjian kerja sama baik secara langsung maupun tidak langsung dengan Penanggung yang dapat diubah sewaktu-waktu oleh Penanggung. Ketentuan Umum Polis Asuransi Kesehatan Kumpulan.
19. Kartu Peserta
Kartu yang diterbitkan oleh Penanggung sebagai bukti keikutsertaan pertanggungan asuransi bagi Peserta berdasarkan Polis ini yang digunakan ketika akan melakukan Perawatan Medis di Jaringan Layanan Kesehatan.
20. Karyawan
Seseorang yang mempunyai hubungan kerja dengan Pemegang Polis.
21. Kecelakaan
Suatu kejadian yang bersifat langsung dan timbul dari sumber apapun yang terjadi secara mendadak atau tiba-tiba, tidak terduga, datang dari luar, tidak ada unsur-unsur kesengajaan dan/atau mempunyai unsur kekerasan yang merupakan penyebab langsung dan utama dari Cedera atau meninggal dunia.
22. Kelainan Bawaan
Kelainan medis (fisik dan mental) yang terjadi atau terbentuk sejak dilahirkan, termasuk tapi tidak terbatas pada trauma akibat proses persalinan dan prematuritas.
23. Ketentuan Tambahan
Ketentuan yang mengatur Manfaat Asuransi Tambahan (jika ada) dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
24. Ketentuan Umum
Ketentuan dan istilah dalam Ketentuan Umum Polis "Asuransi Mandiri Corporate Health Plan" ini berlaku dan mengikat sepanjang tidak ditentukan atau diatur lain atau dinyatakan sebaliknya dalam Ketentuan Tambahan (jika ada) dan/atau Endorsemen (jika ada) dan/atau dokumen lain (jika ada) sehubungan dengan Polis.
25. Ketidakmampuan
Penyakit atau Cedera yang timbul dari suatu penyebab atau serangkaian penyebab yang berkesinambungan yang terjadi dalam masa Pemulihan Manfaat sebagaimana ditentukan dalam Data Polis yang disebabkan oleh:
 - a. Penyakit sama dan/atau berulang dan segala komplikasinya;
 - b. Penyakit yang penyebabnya berkaitan satu dengan yang lain;
 - c. Penyakit merupakan kelanjutan dari Penyakit yang sebelumnya; atau
 - d. Penyakit atau Cedera yang terjadi pada waktu yang sama tetapi oleh penyebab yang lain selama masa Rawat Inap.
26. Limit Tahunan
Jumlah keseluruhan penggantian untuk seorang Peserta dalam setiap satu Tahun Polis.
27. Manfaat Asuransi
Penggantian biaya atas Perawatan Medis Peserta oleh Penanggung berdasarkan ketentuan Polis dan Ketentuan Tambahan (jika ada) yang terdiri dari Manfaat Asuransi Dasar dan Manfaat Asuransi Tambahan (jika ada). Ketentuan Umum Polis Asuransi Kesehatan Kumpulan
28. Manfaat Asuransi Dasar
Penggantian biaya atas Perawatan Medis Rawat Inap Peserta oleh Penanggung jika syarat-syarat sudah terpenuhi sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
29. Manfaat Asuransi Tambahan
Penggantian biaya atas Perawatan Medis Peserta oleh Penanggung jika syarat-syarat sudah terpenuhi sesuai dengan ketentuan dalam Polis berupa:
 - a. Manfaat Rawat Jalan; dan/atau
 - b. Manfaat Rawat Gigi; dan/atau
 - c. Manfaat Persalinan; dan/atau
 - d. Manfaat Kacamata.
30. Masa Asuransi
Masa berlakunya Polis yang dimulai sejak Tanggal Berlaku Polis dan berakhir pada Tanggal Berakhir Polis sebagaimana tercantum dalam Data Polis.

