

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum AVA Group Medical Protection

Tentang Produk

AVA Group Medical Protection ("Produk Asuransi") adalah produk asuransi kesehatan kumpulan milik dan diterbitkan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA ("Astra Life" atau "Kami") yang memberikan Manfaat Asuransi Dasar berupa penggantian biaya medis untuk Manfaat Rawat Inap & Pembedahan dan Manfaat Asuransi Pilihan berupa Manfaat Rawat Jalan, Manfaat Persalinan dan Manfaat Perawatan Gigi untuk Karyawan/Anggota dari Pemegang Polis yang memenuhi syarat untuk mendapatkan perlindungan asuransi sebagaimana tercantum dalam Polis. Produk Asuransi ini merupakan produk paket asuransi kesehatan kumpulan dimana preminya ditentukan dan dievaluasi setiap tahunnya berdasarkan kinerja portofolio (*portfolio rating*). Tersedia dalam bentuk *Inner Limit* dan *As Charged* (Sesuai Tagihan).

Manfaat & Fitur Produk Asuransi

I. Manfaat Asuransi

Manfaat Asuransi Dasar

Manfaat asuransi dasar yang tersedia pada produk ini:

Manfaat Rawat Inap & Pembedahan

Merupakan manfaat asuransi yang akan dibayarkan terkait Rawat Inap dan Pembedahan dengan manfaat berikut ini:

• Kamar & Penginapan (HS1)

Penggantian biaya untuk kamar & penginapan dewasa atau anak termasuk makan, pelayanan perawatan umum dan pemeliharaan kamar untuk setiap hari Rawat Inap.

• Unit Perawatan Intensif (HS2A)

Penggantian biaya untuk kamar & penginapan termasuk makan, pelayanan perawatan umum dan pemeliharaan kamar untuk setiap hari Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif.

• Unit Perawatan Khusus (HS2B)

Penggantian biaya untuk kamar & penginapan termasuk makan, pelayanan perawatan umum dan pemeliharaan kamar untuk setiap hari Rawat Inap di Unit Perawatan Khusus termasuk Kamar Isolasi/Perinatologi/Kamar *Intermediate*/Semi ICU/HCU.

• Perawat Pribadi (HS3)

Penggantian biaya untuk jasa Perawat, khusus untuk Peserta selama dirawat di Rumah Sakit dan setelah perawatan di Rumah Sakit maksimum 30 hari sejak pulang dari Rumah Sakit. Penggantian diberikan hanya jika berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter yang merawat dan disetujui oleh Penanggung.

• Kunjungan Dokter Di Rumah Sakit (HS4)

Penggantian biaya untuk jasa Dokter yang merawat di dalam kamar Peserta selama Peserta dirawat di Rumah Sakit. Penggantian diberikan hanya apabila manfaat Kamar & Penginapan dan/atau Unit Perawatan Intensif dan/atau Kamar Isolasi/Perinatologi/Kamar *Intermediate*/Semi ICU/HCU juga dibebankan untuk hari-hari yang sama dengan pemberian jasa pelayanan Dokter.

• Konsultasi Spesialis Di Rumah Sakit Selama Rawat Inap (HS5A)

Penggantian biaya untuk jasa Dokter Spesialis selama Peserta dirawat di Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter yang merawat.

• Aneka Perawatan Rumah Sakit (HS6)

Penggantian biaya Rumah Sakit untuk resep obat-obatan, perban, pembalut tangan, gips, penyewaan peralatan medis, oksigen, infus intravena, darah, plasma darah, biaya administrasi Rumah Sakit dan pemeriksaan diagnostik. Penggantian diberikan untuk per Satu Ketidakmampuan atau per Rawat Inap, sesuai Daftar Manfaat yang berlaku. Penggantian untuk resep obat-obatan adalah yang diberikan pada saat Rawat Inap dan maksimum 7 hari kalender setelah Rawat Inap.

• Biaya Ambulans (HS7)

Penggantian biaya yang sebenarnya yang dibebankan untuk transportasi Peserta ke dan dari suatu Rumah Sakit, atau antar Rumah Sakit, dengan kendaraan darat, udara dan laut, yang terdaftar sebagai sebuah ambulans, dan Secara Medis diperlukan. Penggantian diberikan hanya apabila pelayanan medis profesional diberikan secara terus menerus selama dalam perjalanan.

• Pembedahan (HS8)

Penggantian biaya pembedahan diberikan untuk Satu Ketidakmampuan termasuk jasa profesi yang sebenarnya yang dibebankan oleh seorang Dokter Spesialis untuk melakukan pembedahan, jasa pelayanan yang diberikan oleh Dokter Spesialis untuk melaksanakan anestesi umum selama pembedahan berlangsung, biaya kamar operasi, biaya obat-obatan, sewa alat yang dibutuhkan selama pembedahan dan alat yang ditanam dalam tubuh selama Pembedahan. Pembedahan harus dilakukan di Rumah Sakit.

• Perawatan Darurat Rawat Jalan (HS11)

Penggantian biaya untuk jasa Dokter dan biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik. Penggantian diberikan hanya apabila jasa pelayanan dan biaya yang dibebankan itu berkaitan secara langsung dengan Kecelakaan dan dilakukan dalam jangka waktu 2 hari sejak terjadinya Kecelakaan dan Keadaan Darurat, tidak termasuk perawatan gigi.

• Perawatan Darurat Gigi (HS12)

Penggantian yang dibebankan sehubungan suatu perawatan di Rumah Sakit atau Klinik akibat Kecelakaan yang berhubungan dengan gigi asli yang dilakukan oleh seorang Dokter Gigi atau Dokter Spesialis dan tidak menimbulkan konsekuensi biaya kamar perawatan dalam jangka waktu 2 hari sejak terjadinya Kecelakaan.

• Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap Di Rumah Sakit (HS13)

Penggantian biaya untuk jasa Dokter, pemeriksaan diagnostik dan resep obat-obatan yang terjadi dalam jangka waktu 30 hari sebelum sampai dengan 90 hari sesudah perawatan di Rumah Sakit untuk Penyakit atau per Satu Ketidakmampuan atau per Rawat Inap, sesuai Daftar Manfaat yang berlaku yang sama dengan perawatan tersebut.

• Perawatan Kemoterapi/Radioterapi/Hemodialisa (HS22)

Penggantian biaya untuk jasa Dokter, biaya obat dan peralatan kesehatan yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk kemoterapi/radioterapi/hemodialisa termasuk semua komplikasinya dilakukan pada saat perawatan di Rawat Inap dan Rawat Jalan.

• Santunan Harian Rawat Inap (HS39)

Penanggung hanya akan membayarkan Santunan Harian Rawat Inap per hari selama Rawat Inap apabila:

- Biaya Rawat Inap yang terjadi sepenuhnya ditanggung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan; dan
- Tidak ada penggantian atas biaya Rawat Inap yang timbul untuk klaim yang sama pada Manfaat Rawat Inap & Pembedahan tersebut yang dibayarkan oleh Penanggung.

• Batas Keseluruhan (*Overall Limit*/OL)

Jumlah keseluruhan penggantian untuk seorang Peserta dalam setiap satu Periode Polis.

• Manfaat Kondisi Khusus

Selama Masa Kepesertaan, Penanggung akan memberikan penggantian tambahan untuk seorang Peserta dengan batas maksimum untuk 1 tahun Periode Polis sebagaimana tercantum pada Daftar Manfaat terkait kondisi-kondisi khusus yang berhubungan dan disebabkan oleh:

- Perawatan akibat Penyakit atau cacat bawaan (termasuk namun tidak terbatas pada hernia) tanpa batasan umur;
- Perawatan terkait dengan ketidakseimbangan hormon (*hormonal imbalance*) termasuk namun tidak terbatas pada gangguan menstruasi;
- Perawatan terkait gangguan psikologi (psikotik, mental atau gangguan syaraf) disebabkan oleh Kecelakaan;
- Perawatan dan Pembedahan terkait Odontectomy (pembedahan gigi bungsu/gigi ke-8);
- Perawatan untuk penyakit karena AIDS/HIV;
- Perawatan yang terjadi, timbul dan disebabkan oleh Kecelakaan saat panjat tebing (*rock climbing*), pendakian gunung (*mountain climbing*), terjun bebas (*skydiving*), terjun payung, gantole (*hang gliding*), terbang-layang (*para gliding*), balon udara, semua jenis olahraga, lomba kecepatan dan olahraga kontak fisik kecuali Peserta sebagai atlet profesional;
- Perawatan yang terjadi disebabkan Peserta sebagai penumpang pesawat tidak terjadwal (*charter* atau non-komersil);
- Sirkumsisi (sunat) dengan indikasi Secara Medis;
- Perawatan terkait Komplikasi Kehamilan kecuali keguguran atau aborsi legal; dan
- Perawatan terkait Komplikasi Setelah Melahirkan kecuali biaya-biaya terkait melahirkan normal maupun caesar.

