

POLIS MNC SEHAT OK PT MNC LIFE ASSURANCE

KETENTUAN-KETENTUAN KHUSUS POLIS

PASAL I

DEFINISI

1. **Polis** berarti Surat Perjanjian Pertanggung jawaban antara Pemegang Polis dengan Penanggung.
2. **Penanggung** berarti PT MNC Life Assurance
3. **Pemegang Polis** berarti orang atau penggantinya yang mengadakan perjanjian Pertanggung jawaban.
4. **Tertanggung** berarti mereka yang namanya sesuai tercantum dalam Polis, dimana usia maksimal saat terdaftar menjadi Tertanggung adalah 76 (tujuh puluh enam) tahun.
5. **Penerima Manfaat** (Maslahat) berarti Orang atau Badan Hukum yang ditunjuk menerima manfaat pertanggung jawaban sesuai ketentuan yang tercantum dalam Polis.
6. **Asuransi yang diperpanjang** berarti suatu Asuransi yang telah diperpanjang masa berlakunya untuk periode berikutnya tanpa terputus sejak tanggal jatuh tempo Asuransi dengan isi kontrak yang sama.
7. **Ketidakmampuan secara fisik** berarti semua penyakit atau cedera yang timbul dari suatu kecelakaan atau serangkaian kecelakaan yang berturut-turut, atau komplikasi dari penyakit/cedera lain yang telah diderita.
8. **Kecelakaan** berarti suatu peristiwa atau kejadian secara tiba-tiba dengan kekerasan, bersifat tidak disengaja, mengenai tubuh Tertanggung dan/atau tanggungannya, berasal dari luar dan sifatnya dapat dilihat, yang secara kasat mata merupakan satu-satunya penyebab dari cedera jasmaniah, serta memerlukan perawatan dokter atau rawat inap/pembedahan di rumah sakit.
9. **Cedera** berarti kerusakan tubuh yang hanya disebabkan kecelakaan.
10. **Penyakit** berarti kondisi fisik yang ditandai dengan penyimpangan patologis dari keadaan normal yang sehat.
11. **Kelainan bawaan/kelainan kongenital** berarti kelainan medis yang telah ada sejak dilahirkan termasuk kelainan fisik bayi baru lahir yang terbentuk 6 (enam) bulan sejak kelahiran.
12. **Pre-existing Condition** berarti penyakit-penyakit atau ketidakmampuan secara fisik yang telah ada dan yang timbul dalam 12 (dua belas) bulan pertama dimana Tertanggung baru pertama kali dijamin dalam Polis ini, baik yang telah diketahui ataupun tidak.
13. **Pembedahan** adalah Biaya pembedahan meliputi dokter bedah, dokter anestesi, dan/ Paramedis lain yang ikut serta dalam pembedahan, kamar bedah dan kamar pemulihan, tindakan di kamar bedah, dan kamar pemulihan, serta penyewaan alat selama di kamar bedah dan kamar pemulihan.
14. **Rumah Sakit** berarti suatu badan usaha yang sah dan terdaftar sebagai Rumah Sakit untuk pengobatan dan perawatan bagi orang-orang sakit dan cedera sebagai pasien yang membayar biaya perawatan dan yang:
 - a. Memiliki sarana untuk diagnosa dan sarana untuk segala jenis pembedahan.
 - b. Memberikan perawatan untuk 24 jam sehari oleh para tenaga medis berijazah dan terdaftar (berijin).
 - c. Dibawah pengawasan dokter.
 - d. Bukan hanya suatu klinik atau tempat perawatan bagi para pecandu alcohol dan obat-obat terlarang (daftar G), bukan suatu tempat perawatan peristirahatan atau rumah untuk pemeliharaan kesehatan setelah mengalami sakit dan bukan rumah para usia lanjut (jompo) atau badan usaha sejenisnya.