31. Masa Bebas Lihat
Periode waktu tertentu sebagaimana diatur dalam Data Polis dihitung sejak tanggal diterimanya Polis oleh Pemegang Polis yang merupakan waktu yang diberikan kepada Pemegang Polis untuk mempelajari dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan tersebut telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Pemegang Polis.
32. Masa Leluasa
Jangka waktu sebagaimana tercantum dalam Data Polis yang akan dihitung sejak Tanggal Jatuh Tempo di mana Polis akan tetap berlaku walaupun Premi belum dibayar Lunas.
33. Masa Pertanggungungan
Jangka waktu asuransi bagi Peserta sejak Tanggal Berlaku Pertanggungungan sampai dengan berakhirnya pertanggungungan asuransi Peserta berdasarkan Polis ini.
34. Masa Tunggu
Masa di mana Manfaat Asuransi yang tercantum dalam Polis ini tidak ditanggung oleh Penanggung sebagaimana diatur dalam Polis ini.
35. Pembedahan
Merupakan suatu tindakan atau prosedur medis atas rekomendasi Dokter dengan tujuan untuk mengobati atau menyembuhkan atau mengembalikan fungsi dari jaringan atau organ tubuh yang mengalami kerusakan dan mendapatkan Perawatan Medis di Rumah Sakit.
36. Pembedahan Tanpa Rawat Inap (*One Day Surgery*)
Tindakan Pembedahan yang tidak memerlukan Rawat Inap yang berdasarkan Polis ini ditetapkan termasuk dalam kategori Pembedahan minor.
37. Pemegang Polis
Badan Hukum atau organisasi yang berbadan hukum sebagaimana tercantum dalam Data Polis yang mengadakan perjanjian asuransi kumpulan dengan Penanggung sebagaimana diatur dalam Polis dan/atau Ketentuan Tambahan (jika ada) dan/atau Endosemen (jika ada) dan/atau dokumen lainnya sehubungan dengan Polis. Ketentuan Umum Polis Asuransi Kesehatan Kumpulan
38. Pemulihan Manfaat
Selang (interval) waktu antara tanggal akhir Rawat Inap yang sebelumnya dengan tanggal mulai Rawat Inap yang berikutnya yang ditentukan sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
39. Penanggung
PT AXA Mandiri Financial Services ("AXA Mandiri).
40. Penyakit
Keadaan fisik dan/atau psikis yang ditandai dengan adanya keadaan tanda dan gejala klinis, kelainan hasil laboratorium, radiologi, patologis atau psikopatologis dari keadaan kesehatan normal atau biasa yang menyebabkan ketidaknyamanan dan disfungsi.
41. Perawat
Seseorang yang memiliki kualifikasi dan berijazah sebagai perawat menurut ilmu keperawatan, terdaftar dan memiliki izin praktik sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
42. Perawatan Medis
Layanan kesehatan yang Dibutuhkan Secara Medis yang diterima oleh Peserta sehubungan dengan Penyakit atau Cedera tubuh yang dideritanya.
43. Peserta
Seseorang (termasuk namun tidak terbatas pada Karyawan dan/atau Direksi dan/atau Dewan Komisaris dan/atau Anggota dan/atau Tanggungan dari Pemegang Polis), yang memenuhi syarat keikutsertaan Peserta dan didaftarkan sebagai Peserta oleh Pemegang Polis dan telah disetujui pertanggungungan asuransinya oleh Penanggung berdasarkan Polis ini sebagaimana tercantum dalam Daftar Peserta yang diterbitkan oleh Penanggung.
44. Polis
Dokumen yang terkait dengan pertanggungungan asuransi ini yang memuat perjanjian asuransi antara Pemegang Polis dan Penanggung yang terdiri dari antara lain Daftar Peserta yang terakhir diterbitkan oleh Penanggung, Ketentuan Umum dan/atau Ketentuan Tambahan dan/atau lampiran Polis dan/atau Endosemen di dalamnya, termasuk, Data Polis, Surat Permintaan Asuransi Kumpulan serta formulir dan dokumen lain yang disyaratkan oleh Penanggung, jika ada, yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan atau dinyatakan sebagai bagian dari Polis.
45. Premi
Sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung yang telah ditentukan dan menjadi syarat diperoleh pertanggungungan asuransi sebagaimana diatur dalam Polis ini yang terdiri dari Premi Asuransi Dasar, Premi Asuransi Tambahan (jika ada) dan Premi Lanjutan (jika ada).