• Santunan Kematian

Apabila Peserta meninggal dunia maka Penanggung akan membayarkan tambahan manfaat berupa santunan dengan batas maksimum untuk 1 tahun Periode Polis sebagaimana tercantum pada Daftar Manfaat.

• Santunan Cacat Tetap karena Kecelakaan

- Apabila Peserta menderita Cacat Tetap Akibat Kecelakaan, maka Penanggung akan membayarkan tambahan manfaat berupa santunan kepada penerima manfaat dengan batas maksimum untuk 1 tahun Periode Polis.
- Yang dimaksud dengan Cacat Tetap Akibat Kecelakaan adalah suatu keadaan cacat yang berlangsung terus menerus selama sisa hidup Peserta yang disebabkan oleh Kecelakaan yang terjadi dalam jangka waktu 90 hari setelah terjadinya Kecelakaan dan sudah tidak mungkin lagi diadakan penyembuhannya, sehingga bagian dari badan yang cacat tersebut tidak dapat berfungsi sama sekali.
- Menghirup gas atau uap secara tidak sengaja dan kelalaian dalam mengonsumsi bahan beracun atau bahan kimia juga dianggap sebagai Kecelakaan, namun dalam hal ini hanya klaim-klaim yang terjadi dalam jangka waktu 30 hari setelah penghirupan atau konsumsi itu akan ditanggung dan diakui oleh Penanggung sebagai Kecelakaan.

- d. Hak atas pembayaran santunan untuk Cacat Tetap Akibat Kecelakaan timbul setelah pengobatan dan perawatan dilakukan secara maksimal, tetapi cacat tersebut tidak kunjung sembuh, sehingga dibuat pernyataan resmi oleh Dokter yang bersangkutan bahwa cacat tersebut tidak mungkin lagi dapat disembuhkan atau dikembalikan lagi fungsi yang semestinya.
- e. Cacat Tetap Akibat Kecelakaan yang dijamin Polis ini adalah cacat tetap yang menghalangi semua pekerjaan Peserta sehari-hari yang meliputi:
- Kehilangan seluruh bagian atau kehilangan fungsi pada kedua Anggota Gerak Atas dan/atau kedua Anggota Gerak Bawah;
 - Kehilangan fungsi satu Anggota Gerak Atas dan fungsi satu Anggota Gerak Bawah atau fungsi satu Anggota Gerak Atas dan fungsi penglihatan pada satu mata atau fungsi satu Anggota Gerak Bawah dan fungsi penglihatan pada satu mata; atau
 - Kehilangan fungsi penglihatan pada kedua mata.
- Santunan Manfaat Penyakit Kritis**
 - Selama Masa Kepesertaan, Penanggung hanya akan membayarkan santunan sebesar yang tercantum dalam Daftar Manfaat kepada Pemegang Polis apabila:
 - Peserta berdasarkan hasil Diagnosa pertama kali dinyatakan menderita salah satu jenis penyakit kritis yang dipertanggungkan dan telah melewati 90 hari berturut-turut sejak Tanggal Berlakunya Kepesertaan;
 - Atas Diagnosa tersebut di atas Peserta melakukan Rawat Inap dan biaya perawatannya sudah ditanggung oleh BPJS Kesehatan; dan
 - Tidak ada penggantian atas biaya Rawat Inap yang timbul untuk klaim yang sama pada Manfaat Rawat Inap & Pembedahan tersebut yang dibayarkan oleh Penanggung.
 - Penyakit-penyakit kritis yang dipertanggungkan yang definisinya sesuai Polis adalah:
 - Serangan Jantung
 - Stroke
 - Gagal Ginjal
 - Diabetes Amputasi
 - Kanker

Manfaat Asuransi Pilihan

Produk Asuransi ini dapat ditambahkan dengan manfaat asuransi pilihan yang dapat dipilih sebagai berikut:

1. Manfaat Persalinan (Maternity /MA)

Manfaat asuransi pilihan ini dapat ditambahkan untuk kategori Peserta perempuan dan bayi yang baru lahir.

- Persalinan Normal Oleh Dokter (MA1)**
Penggantian biaya untuk jasa Dokter dan biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk persalinan normal, termasuk persalinan dengan alat bantu vacuum atau forceps, dan Rawat Inap yang disebabkan oleh komplikasi yang timbul dari kehamilan dan persalinan normal.
- Persalinan Normal Oleh Bidan (MA2)**
Penggantian biaya jasa Bidan untuk persalinan normal. Penggantian diberikan hanya apabila tidak ada Dokter atau Spesialis yang terlibat dalam proses persalinan.
- Operasi Caesar (MA3)**
Penggantian biaya untuk jasa Dokter atau Spesialis dan biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk persalinan melalui operasi Caesar, dan Rawat Inap yang disebabkan oleh komplikasi yang timbul dari kehamilan dan persalinan melalui operasi Caesar. Penggantian diberikan hanya apabila persalinan normal dapat membahayakan jiwa sang ibu atau bayi dalam kandungan dan berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter atau Spesialis yang merawat.
- Keguguran (MA4)**
Penggantian biaya untuk jasa Dokter atau Spesialis dan biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk tindakan keguguran dengan indikasi medis bagi kehamilan di bawah 21 minggu beserta perawatannya dan Rawat Inap yang disebabkan oleh komplikasi yang timbul dari kehamilan dan tindakan keguguran.
- Perawatan Sebelum dan Sesudah Persalinan (MA5)**
Penggantian biaya untuk jasa Spesialis atau Bidan dan biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk perawatan sebelum persalinan dan 40 hari sesudah persalinan atau 21 hari sesudah keguguran serta biaya perawatan bayi sehat.
- Santunan Tunai Manfaat Persalinan**
Santunan yang akan dibayarkan kepada Peserta yang menjalani Persalinan yang ditanggung berdasarkan Polis, sebagaimana tercantum dalam Polis dengan ketentuan:
 - Apabila Peserta berobat sesuai prosedur BPJS Kesehatan, kemudian melakukan Persalinan di fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan dan tidak menggunakan fasilitas Penanggung, maka Peserta berhak mendapatkan santunan tunai yang besarnya untuk setiap Periode Polis sebagai berikut:
 - Jenis manfaat *As Charged*
5% dari Batas Keseluruhan (OL) yang menjadi haknya atau tagihan yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan untuk manfaat tersebut, mana yang lebih kecil; atau
 - Jenis manfaat *Inner Limit*
5% dari batas manfaat Persalinan yang menjadi haknya atau tagihan yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan untuk manfaat tersebut, mana yang lebih kecil.

- Santunan Tunai Manfaat Persalinan menjadi gugur dan tidak berlaku dalam hal disebabkan salah satu atau lebih kondisi sebagai berikut:
 - Apabila Peserta berobat sesuai prosedur BPJS Kesehatan, kemudian melakukan Persalinan bukan di fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan dan menggunakan fasilitas Penanggung;
 - Apabila Peserta berobat tidak sesuai prosedur BPJS Kesehatan, kemudian menggunakan fasilitas Penanggung; atau
 - Jika terdapat Ekse Klaim (apapun jenis Ekse Klaim-nya) dari BPJS Kesehatan dan ditagihkan kepada Penanggung;
- Pengajuan Santunan Tunai Manfaat Persalinan harus dengan melampirkan fotokopi dokumen klaim Persalinan lengkap dan benar.