- e. Pengertian Rumah Sakit tidak termasuk hal-hal berikut:
- i. Lembaga yang mengutamakan perawatan mental untuk penderita penyakit jiwa, termasuk orang yang tingkat kejiwaannya di bawah normal serta bagian psikiatri dari suatu Rumah Sakit.
 - ii. Tempat perawatan orang tua (rumah jompo). Ketergantungan obat dan/atau kecanduan alkohol atau suatu unit khusus dari Rumah Sakit yang tujuan utamanya adalah untuk perawatan orang tua, ketergantungan obat dan/atau kecanduan alkohol.
 - iii. Tempat perawatan atau pemulihan kesehatan dan/atau suatu unit khusus dari Rumah sakit yang tujuan utamanya adalah sebagai tempat pemulihan kesehatan, rehabilitasi atau perawatan lebih lanjut (rumah peristirahatan) atas Penyakit atau Cedera Tubuh.
15. **Dokter Umum** berarti seseorang yang memiliki kualifikasi sarjana dalam ilmu kedokteran Barat dan seharusnya terdaftar atau memiliki izin untuk mempraktekkan ilmu kedokteran dalam suatu wilayah geografis dimana ia memberikan jasanya.
16. **Dokter Spesialis atau dokter ahli** berarti dokter yang memiliki kualifikasi sarjana dalam ilmu kedokteran Barat dan yang telah terdaftar dan memiliki ijin untuk mempraktekkan ilmu kedokteran dalam suatu wilayah geografis dimana ia memberikan jasa pelayanan kedokteran tersebut diberikan dan yang telah ditentukan oleh pihak yang berwenang di bidang kesehatan sebagai seorang dengan keahlian khusus dalam bidang tertentu dalam ilmu kedokteran.
17. **Rawat Inap di Rumah Sakit** berarti perawatan sebagai pasien di Rumah Sakit atas rujukan dari dokter sekurang-kurangnya untuk masa 24 (dua puluh empat) jam atau lebih untuk perawatan yang secara medis diperlukan atas ketidakmampuan secara fisik yang dijamin dan timbul setelah "Masa Tunggu", untuk mana Rumah Sakit membebaskan biaya kamar dan menginap secara penuh, atas nasihat/rekomendasi serta dibawah pengawasan serta kehadiran yang teratur dari dokter. Dalam hal kecelakaan, masa perawatan tersebut sekurang-kurangnya selama 12 (dua belas) jam.
18. **Layak dan Lazim** berarti segala biaya yang ditagih untuk perawatan, pengadaan atau pelayanan yang dibutuhkan secara medis untuk merawat kondisi Tertanggung dan tidak melebihi biaya yang lazim untuk perawatan, pengadaan atau pelayanan medis yang serupa di wilayah dimana biaya tersebut dibebankan dan tidak termasuk biaya yang seharusnya tidak ada jika tidak ada asuransi.
19. **Peristiwa Yang Dipertanggungkan** berarti Penyakit dan/atau Cedera Tubuh yang menyebabkan Tertanggung menjalani Perawatan Rumah Sakit
20. **Premi** berarti sejumlah uang yang tercantum dalam Data Polis atau perubahannya, yang wajib dibayar oleh Pemegang Polis kepada Penanggung selambat-lambatnya pada tanggal jatuh tempo pembayaran polis tersebut.
21. **Secara Medis Diperlukan** berarti pelayanan medis yang:
- a. Taat azas dengan diagnosa dan pengobatan medis Barat yang umum untuk keadaan demikian.
 - b. Sesuai dengan standar praktek medis yang baik dan benar.
 - c. Dilakukan dengan cara yang paling efisien dan ekonomis, dan "Tempat Pengobatan" yang aman.
 - d. Tidak bersifat coba-coba.

PASAL 2 MANFAAT ASURANSI

1. Tertanggung mulai berhak atas Manfaat Asuransi apabila Asuransi ini sudah berlaku dan telah melewati Masa Tunggu sebagaimana yang ditetapkan dalam Pasal 3 dalam Ketentuan Khusus Polis ini.
2. Tertanggung akan mendapatkan **Santunan Harian Rawat Inap** di Rumah Sakit dalam hal Tertanggung atas anjuran Dokter harus di rawat inap di Rumah Sakit yang disebabkan karena Penyakit ataupun Kecelakaan, yang besarnya manfaat sesuai dengan Data Polis.
3. Durasi maksimal Rawat Inap di Rumah Sakit yang dijamin dalam Produk asuransi ini adalah 200 (dua ratus) hari per tahun Polis
4. a. Ketentuan No Claim Bonus sebagai berikut:

- i. Jika tidak ada klaim dalam 1 (satu) tahun Polis, maka diberikan No Claim Bonus sebesar 30% (Tiga Puluh Persen) dari Premi Tahunan
 - ii. Jika tidak ada klaim dalam periode 6 Bulan I (Pertama), maka diberikan No Claim Bonus sebesar 10% (Sepuluh Persen) dari Premi Tahunan
 - iii. Jika Terjadi Klaim dalam periode 6 Bulan I (Pertama), maka tidak ada No Claim Bonus
 - b. No Claim Bonus di atas diberikan atau dibayarkan di Akhir Tahun Polis, berdasarkan pengajuan dari Pemegang Polis
 - c. No Claim Bonus berlaku untuk semua Polis baik itu Renewal Polis maupun tidak, dan tidak melihat cara bayar premi
5. Apabila Tertanggung harus menjalani pembedahan akibat suatu penyakit tertentu dan atau kecelakaan sehingga memerlukan suatu rawat inap, maka Penanggung akan memberikan **Santunan Pembedahan** pertahun yang besarnya sesuai Data Polis.
 6. Dalam hal Tertanggung Meninggal Dunia dalam Masa Pertanggungan, Penanggung akan memberikan **Santunan Duka** kepada Yang Ditunjuk, dimana besarnya sesuai Data Polis.
 7. Apabila Pemegang Polis/Tertanggung memiliki Polis dengan jenis asuransi yang sama dengan produk ini dari perusahaan asuransi jiwa sejenis, maka batasan Santunan Rawat Inap di Rumah Sakit per hari untuk per Tertanggung yang sama, yang dapat diberikan adalah maksimal Rp 2.000.000 (dua juta rupiah) per hari
 8. Besarnya manfaat sesuai Data Polis.

PASAL 3 MASA TUNGGU

Untuk jaminan perawatan Rumah Sakit & Jaminan Pembedahan, apabila Tertanggung dirawat inap akibat penyakit, maka dikenakan masa tunggu dimana Penanggung tidak menjamin selama 15 (lima belas) hari sejak Polis ini berlaku; sedangkan dalam hal kecelakaan tidak ada masa tunggu. Masa Tunggu hanya berlaku untuk kepesertaan di tahun polis pertama saja

PASAL 4 MASA PERTANGGUNGAN

1. Masa Pertanggungan Polis ini mulai berlaku pada tanggal seperti yang dinyatakan di dalam Data Polis.
2. Pada setiap akhir masa pertanggungan, Penanggung dapat memperpanjang masa Pertanggungan 1 (satu) tahun ke depan.
3. Ketentuan Pasal 4.2 ini berlaku untuk tiap-tiap masa pertanggungan.

PASAL 5 PEMBAYARAN PREMI

1. Premi ditetapkan berdasarkan premi tahunan, namun atas persetujuan Penanggung, premi dapat dibayarkan secara bulanan.
2. Apabila terjadi klaim meninggal dunia (santunan duka) dan/atau perawatan sakit, maka sisa premi setahun yang belum dibayar oleh Pemegang Polis akan dipotong dari klaim yang dibayarkan oleh Penanggung.
3. Pembayaran Premi sebagaimana tercantum dalam Data Polis harus dilakukan pada Tanggal berlakunya Asuransi dan selanjutnya akan dibayarkan secara bulanan atau triwulanan atau semesteran atau tahunan pada tanggal yang sama dengan Tanggal Berlakunya Asuransi setiap bulan atau triwulan atau semester atau tahun berikutnya. Jika pada bulan dimana pembayaran premi harus dilakukan tidak pada tanggal yang dimaksud, atau jika tanggal tersebut jatuh pada hari libur atau hari dimana bank-bank di Indonesia tidak melakukan transaksi, maka Premi harus dibayarkan pada tanggal hari kerja berikutnya.
4. Dalam hal perpanjangan Polis, Penanggung mempunyai hak untuk mengubah tarif premi sesuai dengan peningkatan usia Tertanggung dan kondisi kesehatan Tertanggung pada saat perpanjangan polis.