46. Premi Asuransi Dasar
Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sehubungan dengan pertanggunganan Manfaat Asuransi Dasar dalam Polis ini.
47. Premi Lanjutan
Premi yang dibayarkan setelah pembayaran Premi pertama yang dapat terjadi karena:
 - a. Cara bayar Premi bukan secara tahunan;
 - b. Penambahan Peserta;
 - c. Perubahan Manfaat Asuransi; atau
 - d. Kenaikan plan Peserta.
48. Premi Asuransi Tambahan
Premi yang dibayarkan bersamaan dengan Premi Asuransi Dasar oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sehubungan dengan pertanggunganan Manfaat Asuransi Tambahan (jika ada) dalam Polis ini.
49. Produk Asuransi
Produk Asuransi Mandiri Corporate Health Plan.
50. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan
Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Produk Asuransi.
51. Rawat Inap
Tinggal dan menerima Perawatan Medis di Rumah Sakit secara berkelanjutan sekurang-kurangnya 6 (enam) jam atas dasar saran dari Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis dan yang dapat dibuktikan dengan tagihan kamar dan makan harian yang diterbitkan secara sah oleh Rumah Sakit.
52. Rawat Jalan
Perawatan Medis yang dilakukan tanpa Rawat Inap akibat suatu Penyakit atau Kecelakaan yang dapat dilakukan oleh seorang Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis di Rumah Sakit.
53. *Reimbursement*
Salah satu prosedur pembayaran atas Perawatan Medis di mana Peserta membayar terlebih dahulu biaya yang timbul akibat Perawatan Medis di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan lain, kemudian mengajukan klaim kepada Penanggung untuk mendapatkan penggantian biaya yang telah dibayarkan sebelumnya oleh Peserta sesuai dengan batasan nilai maksimum Manfaat Asuransi pada Tabel Manfaat dengan tetap mengacu kepada ketentuan Polis ini dan Ketentuan Tambahan (jika ada).
54. Rumah Sakit
Badan usaha yang sah yang memiliki izin operasi dan terdaftar sebagai Rumah Sakit dari pemerintah setempat atau Rumah Sakit bedah, klinik, pusat spesialis atau penyedia layanan kesehatan di negara tempat beroperasi dan yang Penanggung akui serta memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. Beroperasi terutama untuk menerima, perawatan dan pengobatan yang sakit, lemah, atau orang yang terluka sebagai pasien Rawat Inap dan/atau Rawat Jalan karena Penyakit atau Kecelakaan;
 - b. Menyediakan pelayanan 24 (dua puluh empat) jam oleh Dokter dan/atau Dokter Spesialis dan/atau perawat yang berkualifikasi termasuk di dalamnya;
 - c. Menyediakan fasilitas diagnosis dan fasilitas bedah utama yang memadai;
 - d. Tidak beroperasi terutama seperti sebuah panti jompo, rumah istirahat, rumah penyembuhan atau yang serupa, bangsal geriatri, sebuah lembaga untuk pengobatan penyalahgunaan zat, seperti namun tidak terbatas pada rehabilitasi alkohol atau obat atau tujuan serupa;
 - e. Bukan Rumah Sakit milik Peserta atau keluarga atau pihak yang berkepentingan atas Polis;
 - f. Untuk klinik harus terdaftar dan memiliki izin sebagai klinik utama menyediakan pelayanan 24 (dua puluh empat) jam/perawatan Rawat Inap oleh Dokter dan/atau Dokter Spesialis dan/atau perawat yang berkualifikasi termasuk di dalamnya.
55. Surat Jaminan
Surat yang dikeluarkan oleh Penanggung kepada Rumah Sakit sebagai pemberitahuan bahwa Rawat Inap Peserta telah disetujui.
56. Surat Permintaan Asuransi Kumpulan
Surat permintaan untuk menjadi Pemegang Polis yang harus dibuat dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan untuk selanjutnya diberikan kepada Penanggung. Ketentuan Umum Polis Asuransi Kesehatan Kumpulan
57. Surat Rujukan
Surat pengantar yang diberikan oleh Dokter untuk pemeriksaan atau perawatan lebih lanjut ke unit spesialis/ pemeriksaan penunjang diagnostik/Rawat Inap.

58. Tabel Manfaat
Tabel yang dilampirkan dalam Polis ini dan Ketentuan Tambahan sebagai batasan nilai maksimum Manfaat Asuransi yang diberikan dalam jumlah dan jangka waktu tertentu, terdiri dari:
- Tabel Manfaat Rawat Inap.
 - Tabel Manfaat Rawat Jalan (jika mengambil Asuransi Tambahan Manfaat Rawat Jalan).
 - Tabel Manfaat Rawat Gigi (jika mengambil Asuransi Tambahan Manfaat Rawat Gigi).
 - Tabel Manfaat Persalinan (jika mengambil Asuransi Tambahan Manfaat Persalinan).
 - Tabel Manfaat Kacamata (jika mengambil Asuransi Tambahan Manfaat Kacamata).
59. Tahun Polis
Tenggang waktu antara Tanggal Berlaku Polis dengan tanggal Ulang Tahun Polis berikutnya atau antara satu Ulang Tahun Polis dengan Ulang Tahun Polis berikutnya yang perhitungannya dimulai dari Tanggal Berlaku Polis.
60. Tanggal Berakhir Polis
Tanggal Polis ini berakhir sebagaimana tercantum dalam Data Polis dan/atau Endosemen (jika ada).
61. Tanggal Berlaku Pertanggungan
Tanggal mulai berlaku pertanggungan Peserta berdasarkan Polis ini sebagaimana tercantum dalam Daftar Peserta.
62. Tanggal Berlaku Polis
Tanggal mulai berlaku Polis ini sebagaimana tercantum dalam Data Polis dan diterimanya dokumen-dokumen yang terkait dengan Polis ini secara lengkap dan benar oleh Penanggung.
63. Tanggal Jatuh Tempo
Tanggal jatuh tempo pembayaran Premi di mana Premi wajib dibayar lunas oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
64. Tanggungan
Suami atau Istri dan/atau Anak yang sah dari seseorang (termasuk namun tidak terbatas pada Karyawan dan/atau Direksi dan/atau Dewan Komisaris dan/atau Anggota dari Pemegang Polis) yang didaftarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung.
65. Ulang Tahun Polis
Tanggal dan bulan dari setiap tahun yang sama dengan tanggal dan bulan dari Tanggal Berlaku Polis sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
66. Usia
Usia pada ulang tahun terakhir Peserta pada saat Tanggal Berlaku Polis atau pada saat Ulang Tahun Polis.
67. Usia Masuk
Ketentuan Usia Masuk Peserta Anak dan Usia Masuk Peserta Bukan Anak pada saat Tanggal Berlaku Pertanggungan sebagaimana tercantum pada Data Polis.