Kecuali ditentukan lain oleh Penanggung, berlakunya Manfaat Persalinan dimulai setelah masa:

- 8 bulan untuk melahirkan (Persalinan), kecuali di dalam kasus kelahiran prematur dimana kehamilan tersebut terjadi setelah Tanggal Berlakunya Kepesertaan; atau
- 90 hari untuk keguguran, aborsi yang dilakukan demi keselamatan ibu atau *molahidatifom* (kehamilan anjuran) atau *hyperemesis gravidarum* (muntah-muntah karena hamil).

Manfaat Persalinan hanya dapat dipilih apabila Anda telah memilih Manfaat Rawat Inap & Pembedahan sebagai Manfaat Asuransi Dasar dan berdasarkan persetujuan dari ketentuan Kami.

2. Manfaat Rawat Jalan (Out-Patient /OP)

Manfaat ini hanya dapat dipilih apabila Anda telah memilih Manfaat Rawat Inap & Pembedahan sebagai Manfaat Asuransi Dasar dan berdasarkan persetujuan dari ketentuan Kami.

- Kunjungan Dokter Umum Rawat Jalan (OP1A)**
Penggantian biaya untuk jasa Dokter Umum.
- Kunjungan Dokter Umum Rawat Jalan dan Resep Obat (OP16)**
Penggantian biaya konsultasi Dokter Umum dimana biaya pemeriksaan, tindakan dan obat-obatan tidak diperinci. Jumlah yang sudah dipergunakan pada Kunjungan Dokter Umum Rawat Jalan dan Resep Obat (OP16) tidak dapat digunakan untuk mengganti Manfaat Rawat Jalan lainnya dan berlaku sebaliknya.
- Konsultasi Dokter Spesialis Rawat Jalan (OP2A)**
 - Penggantian biaya untuk jasa Dokter Spesialis, akupuntur yang dilakukan oleh Dokter Spesialis yang ahli di bidang tersebut dan chiropractic yang dilakukan oleh Dokter Spesialis yang memiliki lisensi serta obat-obatan dan alat kesehatan yang digunakan saat akupuntur atau chiropractic.
 - Konsultasi Dokter Spesialis Rawat Jalan dapat dilakukan tanpa berdasarkan surat rujukan dari Dokter Umum.
- Pelayanan Diagnostik Rawat Jalan (OP3A)**
Penggantian biaya untuk pemeriksaan diagnostic termasuk biaya administrasi. Penggantian diberikan hanya apabila berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter yang merawat.
- Resep Obat dan Biaya Rawat Jalan (OP4A)**
Penggantian biaya untuk resep obat-obatan dan biaya administrasi. Pembelian obat-obatan harus dilakukan di apotik yang mempunyai izin resmi dan hanya apabila berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter yang merawat.
- Fisioterapi (OP12)**
Penggantian biaya untuk fisioterapi berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter yang merawat.
- Biaya Administrasi (OP5A)**
Penggantian biaya administrasi yang terkait secara langsung dengan pelayanan yang diberikan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Fisioterapi.
- Batas Keseluruhan (Overall Limit/OL)**
Jumlah keseluruhan penggantian untuk seorang Peserta dalam setiap satu Periode Polis.

3. Manfaat Perawatan Gigi (Dental /DT)

Manfaat ini hanya dapat dipilih apabila Anda telah memilih Manfaat Rawat Inap & Pembedahan sebagai Manfaat Asuransi Dasar berdasarkan persetujuan dari ketentuan Kami.

- Perawatan Dasar (DT1)**
Penggantian sebagian jasa Dokter Gigi dan sebagian biaya untuk obat-obatan dan bahan-bahan, untuk perawatan gigi dasar, yang mencakup penambalan gigi, perawatan saluran akar, pencabutan, perawatan untuk pembengkakan dan rontgen gigi.
- Perawatan Pencegahan (DT2)**
Penggantian sebagian jasa Dokter Gigi dan sebagian biaya untuk bahan-bahan, untuk prophylaxis dan pembersihan karang gigi.
- Perawatan Perbaikan (DT3)**
Penggantian sebagian jasa Dokter Gigi dan sebagian biaya untuk obat-obatan dan bahan-bahan, untuk perawatan perbaikan yang mencakup pembuatan jembatan (*bridge*) pemasangan mahkota (*crown*) dan *inlay/onlay* (tidak termasuk implan).
- Perawatan Kompleks (DT4)**
Penggantian sebagian jasa Dokter Gigi dan sebagian biaya untuk obat-obatan dan bahan-bahan, untuk perawatan kompleks yang mencakup pembedahan pencabutan gigi bungsu, pembedahan jaringan penunjang gigi, Rawat Inap dan Rawat Jalan yang berhubungan secara langsung dan tidak langsung dengan masalah gigi dan segala komplikasinya.

- **Perawatan Gusi (DT5)**
Penggantian sebagian jasa profesi Dokter Gigi dan sebagian biaya untuk obat-obatan dan bahan-bahan, untuk perawatan gusi yang mencakup kuretase dan splinting.
- **Perawatan Gigi Palsu (DT6)**
Penggantian sebagian jasa Dokter Gigi dan sebagian biaya untuk obat-obatan dan bahan-bahan, untuk perawatan dan pembuatan gigi palsu karena kehilangan gigi (*full denture*).
- **Batas Keseluruhan (Overall Limit/OL)**
Jumlah keseluruhan penggantian untuk seorang Peserta dalam setiap satu Periode Polis.

II. Premi

1. Tarif Premi
Tarif Premi Tahunan sebagaimana tercantum dalam Polis ditentukan oleh Kami pada awal berlakunya Polis dan dapat ditinjau kembali setiap Tanggal Pembaruan Polis kecuali terdapat perubahan risiko pertanggungan. Gambaran Tarif Premi Tahunan Produk Asuransi dapat dilihat pada Tabel Manfaat dan Premi pada bagian akhir RIPLAY Umum ini.
2. Jenis Premi
 - i. Premi Awal
Premi Awal adalah Premi yang ditetapkan oleh Kami untuk Periode Polis pertama. Premi Awal harus dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Kami secara penuh pada Tanggal Berlakunya Polis.
Untuk Premi Awal yang dibayarkan secara angsuran, maka angsuran pertama dari Premi Awal dibayarkan pada Tanggal Berlakunya Polis dan angsuran berikutnya dibayarkan pada setiap Tanggal Jatuh Tempo Premi.
 - ii. Premi Penyesuaian
Premi Penyesuaian adalah Premi yang ditetapkan oleh Kami dalam Periode Polis yaitu pada saat berlakunya perlindungan asuransi bagi Peserta baru, saat berakhirnya kepesertaan, atau saat perubahan manfaat Peserta.
Premi Penyesuaian akan diperhitungkan secara prorata berdasarkan periode perlindungan asuransi Peserta dan cara pembayaran Premi.
Premi Penyesuaian harus dibayarkan dalam waktu 30 hari terhitung sejak tanggal diterbitkannya tagihan Premi Penyesuaian oleh Kami.

- iii. Premi Pembaruan
Premi Pembaruan adalah Premi yang ditetapkan oleh Kami untuk setiap periode Pembaruan Polis. Premi Pembaruan harus dibayarkan secara penuh pada setiap Tanggal Jatuh Tempo Premi.
3. Pembayaran Premi
Premi harus dibayar di muka secara tahunan. Cara Pembayaran Premi dengan angsuran enam bulanan dan tiga bulanan hanya dapat dilakukan dengan persetujuan Penanggung dan dikenakan faktor perkalian sebagaimana tercantum dalam Polis.
Premi dapat dibayarkan seluruhnya oleh Pemegang Polis atau dengan kontribusi Peserta yang dibayarkan melalui Pemegang Polis dan jumlah maksimumnya ditentukan oleh Penanggung.
4. Mata uang Premi adalah Rupiah (IDR).
5. Minimum Premi Tahunan adalah Rp 10.000.000,- per Pemegang Polis.
6. Jumlah maksimum Premi sesuai keputusan *underwriting*.
7. Masa Pembayaran Premi adalah sama dengan Masa Asuransi.