5. Setiap perubahan tarip Premi akan disampaikan kepada Pemegang Polis sekurang-kurangnya 30 (tiga puluh) hari sebelum tanggal berlakunya perubahan tersebut.
6. Seluruh kewajiban pembayaran premi (termasuk premi cicilan pertama) yang dilakukan melalui cara pemindahbukuan antara rekening bank Penanggung dengan bank yang ditunjuk oleh Pemegang Polis dan atau/ Tertanggung dan sudah diterima di Rekening Bank Penanggung;

PASAL 6 MASA TENGGANG WAKTU

Dalam hal Premi belum dibayarkan oleh Pemegang Polis atau pendebitan tidak berhasil dilakukan pada tanggal jatuh tempo pembayaran premi, Penanggung akan memberikan masa tenggang waktu selama 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal jatuh tempo pembayaran premi ("masa tenggang waktu"). Apabila telah melebihi masa tenggang waktu maka Polis menjadi batal

PASAL 7 MASA BEBAS LIHAT (COOLING OFF)

1. Periode jangka waktu cooling-off period adalah 14 (empat belas) hari sejak tanggal polis yang tercantum dalam Data Polis
2. Selama periode cooling-off period, Polis telah berlaku, namun demikian Pemegang Polis dapat mengajukan pembatalan pertanggungan kepada Penanggung secara tertulis
3. Setelah menerima permintaan pembatalan, Penanggung akan mengembalikan seluruh Premi yang telah dibayar, pada tanggal pembatalan diterima setelah dikurangi dengan biaya administrasi setahun dan biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada).

PASAL 8 BERAKHIRNYA PERTANGGUNGAN

Pertanggungan akan secara otomatis berakhir:

1. Pada tanggal Polis ini dibatalkan, baik oleh Pemegang Polis maupun oleh Penanggung.
2. Apabila Premi tidak dibayarkan pada saat tanggal jatuh tempo.
3. Masa Asuransinya telah berakhir.
4. Apabila Tertanggung meninggal dunia.
5. Pada saat Tertanggung telah mencapai usia 77 tahun.

PASAL 9 SYARAT KEPESERTAAN

1. Kepesertaan dimulai sejak usia 6 (enam) bulan sampai usia 59 tahun.
2. Untuk perpanjangan polis dapat dilakukan sampai usia 76 tahun.
3. Kepesertaan akan berakhir hingga usia 77 tahun.
4. Untuk calon nasabah yang berusia 6 (enam) bulan sampai usia 2 (dua) tahun wajib menyerahkan fotokopi buku kontrol tumbuh kembang anak atau APS dari dokter spesialis anak.
5. Untuk calon nasabah yang berusia diatas 55 tahun wajib menyerahkan pemeriksaan kesehatan, yaitu:
 - a. Pemeriksaan Fisik
 - b. Pemeriksaan Urine Lengkap
 - c. Pemeriksaan ECG Jantung

KETENTUAN-KETENTUAN UMUM POLIS

PASAL 10

KETENTUAN UMUM

1. Dasar Pertanggungan

- a. Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ), keterangan, pernyataan yang dibuat Pemegang Polis/Tertanggung, Polis beserta lampiran, keterangan tambahan dan perubahan-perubahannya yang merupakan dasar pertanggungan ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis secara keseluruhan.
- b. Tidak seorang agen pun diberi wewenang untuk mengganti dan merubah Polis ini, menerima pembayaran premi yang tertunggak atau mengundurkan tanggal jatuh tempo premi, meniadakan kewajiban melapor atau membuktikan klaim yang disyaratkan oleh Polis Asuransi ini atau mengundurkan tanggal batas waktu menyerahkan laporan/bukti klaim.
- c. Setiap perubahan mengenai isi Asuransi tidak berlaku kecuali jika disahkan oleh Penanggung dan dibuktikan oleh suatu catatan atau perubahan yang ditandatangani oleh Pemegang Polis/Tertanggung dan Penanggung untuk dilampirkan dalam Polis.
- d. Dengan memperhatikan ketentuan dalam Pasal 8 ini mengenai penerimaan pertanggungan berdasarkan Polis ini oleh Pemegang Polis, Surat Permohonan Asuransi Jiwa beserta keterangan-keterangan lain (jika ada) diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh calon Pemegang Polis dan/atau calon Tertanggung atau Surat Konfirmasi (jika ada) yang ditandatangani oleh Pemegang Polis dan dikembalikan kepada Penanggung akan menjadi dasar pertanggungan dan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari Polis ini.

