

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum Asuransi Tambahan (Rider) Perawatan Medis & Bedah Plus

Asuransi Tambahan Perawatan Medis & Bedah Plus ("Perawatan Medis & Bedah Plus") merupakan produk kesehatan yang dapat ditambahkan pada Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi (*Unit Link*) dengan pembayaran premi berkala ("Asuransi Dasar"), yang memberikan penggantian biaya rawat inap di rumah sakit dan biaya operasi.

Fitur Produk

Usia Masuk Tertanggung (ulang tahun terdekat)	Tertanggung Anak: 6 bulan - 17 tahun Tertanggung Dewasa: 18 - 70 tahun
Mata Uang	Rupiah
Masa Pertanggungan	1 tahun, dapat diperpanjang hingga Tertanggung mencapai usia 99 tahun

Manfaat Produk

Manfaat (Dalam Ribuan Rupiah)		Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Manfaat Kamar & Akomodasi per hari	Maksimal 120 hari per tahun (berlaku untuk kamar & ICU)	300	500	1.000	1.500	2.000	3.000	4.000	5.000
Manfaat Unit Perawatan Intensif per hari		600	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	10.000
Kunjungan Dokter Umum	Maksimal 1 kunjungan per hari	Sesuai biaya yang sebenarnya yang dibebankan							
Kunjungan Dokter Spesialis	Maksimal 1 kunjungan per hari								
Pembedahan									
Aneka Perawatan Rumah Sakit									
Perawatan Sebelum & Sesudah Rawat Inap	30 hari Sebelum & Setelah Rawat Inap								
Perawatan oleh Perawat setelah Rawat Inap	Maksimal 120 hari per tahun								
Ambulans		200	250	250	300	350	750	750	1.000
Perawatan Darurat Rawat Jalan	Maksimal per tahun Polis	3.000	5.000	10.000	15.000	20.000	30.000	40.000	50.000
Perawatan Darurat Gigi	Maksimal per tahun	15.000	25.000	50.000	75.000	100.000	150.000	200.000	250.000
Perawatan Kanker	Maksimal per tahun	30.000	50.000	100.000	150.000	200.000	300.000	400.000	500.000
Perawatan Cuci Darah (Dialisis)	Maksimal per tahun	9.000	15.000	30.000	45.000	60.000	90.000	120.000	150.000
Fisioterapi	Maksimal per hari dan maksimal 30 hari per tahun	140	280	560	700	840	1.120	1.400	1.680
Komplikasi Kehamilan	Maksimal per tahun	15.000	25.000	50.000	75.000	100.000	150.000	200.000	250.000
BATAS KESELURUHAN TAHUNAN		144.000	240.000	480.000	720.000	960.000	1.440.000	1.920.000	2.400.000

Pengecualian

Kami tidak akan membayar klaim atas manfaat Asuransi Tambahan apabila terjadi dikarenakan salah satu atau lebih dari kondisi sebagai berikut:

- Kondisi Kesehatan Yang Sudah Ada Sebelumnya;
- Semua biaya perawatan atas manfaat Asuransi Tambahan yang terjadi dalam Masa Tunggu kecuali akibat Kecelakaan;
- Semua biaya yang timbul berkaitan dengan diagnosis, perawatan/pengobatan yang tidak wajar dan lazim (termasuk perawatan yang tidak wajar dalam jangka waktu yang lama/perawatan yang secara medis tidak diperlukan/perawatan yang tidak sesuai dengan diagnosis), tidak sesuai dengan standar praktik medis yang benar/tidak sesuai dengan standar profesi dokter, serta dalam hal adanya hubungan kepentingan dengan Tertanggung maupun Dokter, Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat dan/atau siapapun yang bertindak untuk dan atas nama Pemegang Polis/Tertanggung untuk mendapatkan manfaat Asuransi Tambahan ini;
- Rawat Inap yang berhubungan dengan transplantasi organ dari seorang donor kepada seorang penerima;
- Bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dalam keadaan sadar maupun tidak, hukuman mati oleh pengadilan, karena adanya suatu tindakan melanggar hukum atau tindakan kejahatan atau percobaan melakukan tindakan kejahatan yang dilakukan oleh Tertanggung dan/atau pihak lainnya yang memiliki kepentingan untuk mendapatkan manfaat Asuransi Tambahan;
- Bedah rekonstruksi, Pembedahan percobaan (*explorative*), segala hal yang berhubungan dengan kelainan refraksi pada mata (termasuk namun tidak terbatas pada lasik) atau alat bantu dengar, kecuali disebabkan oleh Kecelakaan;
- Segala hal yang berhubungan dengan pemeriksaan dan perawatan gigi (termasuk namun tidak terbatas pada keluhan-keluhan karena sakit gigi, operasi gigi, kista gigi, gusi, bedah mulut, jaringan penunjang gigi, kawat gigi, gigi palsu) kecuali disebabkan oleh Kecelakaan;
- Segala hal yang berhubungan dengan kehamilan, melahirkan, keguguran, ketidaksuburan dan sterilisasi/kontrasepsi, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya, kecuali Komplikasi Kehamilan yang ditanggung dalam Ketentuan Khusus ini;
- Vaksinasi atau imunisasi;
- Sunat kecuali akibat Penyakit atau Cedera;
- Kelainan bawaan dari lahir (kongenital) baik diketahui maupun tidak diketahui;
- Medical check up*, pemeriksaan medis atau pemeriksaan lainnya yang tidak terkait dengan diagnosis Penyakit atau pemeriksaan yang tidak Diperlukan Secara Medis;
- Rawat Inap dengan tujuan fisioterapi atau pemeriksaan diagnostik dan segala jenis Penyakit yang membutuhkan teknologi kedokteran terkini yang masih dalam eksperimen;