III. Masa Kepesertaan

- 1 tahun dan dapat diperpanjang sampai dengan Peserta mencapai usia 65 tahun atas persetujuan Kami. Polis akan diperbarui pada saat Kami menerima konfirmasi Pembaruan Polis dari Anda sebelum berakhirnya Periode Polis sesuai dengan ketentuan yang Kami tetapkan.

IV. Program Manfaat

- Pemegang Polis bebas menentukan besar program manfaat atas tiap Peserta berdasarkan ketentuan dari Pemegang Polis, misalnya jabatan atau golongan. Program manfaat berlaku tetap selama periode 1 (satu) tahun Polis. Setiap perubahan program manfaat harus diajukan oleh Pemegang Polis dan mendapat persetujuan serta mengacu pada ketentuan seleksi risiko (*underwriting*) yang ditetapkan oleh Astra Life.

Biaya

Biaya-biaya sudah tercakup dalam komponen Premi.

Definisi/Istilah yang Digunakan

- **Aktif Bekerja**, berarti Peserta dalam keadaan sehat dan dapat melakukan pekerjaan atau aktivitas normal dan wajar pada Tanggal Berlakunya Kepesertaan dan pada setiap perubahan Program Manfaat.
- **Kami**, berarti PT ASURANSI JIWA ASTRA selaku Penanggung manfaat asuransi sesuai dengan Polis.
- **Kondisi Kesehatan Yang Sudah Ada Sebelumnya (Pre-Existing Conditions) dan/atau Penyakit Khusus**, berarti setiap Penyakit atau Cedera dari seorang Peserta
 - a. yang telah didiagnosa;
 - b. yang telah mendapatkan perawatan kesehatan;
 - c. yang telah memperoleh resep obat-obatan; atau
 - d. yang sudah semestinya diketahui oleh Peserta dalam jangka waktu 2 (dua) tahun sebelum Tanggal Berlakunya Kepesertaan dari perlindungan asuransi. Termasuk Penyakit-penyakit Khusus sebagaimana tercantum di bawah ini:
 - a. Gagal ginjal menahun, batu pada ginjal, saluran kemih atau kandung kemih;
 - b. Segala jenis hernia;
 - c. Katarak;
 - d. Kencing manis (*Diabetes Mellitus*);
 - e. Radang kandung empedu, batu pada saluran atau kandung empedu (*cholecystitis, cholelithiasis, choledocholithiasis*);
 - f. Penyakit tekanan darah tinggi, penyakit jantung, penyakit pembuluh darah;
 - g. THT (Telinga Hidung Tenggorokan) yang memerlukan pembedahan;
 - h. Tuberkulosis (TBC);
 - i. Tukak lambung atau usus 12 jari (*gastric ulcer, duodenal ulcer*);
 - j. Segala jenis tumor (termasuk *endometriosis/* penebalan lapisan rahim) dan kanker;
 - k. Wasir (*hemorrhoid*); dan
 - l. Asthma.
- **Masa Tunggu**, berarti jangka waktu 12 bulan dimana penggantian biaya medis tidak dibayar apabila Peserta menjalankan perawatan Secara Medis berkaitan dengan Kondisi Kesehatan Yang Sudah Ada Sebelumnya (*Pre-Existing Conditions*) dan/atau Penyakit Khusus, kecuali atas persetujuan Penanggung Peserta telah ditanggung.
- **Pemegang Polis**, berarti setiap perkumpulan atau badan hukum/perorangan-individu yang mengadakan perjanjian pertanggungan sebagai Pemegang Polis dengan Kami sebagai Penanggung.
- **Penerima Manfaat**, berarti individu yang ditunjuk sebagai pihak yang berhak atas manfaat asuransi Peserta.
- **Peserta**, berarti seseorang yang merupakan Karyawan dan/atau Tanggungannya atau Anggota dan/atau Tanggungannya dari Pemegang Polis, yang dalam keadaan Aktif Bekerja yang memenuhi syarat untuk mendapatkan perlindungan asuransi dari Penanggung sesuai ketentuan Polis.
- **Polis**, berarti perjanjian asuransi antara Anda sebagai Pemegang Polis dan Kami sebagai Penanggung.
- **Rawat Inap**, berarti perawatan di Rumah Sakit akibat Penyakit atau Kecelakaan, yang direkomendasikan oleh Dokter di Rumah Sakit yang membutuhkan perawatan sekurang-kurangnya 6 jam sehingga menimbulkan biaya kamar perawatan.

Pengecualian

1. Pengecualian Umum
 - a. Kecuali dinyatakan lain dalam Polis dan Peserta memiliki perlindungan terhadap Manfaat Asuransi Pilihan berdasarkan Polis, Penanggung tidak memberikan penggantian atas biaya-biaya yang disebabkan oleh kejadian, keadaan, perawatan atau pelayanan di bawah ini beserta semua komplikasi yang terkait secara langsung maupun tidak langsung sebagai akibat dari salah satu atau lebih kondisi di bawah ini:
 - i. Kondisi Kesehatan Yang Sudah Ada Sebelumnya dan/atau Penyakit Khusus kecuali Masa Kepesertaan telah berlaku 12 bulan berturut-turut;
 - ii. Biaya dan perawatan yang Secara Medis tidak lazim, perawatan untuk rehabilitasi atau istirahat penyembuhan, Rawat Inap di Rumah Sakit untuk tujuan penegakkan diagnosis/*diagnostic*, atau tidak sesuai dengan standar medis yang baik;
 - iii. Perawatan atau pelayanan yang tidak ada hubungannya dengan diagnosa, atau biaya non medis (seperti telepon, surat kabar/majalah, salon, makanan tambahan, tempat tidur tambahan, *thermometer, underpad, pampers*) atau yang Secara Medis tidak diperlukan (seperti sabun, pembersih khusus, *tissue*, pelembab atau krim pelindung);