B. Catatan Penting

- AXA Mandiri wajib untuk menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk Asuransi ini melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 (tiga puluh) Hari Kerja sebelum efektif berlakunya perubahan.
- Anda akan menerima penawaran produk lain dari pihak ketiga apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi Anda.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini adalah informasi bagi Nasabah mengenai Produk Asuransi yang dapat diunduh di website www.axa-mandiri.co.id dan bukan merupakan suatu bentuk jaminan atau dijadikan dasar atau pedoman sehubungan dengan suatu perjanjian atau komitmen apapun.
- Produk Asuransi Mandiri Corporate Health Plan adalah produk asuransi dan bukan merupakan tanggung jawab dan produk Bank serta tidak dijamin oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS).
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini bukan merupakan bagian dari Polis dan bukan suatu bentuk perjanjian asuransi antara AXA Mandiri dengan Pemegang Polis. Pemegang Polis, Peserta dan Penerima Maslahat terikat dengan Polis Asuransi.
- Tidak satu bagian pun dari materi ini boleh disalin atau disebarluaskan, dikirimkan, dialih tulis, disimpan pada sistem pencarian, diterjemahkan dalam bentuk atau lewat cara apapun untuk diungkapkan kepada pihak lain, tanpa ijin tertulis dari AXA Mandiri.
- Pemegang Polis wajib membaca, memahami, dan menyepakati Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini. Apabila terdapat pertanyaan terkait syarat dan ketentuan Produk Asuransi ini, Nasabah dapat menghubungi call center AXA Mandiri di nomor 1500803, email ke customer@axa-mandiri.co.id atau live chat melalui website AXA Mandiri di www.axa-mandiri.co.id.
- AXA Mandiri merupakan perusahaan asuransi yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan sesuai dengan Ijin Usaha Menteri berdasarkan surat keputusan No. S-071/MK.06/2004 tanggal 11 Februari 2004.

Penting:

Financial Advisor atau Tenaga Pemasar AXA Mandiri tidak boleh menerima pemberian dalam bentuk apapun dari nasabah. Nasabah dilarang membayar Premi dalam bentuk tunai kepada Financial Advisor atau Tenaga Pemasar AXA Mandiri.

Disclaimer (penting untuk dibaca)

1. AXA Mandiri dapat menolak permohonan produk Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini dan berhak bertanya kepada Financial Advisor atau tenaga pemasar atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini.
3. Pastikan Anda membaca, mempelajari, dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Anda. Selama Masa Bebas Lihat, Polis telah berlaku. Namun demikian Pemegang Polis dapat mengajukan pembatalan Polis kepada Penanggung secara tertulis dan Polis dikembalikan kepada Penanggung pada Masa Bebas Lihat. Atas hal tersebut, Polis secara otomatis menjadi batal sejak Tanggal Berlakunya Polis dan tidak ada pertanggungans asuransi apapun yang menjadi kewajiban Penanggung kepada Pemegang Polis dan Peserta.
4. Setelah menerima permintaan pembatalan Polis sebagaimana pada poin 3 diatas, Penanggung akan mengembalikan kepada Pemegang Polis, Premi yang telah dibayarkan yang dikurangi biaya administrasi untuk cetak Polis dan/atau biaya medis (jika ada).
5. Apabila pada Masa Bebas Lihat, Penanggung tidak menerima suatu pemberitahuan pembatalan Polis maka seluruh ketentuan pada Polis tetap berlaku secara sah dan mengikat sejak Tanggal Berlakunya Polis.



PT AXA Mandiri Financial Services terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Tanggal Cetak Dokumen

Oktober 2021