14. Penyakit khusus di bawah ini yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Berlakunya Asuransi Tambahan atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang terjadi lebih akhir:
 - a. Semua jenis hernia;
 - b. Semua jenis tumor/benolan/kista/kanker;
 - c. Semua jenis Tuberkulosis (TBC);
 - d. Endometriosis;
 - e. Haemoroid/Wasir;
 - f. Penyakit pada tonsil atau adenoid;
 - g. Kondisi tidak normal pada rongga hidung, septum nasi, atau septum hidung (turbinate's), termasuk namun tidak terbatas pada sinus;
 - h. Penyakit pada kelenjar tiroid;
 - i. Histerektomi (dengan atau tanpa salpingo - ooforektomi);
 - j. Tekanan darah tinggi, semua jenis penyakit jantung dan semua jenis penyakit pembuluh darah termasuk stroke;
 - k. Fistula ani;
 - l. Batu pada saluran empedu;
 - m. Batu pada ginjal, saluran kemih, dan kandung kemih;
 - n. Katarak;
 - o. Ulkus pada lambung atau usus dua belas jari;
 - p. Semua jenis kelainan pada sistem reproduksi, termasuk fibroid/mioma uterus;
 - q. Hernia Nukleus Pulposus (HNP);
 - r. Komplikasi Kehamilan.
15. Terapi wicara dan okupasi yang bukan merupakan bagian dari program pemulihan sebagai tindak lanjut dari Rawat Inap karena trauma;
16. Psikotik (gangguan kejiwaan), kelainan mental atau saraf dan penyimpangan perilaku termasuk neurosis dan segala bentuk fisiologis atau psikosomatiknya;
17. Penggunaan obat-obatan terlarang, narkotika, dan/atau bahan-bahan terlarang lainnya, minuman beralkohol dan/atau minuman keras lainnya, keracunan nikotin termasuk untuk tujuan rehabilitasi;
18. Penyakit atau Cedera yang diakibatkan secara langsung maupun tidak langsung oleh perang, bahaya perang, atau keadaan darurat perang baik dinyatakan atau tidak, pemogokan, kerusuhan, huru-hara, pemberontakan, perang saudara, pengambilalihan kekuasaan pemerintahan/kudeta;
19. Ikut berpartisipasi atau berdinasi dalam militer/angkatan bersenjata atau kepolisian;
20. Perawatan atau bedah kosmetik, termasuk (namun tidak terbatas) pada kelopak mata ganda, jerawat, keloid, bekas luka, tanda lahir, kerontokan pada rambut, dan segala komplikasinya kecuali akibat Kecelakaan dalam jangka waktu 6 (enam) bulan terhitung sejak tanggal perawatan pertama (perawatan yang pertama kali diterima Tertanggung akibat Kecelakaan) yang diperlukan secara medis;
21. Ikut serta dalam olahraga atau aktivitas berisiko tinggi, termasuk namun tidak terbatas pada seni bela diri, *skydiving*, menyelam, mendaki, panjat tebing (buatan atau natural), arung jeram, *bungee jumping*, balap (dengan atau tanpa motor), sepeda, berkuda, berlayar (dengan atau tanpa layar), terbang layang, gantole dan/atau olahraga di udara;
22. Tertanggung sebagai penumpang pesawat terbang yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan non komersil, yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan penumpang komersil (*Commercial Passenger Airline*) tetapi tidak sedang menjalani jalur penerbangan untuk pengangkutan umum yang berjadwal tetap dan teratur (*Charter Flight*) dan helikopter;
23. Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan oleh pihak yang berkepentingan atas Polis;
24. Semua biaya atas pelayanan non-medis, termasuk namun tidak terbatas pada televisi, telepon, telex, radio atau fasilitas sejenis, paket tambahan, dan barang-barang non-medis lainnya;
25. Terjangkit virus penurunan kekebalan tubuh terhadap penyakit (*Human Immunodeficiency Virus* atau HIV) dan/atau penyakit lain yang berkaitan, termasuk sindroma kekurangan efek kekebalan tubuh terhadap penyakit (*Acquired Immune Deficiency Syndrome* atau AIDS) dan/atau suatu mutasi, turunan atau variasinya dalam bentuk apapun, kecuali AIDS yang ditimbulkan dari transfusi darah;
26. Apabila Tertanggung tinggal di luar negeri selama lebih dari 90 (sembilan puluh) hari dalam 180 (seratus delapan puluh) hari terakhir terhitung sejak tanggal terjadinya klaim;
27. Perawatan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan, bulimia, anoreksia nervosa;
28. Perawatan dan pembedahan untuk mengubah jenis kelamin;
29. Perawatan yang terjadi karena keadaan kesehatan usia lanjut (*geriatrik*), keadaan mental usia lanjut (*psiko-geriatrik*);
30. Sebagian dan/atau seluruh biaya-biaya atas manfaat Asuransi Tambahan ini yang telah ditanggung oleh hukum, program kesehatan, atau polis asuransi lain yang diterbitkan oleh pemerintah, perusahaan asuransi lain, atau pihak lainnya.