- iv. Biaya untuk memperoleh organ atau biaya yang dikeluarkan oleh dan dari pendonor organ;
 - v. Penyakit atau cacat bawaan (termasuk kondisi turunan);
 - vi. Penyakit jiwa atau gangguan kejiwaan (termasuk stres, *fatigue*, akibat-akibat psikologis dan psikosomatik);
 - vii. Autisme, hiperaktif, gangguan/terapi tumbuh kembang;
 - viii. Kontrasepsi, sterilisasi, perawatan atau pemeriksaan ketidaksuburan, gangguan menstruasi dan terapi hormonal;
 - ix. Sirkumsisi (sunat) yang dilakukan pada Peserta yang berusia diatas 5 tahun atau yang dilakukan pada Peserta yang berusia sampai dengan 5 tahun tanpa indikasi medis;
 - x. Hernia bagi Peserta yang berusia di bawah 10 tahun;
 - xi. Penyakit karena hubungan seksual dan HIV/AIDS;
 - xii. Pemeriksaan fisik atau pemeriksaan berkala lainnya;
 - xiii. Vaksinasi dan imunisasi di luar yang tercantum dalam Daftar Manfaat;
 - xiv. Perawatan pencegahan, pengurangan atau penambahan berat badan, perawatan kecantikan (seperti namun tidak terbatas pada bedah plastik, pembedahan atas keinginan sendiri, *implant* atau pemutihan gigi/*bleaching*);
 - xv. Alat bantu yang tidak ditanam dalam tubuh, protesa dan alat perbaikan fungsi tubuh termasuk kawat gigi atau alat bantu pendengaran;
 - xvi. Kehamilan, keguguran, persalinan (termasuk persalinan melalui operasi) serta segala komplikasinya, perawatan sebelum dan sesudah persalinan, atau pemeriksaan/kontrol bagi bayi sehat;
 - xvii. Pemeriksaan, pelayanan atau perawatan gigi serta segala komplikasinya (termasuk biaya Dokter, obat-obatan dan bahan-bahan);
 - xviii. Kacamata dan alat bantu penglihatan lainnya, lensa kontak, atau pemeriksaan refraksi mata;
 - xix. Obat-obatan herbal (obat yang berasal dari tumbuhan), pengobatan eksperimental, tradisional dan/atau alternatif yang tidak terbatas pada pengobatan oleh sinthe, dukun patah tulang, paranormal, akupunktur (kecuali dilakukan oleh Dokter yang ahli di bidang tersebut), *chiropractic* (kecuali dilakukan oleh Dokter yang memiliki lisensi di bidang tersebut), *aromateraphy*, *naturopathy*, *holistic*, bioresonansi, *hidroteraphy*, *hipnoteraphy* dan sejenisnya;
 - xx. Pemberian vitamin dan food supplement yang tidak sesuai dengan indikasi medis, diberikan bukan sebagai pendamping obat-obatan dan tidak direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter dan merupakan produk *Multi Level Marketing* (MLM);
 - xxi. Mengonsumsi alkohol, atau penyalahgunaan obat-obatan tanpa resep Dokter atau narkotik atau bahan-bahan lainnya yang dapat dipersamakan dan memiliki efek yang sama dengan itu;
 - xxii. Melukai diri sendiri dengan sengaja (termasuk luka yang terjadi karena Peserta tidak mengikuti anjuran medis), atau percobaan bunuh diri;
 - xxiii. Ikut berpartisipasi dalam peperangan (baik yang dinyatakan maupun tidak), keadaan seperti perang, pendudukan, gerakan pengacauan, pemberontakan, perebutan kekuasaan, pemogokan, huru-hara, keributan, tindakan kriminal, aktivitas yang melanggar hukum atau berdinasi di angkatan bersenjata atau kepolisian;
 - xxiv. Penerbangan bukan sebagai penumpang pesawat yang memiliki jadwal tetap, diakui secara internasional, penerbangan komersial;
 - xxv. Panjat tebing (*rock climbing*), pendakian gunung (*mountain climbing*), terjun bebas (*skydiving*), terjun payung, gantole (*hang gliding*), terbang-layang (*para gliding*), balon udara, semua jenis olahraga selam kecuali telah memenuhi syarat dan bersertifikat dari organisasi resmi yang diakui secara internasional, lomba kecepatan dari berbagai jenis selain dengan kaki, olah raga kontak fisik dan semua olahraga profesional atau berbahaya;
 - xxvi. Proses fisi atau fusi nuklir, radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari bahan bakar atau limbah atau proses atau peledakan atau senjata; atau
 - xxvii. Perawatan, pelayanan, pengobatan yang diresepkan oleh anggota keluarga dekat Peserta atau oleh orang yang biasa tinggal di rumah Peserta atau Dokter yang disediakan oleh Pemegang Polis atau *in-house clinics*.
- b. Khusus untuk ketentuan atas pengecualian sebagaimana dimaksud di atas yang termasuk dalam perlindungan atas Manfaat Kondisi Khusus, maka ketentuan pengecualian tersebut menjadi tidak berlaku.
2. Pengecualian Santunan Cacat Tetap Akibat Kecelakaan
Penanggung tidak akan membayar klaim atas Santunan Cacat Tetap Akibat Kecelakaan apabila kondisi Peserta tersebut disebabkan secara langsung atau tidak langsung, seluruhnya ataupun sebagian akibat salah satu dari kondisi di bawah ini:
 - a. Ikut berpartisipasi dalam peperangan (baik yang dinyatakan maupun tidak), keadaan seperti perang, pendudukan, gerakan pengacauan, pemberontakan, perebutan kekuasaan, pemogokan, huru-hara, keributan, tindakan kriminal, aktivitas yang melanggar hukum atau berdinasi di angkatan bersenjata atau kepolisian;
 - b. Ikut serta dalam olahraga atau aktivitas berisiko tinggi, termasuk namun tidak terbatas pada balap (kecuali yang menapakkan kaki), olahraga musim dingin, menunggang kuda, mendaki, olahraga di udara, aktivitas seperti terbang, olahraga kontak fisik atau olahraga air (kecuali berlayar menggunakan perahu tanpa motor dan berenang) dimana Peserta sebagai atlet profesional;
 - c. Melukai diri sendiri dengan sengaja (termasuk luka yang terjadi karena Peserta tidak mengikuti anjuran medis), bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dalam keadaan sadar maupun tidak;
 - d. Mengonsumsi alkohol atau penyalahgunaan obat, narkotik atau bahan-bahan terlarang lainnya; atau
 - e. Perawatan atau pelayanan yang dilakukan dan disediakan oleh Pemegang Polis atau anggota keluarga Peserta atau oleh orang yang biasa tinggal dalam satu rumah dengan Peserta.
 3. Pengecualian Santunan Manfaat Penyakit Kritis
 - a. Penanggung tidak akan membayarkan klaim atas Santunan Manfaat Penyakit Kritis, jika Peserta berdasarkan hasil Diagnosa pertama kali menderita salah satu atau lebih jenis penyakit kritis yang dipertanggungkan akibat salah satu kondisi di bawah ini:
 - i. Kondisi-kondisi medis selain dari penyakit kritis yang dipertanggungkan;
 - ii. Kondisi Kesehatan Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-Existing Conditions*) dan/atau Penyakit Khusus;
 - iii. Cedera yang disebabkan oleh diri sendiri atau segala upaya percobaannya baik dalam keadaan waras maupun tidak waras atau akibat turut serta dalam tindakan kejahatan; atau
 - iv. Reaksi nuklir, radiasi termasuk implikasinya atau karena penyalahgunaan obat, kecanduan obat dan/atau alkohol.
 - b. Kondisi pengecualian atas Santunan Manfaat Penyakit Kritis sebagaimana dimaksud dalam 3.a. di atas menjadi tidak berlaku, apabila Peserta memiliki perlindungan terhadap manfaat tersebut sesuai dengan Polis.
 4. Pengecualian Manfaat Rawat Jalan
Semua pengecualian yang tercantum pada pengecualian umum berlaku pada Manfaat Rawat Jalan kecuali untuk pemeriksaan refraksi mata.
 5. Pengecualian Manfaat Persalinan
Semua pengecualian yang tercantum pada pengecualian umum berlaku pada Manfaat Persalinan, kecuali huruf a butir xvi.
 6. Pengecualian Manfaat Perawatan Gigi
Semua pengecualian yang tercantum pada pengecualian umum berlaku pada Manfaat Perawatan Gigi, kecuali huruf a butir xvii.

Ilustrasi Produk Asuransi

PT. ABC membeli Produk Asuransi untuk Karyawan Tetap-nya dengan perincian data sebagai berikut:

Rata-rata Usia Karyawan	35 - 39 Tahun
Jenis Kelamin Peserta	Pria (P) dan Wanita (W)
Periode Polis	1 Januari 2021 sampai dengan 1 Januari 2022
Cara Pembayaran Premi	Tahunan
Pilihan Program Manfaat	Manfaat Rawat Inap & Pembedahan - <i>As Charged</i> (Sesuai Tagihan)

Rincian Premi Tahunan Per Peserta

dalam ribuan Rupiah

Kategori Peserta	Jumlah Peserta	Plan 001	Plan 002	Plan 003
Direksi	P 2	22.706	-	-
	W 2			
	A 5			
Manager	P 13	-	99.185	-
	W 8			
	A 23			
Staf	P 30	-	-	180.550
	W 25			
	A 30			
Total	P 45	-	302.441	-
	W 35			
	A 58			

Catatan : P = Pria, W = Wanita dan A = Anak

Rincian Manfaat Rawat Inap & Pembedahan

Dalam ribuan Rupiah

Jenis Manfaat	Plan 001	Plan 002	Plan 003
Kamar & Penginapan (HS1), per hari	1.500	900	600
Unit Perawatan Intensif (HS2A), per hari	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Unit Perawatan Khusus (HS2B), per hari			
Perawat Pribadi (HS3), per hari			
Kunjungan Dokter Di Rumah Sakit (HS4), per hari			
Konsultasi Dokter Spesialis Di Rumah Sakit Selama Rawat Inap (HS5), per hari			
Aneka Perawatan Rumah Sakit (HS6), per Rawat Inap			
Biaya Ambulans (HS7), per Rawat Inap			
Pembedahan (HS8), per operasi			
• Kompleks (<i>Complex</i>)			
• Besar (<i>Major</i>)			
• Sedang (<i>Intermediate</i>)			
• Kecil (<i>Minor</i>)			
Perawatan Darurat Rawat Jalan (HS11), per Satu Ketidakmampuan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Perawatan Darurat Gigi (HS12), per Satu Ketidakmampuan			
Konsultasi Spesialis Sebelum dan Sesudah Rawat Inap Di Rumah Sakit (HS13), per Satu Ketidakmampuan			
Perawatan Kemoterapi/Radioterapi/Hemodialisa (HS22), per Periode Polis			
Santunan Harian Rawat Inap (HS39), per hari			
Batas Keseluruhan (OL), per Periode Polis			
Manfaat Kondisi Khusus, per Periode Polis			
Santunan Kematian, per Peserta per Periode Polis			
Santunan Cacat Tetap karena Kecelakaan, per Peserta per Periode Polis			
Santunan Manfaat Penyakit Kritis, per Peserta per Periode Polis			