2. Pembatalan Program Asuransi

Apabila Pemegang Polis bermaksud membatalkan Polis ini karena alasan apapun, dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal diterimanya Polis oleh Pemegang Polis, Pemegang Polis harus mengembalikan Polis ini kepada Penanggung bersama dengan surat permohonan pembatalan Polis. Pembatalan mulai berlaku sejak Tanggal Berlakunya Asuransi. Dengan pembatalan tersebut, seluruh Premi yang telah dibayarkan oleh Pemegang Polis akan dikembalikan dalam waktu selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari kalender setelah Penanggung menerima surat permohonan pembatalan Polis. Apabila terdapat biaya-biaya berkaitan dengan pengembalian Premi ini, termasuk namun tidak terbatas pada biaya transfer dan biaya administrasi, maka biaya-biaya tersebut akan menjadi tanggung jawab Pemegang Polis.

3. Pengakhiran oleh Pemegang Polis atau Penanggung

Pemegang Polis atau Penanggung dapat mengakhiri Program Asuransi dengan mengirimkan pemberitahuan tertulis. Apabila pengakhiran dilakukan oleh Pemegang Polis, maka pengakhiran tersebut mulai berlaku sejak tanggal diterimanya pemberitahuan tertulis atau tanggal yang dicantumkan dalam pemberitahuan, tergantung tanggal mana yang lebih akhir. Pengakhiran oleh Penanggung akan diberitahukan 1 (satu) bulan sebelum tanggal pengakhiran berlaku kecuali untuk pengakhiran karena tidak adanya pembayaran Premi.

4. Data yang diperlukan

- a. Pemegang Polis akan menyimpan suatu catatan untuk Tertanggung dan tanggungannya (bila ada dalam Polis) secara keseluruhan yang menunjukkan nama Tertanggung, tanggungan, Plan yang dipilih, tanggal berlakunya dan berhentinya pertanggungan, perubahan dengan catatan tanggal mengenai perubahan klasifikasi dan keterangan penting lainnya yang mungkin diperlukan untuk melaksanakan syarat-syarat Asuransi ini.
- b. Pemegang Polis/Tertanggung harus memberikan kepada Penanggung semua keterangan-keterangan dan bukti-bukti yang mungkin diperlukan oleh Penanggung dalam segala hal yang berhubungan dengan Asuransi ini. Semua dokumen diberikan kepada Pemegang Polis /Tertanggung dan catatan-catatan lainnya yang mungkin mempunyai hubungan dengan pertanggungan dalam Asuransi harus dapat diperiksa oleh Penanggung pada setiap waktu yang wajar.

5. Pemegang Polis/Tertanggung harus memberikan kepada Penanggung semua keterangan-keterangan dan bukti- bukti yang mungkin diperlukan oleh Penanggung dalam segala hal yang berhubungan dengan Asuransi ini. Semua dokumen diberikan kepada Pemegang Polis/Tertanggung dan catatan-catatan

lainnya yang mungkin mempunyai hubungan dengan pertanggung jawaban dalam Asuransi harus dapat diperiksa oleh Penanggung pada setiap waktu yang wajar.