Biaya Asuransi Tambahan





- Biaya Asuransi Tambahan dipotong dari Nilai Dana pada setiap tanggal jatuh tempo bulanan melalui pembatalan unit, minimum Rp124.000 per bulan.
- Informasi mengenai Biaya-biaya lainnya mengacu pada Biaya-biaya pada Asuransi Dasar termasuk namun tidak terbatas pada biaya komisi Bank dan biaya pemasaran.

Persyaratan dan Tata Cara

1. Cara Mengajukan Polis

- Pastikan bahwa Anda telah memiliki Asuransi Dasar.
- Produk Asuransi Tambahan ini dapat mengikutsertakan Tertanggung Tambahan yaitu suami/istri dan anak sah dari Tertanggung.
- Syarat dan ketentuan lainnya mengikuti syarat dan ketentuan Asuransi Dasar yang dipilih.
- Informasi mengenai risiko produk Asuransi Tambahan ini mengacu pada risiko Asuransi Dasar.

2. Cara Pengajuan Klaim

- 1  Menghubungi Astra Life atau mengunduh Formulir Klaim di www.astralife.co.id
- 2  Mengisi dan melengkapi dokumen Klaim yang dipersyaratkan Astra Life sesuai ketentuan Polis.
- 3  Serahkan/kirimkan Formulir Klaim beserta dokumen-dokumen yang diperlukan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tertanggung selesai menjalani Rawat Inap dan/atau Rawat Jalan.
- 4  Astra Life akan membayarkan Manfaat Asuransi selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak klaim disetujui.

Dokumen Pengajuan Klaim Wajib (untuk Reimbursement):

- a. Asli formulir klaim rawat inap yang telah diisi dengan jujur, benar dan lengkap dan telah di tandatangani oleh Pemegang Polis;
- b. Asli Surat Keterangan Dokter klaim rawat inap (Bagian 2 formulir klaim);
- c. Fotokopi identitas Pemegang Polis, Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat yang masih berlaku;
- d. Asli tagihan dan kuitansi berikut rincian biaya lengkap dari Rumah Sakit;
- e. Fotokopi semua hasil Pemeriksaan Medis (termasuk namun tidak terbatas laboratorium, radiologi);
- f. Asli rincian Obat-obatan;
- g. Fotokopi halaman depan Tabungan yang mencantumkan nomor rekening Pemegang Polis; dan
- h. Dokumen-dokumen lainnya sehubungan dengan pengajuan klaim (jika dibutuhkan oleh Penanggung).