Contoh Manfaat Rawat Inap & Pembedahan

Pada tanggal 1 Juni 2021, Karyawan A (level Manager) pada perusahaan PT ABC, Plan manfaat 002 diharuskan untuk melakukan pembedahan sedang (*intermediate*) dan dirawat inap selama 5 (lima) hari di Rumah Sakit dengan rincian biaya sebagai berikut:

Biaya Rumah Sakit	Manfaat Asuransi (sistem <i>Cashless</i>)
1. Biaya Harian Kamar Rumah Sakit 5 hari x Rp 800.000,- = Rp. 4.000.000,-	1. Penggantian biaya Kamar & Penginapan Sesuai tagihan, yaitu Rp. 4.000.000,-
2. Biaya Pembedahan Biaya Pembedahan <i>Intermediate</i> = Rp 12.500.000,-	2. Penggantian biaya Pembedahan <i>Intermediate</i> Sesuai tagihan, yaitu Rp. 12.500.000,-
3. Biaya Harian Konsultasi Dokter Spesialis di Rumah Sakit 1 kunjungan per hari x 5 hari x Rp. 350.000,- = Rp. 1.750.000,-	3. Penggantian biaya Konsultasi Spesialis Di Rumah Sakit Selama Rawat Inap Sesuai tagihan, yaitu Rp. 1.750.000,-
4. Biaya Rumah Sakit Lain-Lain Biaya obat-obat selama Rawat Inap, perawatan medis lainnya, dan administrasi Rawat Inap = Rp. 4.500.000,-	4. Penggantian biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit Sesuai tagihan, yaitu Rp. 4.500.000,-
Total Biaya Rumah Sakit (1)+(2)+(3)+(4) = Rp.22.750.000,-	Total Penggantian Manfaat Rawat Inap & Pembedahan (1)+(2)+(3)+(4) = Rp. 22.750.000,-

Berdasarkan perhitungan di atas, semua Biaya Rawat Inap & Pembedahan Karyawan A ditanggung oleh Astra Life dan tidak ada *excess claims* yang di bayar sendiri oleh Karyawan A. Batas Keseluruhan Manfaat Rawat Inap & Pembedahan Karyawan A akan berkurang sesuai penggunaan Manfaat Rawat Inap & Pembedahan tersebut dan sisa Batas Keseluruhan Manfaat Rawat Inap & Pembedahan masih bisa digunakan untuk klaim Rawat Inap & Pembedahan Karyawan A berikutnya selama Polis masih aktif.

Ketentuan Sanggahan:

- *Ilustrasi di atas hanya merupakan contoh jumlah pembayaran klaim Manfaat Asuransi dan jumlah Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan sesuai dengan syarat dan ketentuan Polis.*
- *Manfaat Asuransi akan diberikan kepada Peserta dan Penerima Manfaat melalui Pemegang Polis sesuai dengan program manfaat yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum dalam Simulasi/Proposal Asuransi Kesehatan Kumpulan.*

Persyaratan & Cara Pengajuan Asuransi

1



Pemegang Polis mendaftarkan calon Peserta yang ingin diikutsertakan dalam perlindungan asuransi

Pemegang Polis dan/atau Peserta harus memastikan hal-hal berikut ini :

- Calon Peserta memenuhi persyaratan usia masuk (ulang tahun terdekat) yaitu 18-65 tahun (Dewasa) dan 15 hari - 25 tahun (Anak). Khusus untuk Manfaat Persalinan, maksimal usia masuk (ulang tahun terdekat) adalah 50 tahun
- Memberikan informasi data diri termasuk namun tidak terbatas pada kesehatan, pekerjaan, dan hobi dengan jujur, lengkap, dan benar.

2



Proses Seleksi Risiko oleh Astra Life

3



Kartu Peserta Asuransi Kesehatan Kumpulan bagi Peserta akan dikirimkan melalui Pemegang Polis jika pengajuan asuransi disetujui

Cara Pengajuan Klaim

Sistem Cashless



* LOA (Letter of Authorization) adalah struk manfaat yang akan diterima.

** Sesuai dengan manfaat & ketentuan Polis yang berlaku.

*** Kelebihan biaya (ekses) diselesaikan di rumah sakit.

Sistem Reimbursement



Dokumen Pengajuan Klaim Wajib

Pengajuan klaim harus ditujukan kepada Penanggung dan selain asli formulir klaim yang telah diisi dengan jujur, lengkap dan benar turut dilengkapi dengan dokumen-dokumen klaim berikut ini:

Untuk biaya Rawat Inap dan Pembedahan serta Manfaat Persalinan

1. Asli tagihan dan kuitansi berikut perincian biaya lengkap dari Rumah Sakit;
2. Copy semua hasil pemeriksaan laboratorium;
3. Asli perincian obat-obatan; dan
4. Asli surat keterangan medis dari Dokter.

Untuk biaya Dokter dan Dokter Gigi

1. Asli kuitansi biaya Dokter dan/atau Dokter Gigi yang merawat Peserta beserta diagnosa perawatan Peserta; dan
2. Asli perincian biaya atas tindakan /pemeriksaan Dokter dan/atau Dokter Gigi.

Untuk biaya Obat-Obatan

1. Asli kuitansi Apotek; dan
2. Copy resep dari Dokter yang merawat Peserta.

Untuk biaya Laboratorium

1. Asli kuitansi Laboratorium;
2. Asli surat rujukan Dokter yang merawat Peserta;
3. Copy hasil Laboratorium; dan
4. Copy perincian biaya Laboratorium.

Untuk biaya Fisioterapi

1. Asli kuitansi biaya fisioterapi; dan
2. Asli surat rujukan Dokter yang merawat Peserta.

Untuk Santunan Kematian

1. Asli Surat Keterangan Kematian yang ditandatangani oleh Dokter yang memeriksa penyebab kematian;
2. Asli Surat/Akta Kematian atau legalisir yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang;
3. Fotokopi identitas dari Peserta dan penerima manfaat yang masih berlaku;

4. Asli atau legalisir Berita Acara dari Kepolisian yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang apabila meninggal karena kecelakaan lalu lintas atau sebab-sebab yang tidak wajar; dan
5. Surat Penunjukan Penerima Manfaat disertai dengan dokumen yang membuktikan adanya hubungan/insurable interest antara penerima manfaat dengan Peserta (termasuk namun tidak terbatas pada: Kartu Keluarga/Surat Nikah/Akta Lahir) bila Pemegang Polis menghendaki pembayaran manfaat asuransi langsung dibayarkan kepada penerima manfaat yang sah sesuai ketentuan yang berlaku.

Untuk Santunan Cacat Tetap Akibat Kecelakaan

1. Asli Surat Keterangan yang ditandatangani oleh Dokter yang memeriksa dan menyatakan Peserta terdiagnosa Secara Medis mengalami Cacat Tetap Akibat Kecelakaan;
2. Fotokopi identitas dari Peserta yang masih berlaku; dan
3. Asli atau legalisir Berita Acara dari Kepolisian yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang (jika diperlukan oleh Penanggung).

Untuk Santunan Manfaat Penyakit Kritis

1. Fotokopi identitas dari Peserta yang masih berlaku;
2. Asli Surat keterangan yang ditandatangani oleh Dokter yang memeriksa dan menyatakan Peserta terdiagnosa Secara Medis mengalami Penyakit Kritis yang dipertanggungjawabkan;
3. Hasil pemeriksaan penunjang dan diagnostik lainnya; dan
4. Surat keterangan perawatan dari BPJS Kesehatan.