Dalam hal Tertanggung menjalani Rawat Inap dengan kelas kamar (biaya Kamar & Akomodasi per hari) lebih besar dari plan yang dimiliki oleh Tertanggung, maka Kami akan membayarkan Manfaat Asuransi Tambahan secara proporsional dengan memperhitungkan selisih dari biaya Kamar & Akomodasi per hari yang dibebankan oleh Rumah Sakit dengan batasan Manfaat Kamar & Akomodasi per hari yang dimiliki.

Proporsi Manfaat Asuransi yang Kami tanggung:

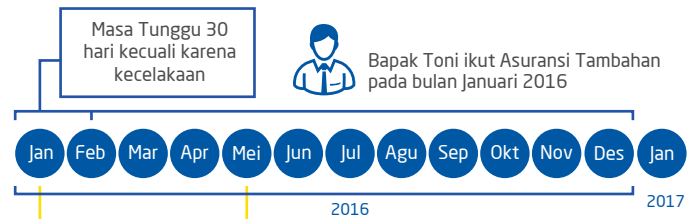
Kamar & Akomodasi per hari (Plan), sesuai Polis

Biaya Kamar & Akomodasi per hari, yang digunakan saat Rawat Inap

Ilustrasi Produk

Nama Tertanggung	Bapak Toni
Usia Tertanggung	40 Tahun
Jenis Kelamin Tertanggung	Pria
Plan Yang Dipilih	Plan 3
Biaya Asuransi Tambahan bulan pertama*	Rp557.667,-
Tanggal Berlakunya Polis	15 Januari 2016

* Biaya Asuransi Tambahan bulan selanjutnya mengacu pada usia dan jenis kelamin Tertanggung dan dapat berubah setiap Ulang Tahun Polis sampai dengan Tertanggung mencapai usia 99 (sembilan puluh sembilan) tahun.



(Klaim 1)	(Klaim 2)	(Klaim 3)
<p>Pada tanggal 25 Januari 2016, Bapak Toni mengalami sakit demam berdarah dan di Rawat Inap di Rumah Sakit selama 5 hari. Maka Kami tidak akan membayarkan manfaat Asuransi kepada Bapak Toni dikarenakan masih berada di dalam Masa Tunggu 30 hari</p>	<p>Pada tanggal 28 Mei 2016, Bapak Toni mengalami sakit thypus dan di Rawat Inap di Rumah Sakit Rekanan selama 5 hari. Pada Rumah Sakit Rekanan tersebut Bapak Toni menggunakan fasilitas Asuransi yang Kami tanggung berupa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kamar & Akomodasi Rp5.000.000,- • Kunjungan Dokter Umum: sesuai kuitansi Rp1.800.000,- 	<p>Pada tanggal 2 Januari 2017, Bapak Toni mengalami Kecelakaan dan di Rawat Inap di Rumah Sakit selama 8 hari dimana selama 3 hari di kamar ICU dan 5 hari di kamar biasa dan menjalani pembedahan. Maka Kami akan membayarkan manfaat Asuransi kepada Bapak Toni berupa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kamar & Akomodasi Rp5.000.000, • Unit Perawatan Intensif Rp6.000.000, • Kunjungan Dokter Umum: sesuai kuitansi Rp3.000.000, • Kunjungan Dokter Spesialis: sesuai kuitansi Rp4.000.000, • Pembedahan: sesuai kuitansi Rp24.000.000, • Aneka Perawatan Rumah Sakit: sesuai kuitansi Rp10.000.000

Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Medis & Bedah Plus yang didapat adalah:	
Kamar & Akomodasi per hari	: Rp1.000.000,-
Unit Perawatan Intensif per hari	: Rp2.000.000,-
Kunjungan Dokter Umum	: sesuai biaya yang sebenarnya yang dibebankan
Kunjungan Dokter Spesialis	: sesuai biaya yang sebenarnya yang dibebankan
Pembedahan	: sesuai biaya yang sebenarnya yang dibebankan
Aneka Perawatan Rumah Sakit	: sesuai biaya yang sebenarnya yang dibebankan
Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	: sesuai biaya yang sebenarnya yang dibebankan
Perawatan oleh Perawat setelah Rawat Inap	: sesuai biaya yang sebenarnya yang dibebankan
Ambulans	: Rp250.000,-
Perawatan Darurat Rawat Jalan	: Rp10.000.000,-
Perawatan Darurat Gigi	: Rp50.000.000,-
Perawatan Kanker	: Rp100.000.000,-
Perawatan Cuci Darah	: Rp30.000.000,-
Fisioterapi	: Rp560.000,-

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.
- Ilustrasi Produk Asuransi sesuai manfaat / plan yang Anda pilih dapat dilihat pada dokumen Simulasi/ilustrasi Personal Anda yang disediakan pada saat proses permohonan asuransi.