Untuk Santunan Harian Rawat Inap (HS39)

Surat keterangan perawatan dari BPJS Kesehatan.

Untuk Santunan Tunai Manfaat Persalinan

1. Semua dokumen-dokumen untuk biaya terkait Manfaat Persalinan dan
2. Surat keterangan perawatan dari BPJS Kesehatan.

Selain dokumen tersebut diatas Penanggung berhak untuk meminta dokumen-dokumen lainnya yang diperlukan sehubungan dengan pengajuan klaim.

Risiko yang Perlu Anda Ketahui

Risiko Gagal Klaim

Risiko yang berkaitan dengan kondisi dimana Penanggung tidak menyetujui dan tidak membayarkan klaim yang diajukan berdasarkan ketentuan Polis.

Informasi Tambahan

1. RIPLAY Umum ini merupakan penjelasan singkat tentang Produk Asuransi dan bukan merupakan bagian dari aplikasi permohonan asuransi dan Polis. Dalam hal terdapat perbedaan mengenai ketentuan yang sama yang tercantum dalam RIPLAY Umum ini dengan yang tercantum dalam Polis maka yang berlaku adalah yang tercantum dalam Polis.
2. Informasi mengenai manfaat Produk Asuransi ini secara lengkap dapat dipelajari pada Polis jika permohonan asuransi disetujui.
3. PT ASURANSI JiWA ASTRA dapat menolak permohonan asuransi Pemegang Polis dan/atau Peserta apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
4. Pemegang Polis harus membaca dengan teliti RIPLAY Umum dan memahami Produk Asuransi ini serta berhak bertanya kepada tenaga pemasar atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
5. PT ASURANSI JiWA ASTRA berhak membatalkan perlindungan asuransi atas diri Peserta sehubungan dengan informasi dan/atau data yang disampaikan oleh Pemegang Polis dan/atau Peserta tidak benar dan/atau Premi keikutsertaan asuransi belum diterima. Dengan demikian pastikan Pemegang Polis dan/atau Peserta telah membaca dan memahami isi dokumen sebelum ditandatangani dan memberikan informasi data diri dengan jujur, lengkap, dan benar dimana informasi tersebut dapat memengaruhi penilaian PT ASURANSI JiWA ASTRA sehingga
6. PT ASURANSI JiWA ASTRA tidak berkewajiban untuk menyetujui permohonan asuransi ini atau membayar manfaat asuransi apapun dan asuransi menjadi batal demi hukum.
7. Dalam hal PT ASURANSI JiWA ASTRA bermaksud melakukan perubahan terhadap ketentuan atas Produk Asuransi ini, termasuk namun tidak terbatas pada ketentuan mengenai manfaat asuransi, biaya, risiko, Premi, syarat dan ketentuan Polis, maka PT ASURANSI JiWA ASTRA akan menyampaikan pemberitahuan secara tertulis terlebih dahulu kepada Pemegang Polis selambat-lambatnya 30 hari kerja sebelum perubahan tersebut berlaku efektif.
8. Pemegang Polis wajib melakukan pembayaran Premi dan memenuhi kewajiban lainnya sebagaimana diatur dalam Polis.
9. Premi yang dibayarkan sudah termasuk komponen biaya-biaya, termasuk namun tidak terbatas pada biaya distribusi (jika ada) dan biaya terkait asuransi.
10. Produk Asuransi ini adalah produk asuransi milik PT ASURANSI JiWA ASTRA sehingga PT ASURANSI JiWA ASTRA akan bertanggung jawab atas Produk Asuransi.
11. Ketentuan lebih lanjut mengenai Produk Asuransi tercantum dalam ketentuan Sertifikat Asuransi yang Kami terbitkan sebagai bukti kepesertaan jika permohonan disetujui.
12. Produk Asuransi ini telah tercatat pada Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

Aplikasi Layanan Nasabah Astra Life dalam Genggaman



my Portfolio

Gabungkan semua polis Astra Life kamu untuk kemudahan mengakses manfaat dan melihat portofolio perlindunganmu.



my e-Card

Akses e-card jadi lebih mudah untuk klaim di Rumah Sakit.



Download MyAstraLife di



my Claim

Anti ribet untuk pengajuan klaim kamu.



my Fund

Pantau portofolio dana unit link hingga lakukan pengalihan dana investasi dalam satu aplikasi.

Layanan Pengaduan

1



Pengaduan Lisan / Tertulis

Hubungi Contact Center Hello Astra Life (telepon/surat/email).

2



Proses Penanganan Pengaduan

Dalam 5 hari kerja. Untuk pengaduan tertulis, maksimum 20 hari kerja sejak dokumen diterima dengan lengkap dan benar; dan dapat diperpanjang maksimum 20 hari kerja jika diperlukan.

3



Penyelesaian Pengaduan

Secara lisan untuk pengaduan dari telepon. Tertulis untuk pengaduan melalui surat/email. Dan atas penyampaian Penyelesaian Pengaduan tersebut:

- Jika Anda setuju, maka pengaduan selesai.
- Jika tidak setuju, maka pengaduan dapat disampaikan kembali sesuai ketentuan yang berlaku.

Penyelesaian Perselisihan

Konsumen atau perwakilan konsumen dapat memilih untuk melakukan penyelesaian perselisihan dan/atau pengaduan baik di luar pengadilan (Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan) atau pengadilan.

Pusat Informasi dan Layanan Pengaduan

Syarat dan ketentuan yang berlaku terkait Produk Asuransi ini dapat diperoleh pada media berikut ini:

Contact Center Hello Astra Life



1 500 282

Senin - Minggu, 24 jam

E-mail & Whatsapp



hello@astralife.co.id



08952-1500282

Senin - Jumat, 08.00 - 16.00 WIB

Website & Social Media

www.astralife.co.id

@astralifeID

Surat Menyurat & Walk-In Customer

PT ASURANSI JiWA ASTRA

Pondok Indah Office Tower 3, Lantai 1
Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V - TA
Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310

PT ASURANSI JiWA ASTRA berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Tabel Manfaat dan Premi
Manfaat Rawat Inap & Pembedahan - Sesuai Tagihan

Dalam ribuan Rupiah

Jenis Manfaat	Pilihan Manfaat	
	Minimal	Maksimal
Kamar & Penginapan (HS1), per hari	200	3.000
Unit Perawatan Intensif (HS2A), per hari	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Unit Perawatan Khusus (HS2B), per hari		
Perawat Pribadi (HS3), per hari		
Kunjungan Dokter Di Rumah Sakit (HS4), per hari		
Konsultasi Dokter Spesialis Di Rumah Sakit Selama Rawat Inap (HS5), per hari		
Aneka Perawatan Rumah Sakit (HS6), per Rawat Inap		
Biaya Ambulans (HS7), per Rawat Inap		
Pembedahan (HS8), per operasi		
• Kompleks (<i>Complex</i>)		
• Besar (<i>Major</i>)		
• Sedang (<i>Intermediate</i>)		
• Kecil (<i>Minor</i>)		
Perawatan Darurat Rawat Jalan (HS11), per Satu Ketidakmampuan		
Perawatan Darurat Gigi (HS12), per Satu Ketidakmampuan		
Konsultasi Spesialis Sebelum dan Sesudah Rawat Inap Di Rumah Sakit (HS13), per Satu Ketidakmampuan		
Perawatan Kemoterapi/Radioterapi/Hemodialisa (HS22), per Periode Polis		
Santunan Harian Rawat Inap (HS39), per hari	200	3.000
Batas Keseluruhan (OL), per Periode Polis	14.000	510.000
Manfaat Kondisi Khusus, per Periode Polis	6.000	66.000
Santunan Kematian, per Peserta per Periode Polis	10.000	10.000
Santunan Cacat Tetap karena Kecelakaan, per Peserta per Periode Polis	10.000	10.000
Santunan Manfaat Penyakit Kritis, per Peserta per Periode Polis	10.000	10.000
Premi Tahunan, per Peserta		
• Pria	1.040	10.617
• Wanita	1.119	10.896
• Anak	856	9.054

Tabel Manfaat dan Premi
Manfaat Rawat Inap & Pembedahan - Inner Limit

Dalam ribuan Rupiah

Jenis Manfaat	Pilihan Manfaat	
	Minimal	Maksimal
Kamar & Penginapan (HS1), maks. 365 hari	200	3.000
Unit Perawatan Intensif (HS2A), maks. 365 hari	400	6.000
Unit Perawatan Khusus (HS2B), maks. 365 hari	400	6.000
Perawat Pribadi (HS3), maks. 365 hari	200	3.000
Kunjungan Dokter Di Rumah Sakit (HS4), maks. 365 hari	200	3.000
Konsultasi Dokter Spesialis Di Rumah Sakit Selama Rawat Inap (HS5), maks. 365 hari	400	6.000
Aneka Perawatan Rumah Sakit (HS6), per Rawat Inap	8.000	120.000
Biaya Ambulans (HS7), per Rawat Inap	600	2.000
Pembedahan (HS8), per operasi		
• Kompleks (<i>Complex</i>)	20.000	140.000
• Besar (<i>Major</i>)	10.000	70.000
• Sedang (<i>Intermediate</i>)	4.500	31.500
• Kecil (<i>Minor</i>)	2.000	14.000
Perawatan Darurat Rawat Jalan (HS11), per Satu Ketidakmampuan	1.600	21.000
Perawatan Darurat Gigi (HS12), per Satu Ketidakmampuan	800	9.500
Konsultasi Spesialis Sebelum dan Sesudah Rawat Inap Di Rumah Sakit (HS13), per Satu Ketidakmampuan	800	12.000
Perawatan Kemoterapi/Radioterapi/ Hemodialisa (HS22), per Periode Polis	4.000	60.000
Santunan Harian Rawat Inap (HS39), per hari	200	3.000
Manfaat Kondisi Khusus, per Periode Polis	6.000	66.000
Santunan Kematian, per Peserta per Periode Polis	10.000	10.000
Santunan Cacat Tetap karena Kecelakaan, per Peserta per Periode Polis	10.000	10.000
Santunan Manfaat Penyakit Kritis, per Peserta per Periode Polis	10.000	10.000
Premi Tahunan, per Peserta		
• Pria	526	9.383
• Wanita	582	9.764
• Anak	769	9.895

**Tabel Manfaat dan Premi
Manfaat Rawat Jalan - Sesuai Tagihan**
Dalam ribuan Rupiah

Jenis Manfaat	Pilihan Manfaat	
	Minimal	Maksimal
Kunjungan Dokter Umum Rawat Jalan (OP1A), per kunjungan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Kunjungan Dokter Umum Rawat Jalan dan Resep Obat (OP16), per kunjungan		
Konsultasi Spesialis Rawat Jalan (OP2A), per kunjungan		
Pelayanan Diagnostik Rawat Jalan (OP3A), per Periode Polis		
Resep Obat dan Biaya Rawat Jalan (OP4A), per Period Polis		
Fisioterapi (OP12), per kunjungan		
Biaya Administrasi (OP5A), per kunjungan		
Manfaat Kondisi Khusus		
Imunisasi (OP11), per Periode Polis	175	2.500
• Keluarga Berencana (OP13), per Periode Polis	125	1.500
• Batas Keseluruhan (OL), per Periode Polis	2.200	39.000
Premi Tahunan, per Peserta		
• Pria	2.090	7.318
• Wanita	2.090	9.457
• Anak	2.090	8.618

**Tabel Manfaat dan Premi
Manfaat Rawat Jalan - Inner Limit**
Dalam ribuan Rupiah

Jenis Manfaat	Pilihan Manfaat	
	Minimal	Maksimal
Kunjungan Dokter Umum Rawat Jalan (OP1A), per kunjungan	35	600
Kunjungan Dokter Umum Rawat Jalan dan Resep Obat (OP1B), per kunjungan	50	700
Konsultasi Spesialis Rawat Jalan (OP2A), per kunjungan	100	1.000
Pelayanan Diagnostik Rawat Jalan (OP3A), per Periode Polis	175	2.500
Resep Obat dan Biaya Rawat Jalan (OP4A), per Period Polis	350	5.000
Fisioterapi (OP12), per kunjungan	140	2.000
Biaya Administrasi (OP5A), per kunjungan	5	50
Manfaat Kondisi Khusus		
• Imunisasi (OP11), per Periode Polis	175	2.500
• Keluarga Berencana (OP13), per Periode Polis	125	1.500
Batas Keseluruhan (OL), per Periode Polis	2.500	36.000
Premi Tahunan, per Peserta		
• Pria	457	6.185
• Wanita	505	6.615
• Anak	581	7.226

**Tabel Manfaat dan Premi
Manfaat Persalinan - Sesuai Tagihan**
Dalam ribuan Rupiah

Jenis Manfaat	Pilihan Manfaat	
	Minimal	Maksimal
Persalinan Normal Oleh Dokter (MA1), per Period Polis	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Persalinan Normal Oleh Bidan (MA2), per Period Polis		
Operasi Caesar (MA3), per Period Polis		
Keguguran (MA4), per Period Polis		
Perawatan Sebelum dan Sesudah Persalinan (MA5), per Period Polis		
Manfaat Santunan Persalinan	Sesuai Ketentuan*	Sesuai Ketentuan*
Batas Keseluruhan (OL), per Periode Polis	6.000	65.000
Premi Tahunan (Wanita), per Peserta	1.721	20.192

Catatan:

*) 5% dari Batas Keseluruhan (OL) atau sebesar tagihan yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, mana yang lebih kecil.

Tabel Manfaat dan Premi
Manfaat Persalinan - Inner Limit
Dalam ribuan Rupiah

Jenis Manfaat	Pilihan Manfaat	
	Minimal	Maksimal
Persalinan Normal Oleh Dokter (MA1), per Periode Polis	3.000	25.000
Persalinan Normal Oleh Bidan (MA2), per Periode Polis	1.500	12.500
Operasi Caesar (MA3), per Periode Polis	4.500	37.500
Keguguran (MA4), per Periode Polis	2.700	22.500
Perawatan Sebelum dan Sesudah Persalinan (MA5), per Periode Polis	1.800	15.000
Santunan Manfaat Persalinan	Sesuai Ketentuan*	Sesuai Ketentuan*
Premi Tahunan (Wanita), per Peserta	1.128	11.649

Catatan:

*) 5% dari Manfaat Persalinan dilakukan dan menjadi haknya atau sebesar tagihan yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, mana yang lebih kecil.

Tabel Manfaat dan Premi
Manfaat Perawatan Gigi - Sesuai Tagihan
Dalam ribuan Rupiah

Jenis Manfaat	Pilihan Manfaat	
	Minimal	Maksimal
Perawatan Dasar (DT1), per Periode Polis	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Perawatan Pencegahan (DT2), per Periode Polis		
Perawatan Perbaikan (DT3), per gigi		
Perawatan Kompleks (DT4), per gigi		
Perawatan Gusi (DT5), per Periode Polis		
Perawatan Gigi Palsu (DT6), per Periode Polis		
Batas Keseluruhan (OL), per Periode Polis	2.000	10.000
Premi Tahunan, per Peserta		
• Pria	711	4.696
• Wanita	993	6.555
• Anak	449	2.876

Tabel Manfaat dan Premi
Manfaat Perawatan Gigi - Inner Limit
Dalam ribuan Rupiah

Jenis Manfaat	Pilihan Manfaat	
	Minimal	Maksimal
Perawatan Dasar (DT1), per Periode Polis	300	3.000
Perawatan Pencegahan (DT2), per Periode Polis	75	750
Perawatan Perbaikan (DT3), per gigi	300	3.000
Perawatan Kompleks (DT4), per gigi	300	3.000
Perawatan Gusi (DT5), per Periode Polis	75	750
Perawatan Gigi Palsu (DT6), per Periode Polis	375	3.750
Batas Keseluruhan (OL), per Periode Polis	900	9.000
Premi Tahunan, per Peserta		
• Pria	115	1.188
• Wanita	148	1.524
• Anak	88	884