Informasi Tambahan

1. Definisi

• Masa Tunggu

Masa dimana manfaat Asuransi Tambahan tidak berlaku yaitu selama 30 (tiga puluh) hari pertama sejak Tanggal Berlakunya Asuransi Tambahan atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang terjadi lebih akhir, kecuali Rawat Inap akibat Kecelakaan, sesuai dengan Ketentuan Khusus.

• Pelayanan Rumah Sakit Rekanan

Untuk pembayaran manfaat Asuransi Tambahan, Kami menyediakan fasilitas *Cashless* (fasilitas yang diberikan oleh Kami dimana Tertanggung dapat menjalani Rawat Inap tanpa harus melakukan pembayaran terlebih dahulu atas biaya Rawat Inap yang terjadi (sesuai dengan manfaat yang dimiliki Tertanggung sebagaimana tercantum dalam Polis) dengan menunjukkan Kartu Peserta pada Rumah Sakit Rekanan) atau *Reimbursement* (pembayaran atas sejumlah biaya pengobatan dan/atau perawatan yang diajukan sebagai klaim oleh Anda karena terjadinya suatu perawatan atau pelayanan medis bagi Tertanggung akibat Penyakit atau Kecelakaan di Rumah Sakit dan/atau Rumah Sakit Rekanan).

Jumlah yang dibayarkan kepada Anda dan/atau Tertanggung tidak melebihi dari manfaat maksimum pada Daftar Manfaat Asuransi Tambahan sesuai Plan yang tercantum dalam Ringkasan Polis).

Penanggung dapat membatalkan fasilitas *Cashless* setiap saat jika pelayanan kesehatan yang terjadi tidak sesuai dengan ketentuan Penanggung. Fasilitas *Cashless* tidak dapat digunakan dalam Masa Leluasa dan/atau Nilai Dana tidak cukup untuk membayar Biaya-biaya serta dalam hal perawatan di Rumah Sakit memerlukan investigasi lebih lanjut.

2. RIPLAY Umum ini merupakan penjelasan singkat tentang produk Asuransi Tambahan Perawatan Medis dan Bedah Plus ("Produk Asuransi") dan bukan merupakan bagian dari aplikasi permohonan Asuransi dan Polis.
3. Informasi mengenai manfaat Produk Asuransi ini secara lengkap dapat Anda pelajari pada Polis jika permohonan Asuransi Anda disetujui.

4. 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.
5. PT ASURANSI Jiwa ASTRA dapat menolak permohonan asuransi Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
6. Anda harus membaca dengan teliti RIPLAY Umum ini dan berhak bertanya kepada tenaga pemasar atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
7. PT ASURANSI Jiwa ASTRA berhak membatalkan perlindungan asuransi atas diri Anda sehubungan dengan informasi dan/atau data yang disampaikan oleh Anda tidak benar dan/atau Premi belum Kami terima. Dengan demikian pastikan Anda telah membaca dan memahami isi dokumen sebelum ditandatangani dan memberikan informasi data diri Anda dengan jujur, lengkap, dan benar dimana informasi tersebut dapat memengaruhi penilaian PT ASURANSI Jiwa ASTRA sehingga PT ASURANSI Jiwa ASTRA tidak berkewajiban untuk menyetujui permohonan asuransi ini atau membayar manfaat asuransi apapun dan asuransi menjadi batal demi hukum.
8. Dalam hal PT ASURANSI Jiwa ASTRA bermaksud melakukan perubahan terhadap ketentuan atas Produk Asuransi ini, termasuk namun tidak terbatas pada ketentuan mengenai manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Polis, maka PT ASURANSI Jiwa ASTRA akan menyampaikan pemberitahuan secara tertulis terlebih dahulu kepada Anda selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum perubahan tersebut berlaku efektif.
9. Produk Asuransi ini adalah produk asuransi milik PT ASURANSI Jiwa ASTRA sehingga PT ASURANSI Jiwa ASTRA bertanggung jawab atas Produk Asuransi ini.
10. 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 10 hari kerja atau sesuai ketentuan hukum yang berlaku sejak dokumen diterima dengan lengkap dan benar; dan dapat diperpanjang maksimum 10 hari kerja atau sesuai ketentuan hukum yang berlaku 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



1500282

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