6. Pernyataan yang keliru

- a. Kesalahan pencatatan dalam pendataan tidak akan membatalkan Pertanggung jawaban yang sedang berlaku atau meneruskan pertanggung jawaban yang telah dihentikan secara sah. Tetapi bila kesalahan ditemukan, maka penyesuaian yang sama harus dibuat.
- b. Bila umur atau bukti-bukti yang relevan lain berkenaan dengan tanggungan ditemukan ternyata salah dan bila pernyataan yang salah tersebut mempengaruhi besarnya premi atau mempunyai hubungan dengan syarat-syarat dan ketentuan Asuransi ini, maka umur dan fakta-fakta sebenarnya harus digunakan untuk menentukan apakah pertanggung jawaban akan berlaku menurut syarat-syarat dan ketentuan Asuransi ini.
- c. Pembatasan-pembatasan dan manfaat yang dibayar atasnya, selanjutnya penyesuaian Premi setara harus dibuat.

7. Penyesuaian Plan

Penyesuaian terhadap plan yang berlaku hanya pada setiap tanggal ulang tahun Polis Premi dan mendapat persetujuan dari Penanggung.

8. Penambahan Polis

Penambahan Polis ini terhadap Polis sejenis yang masih berlaku hanya pada setiap tanggal ulang tahun Polis dan atas Penambahan Polis tersebut dengan sendirinya akan membatalkan Polis sebelumnya yang sejenis.

9. Prosedur Hukum

Tidak ada tindakan hukum yang akan dilakukan untuk mendapatkan penggantian kerugian atas jaminan Polis ini sebelum berakhirnya masa 30 (tiga puluh) hari setelah bukti-bukti klaim dilengkapi menurut persyaratan Polis ini, dan tindakan demikian sama sekali tidak dapat dilakukan kecuali dalam jangka waktu 2 (dua) tahun dari berakhirnya, dalam mana bukti klaim diperlukan oleh Polis ini.

10. Hukum yang berlaku

Polis ini dan semua hak, kewajiban dan tanggung jawab yang timbul karenanya, harus ditentukan dan ditafsirkan serta dijalankan/dilaksanakan menurut hukum yang berlaku di Indonesia

11. Perubahan

Penambahan dan atau pengurangan yang dapat merubah arti, maksud dan jaminan-jaminan yang telah ditetapkan dalam Polis, akan dibuatkan suatu addendum/endosemen tersendiri yang menjadi satu dan tidak terpisahkan.

12. Penyelesaian Perselisihan

- a. Semua perselisihan yang terjadi sehubungan dengan pelaksanaan Polis ini terlebih dahulu akan diselesaikan secara musyawarah untuk mufakat.
- b. Apabila penyelesaian secara musyawarah untuk mufakat tidak tercapai, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan dengan menggunakan jasa arbitrase atau Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI)
- c. Apabila penyelesaian dengan menggunakan jasa arbitrase atau Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) tersebut tidak tercapai, maka semua jenis perselisihan akan diselesaikan melalui Pengadilan Negeri sesuai dengan domisili Kantor Penanggung yang terdekat dengan domisili Pemegang Polis atau sesuai dengan domisili Pemegang Polis.

13. Berakhirnya Jaminan

Jaminan dibawah Polis ini akan berakhir pada akhir tahun Polis atau tanggal dinyatakan bahwa Polis telah batal, yaitu pada jam 24.00 waktu Wilayah Indonesia Bagian Barat (WIB) dari hari terakhir Periode Asuransi ini.

Jika Tertanggung masih dirawat di Rumah Sakit untuk ketidakmampuan secara fisik pada tanggal berakhirnya Pertanggung jawaban, ia tetap masih dijamin selama-lamanya dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari setelah berakhirnya periode Asuransi ini atau saat jaminannya untuk ketidakmampuan secara fisik mencapai batas maksimal yang diberikan, mana yang lebih dulu terjadi.

14. Penanggung berhak mengubah ketentuan-ketentuan dan syarat-syarat umum yang tercantum dalam Polis ini dengan menyampaikan pemberitahuan tertulis sebelumnya kepada Pemegang Polis paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum perubahan tersebut diberlakukan. Pemegang Polis akan memberikan persetujuan atau penolakannya secara tertulis yang harus telah diterima oleh Penanggung dalam waktu selambat-lambatnya 2 (dua) bulan sebelum tanggal berlakunya perubahan tersebut. Jika jangka waktu tersebut telah lewat dan Penanggung belum menerima pemberitahuan penerimaan atau penolakan dari Pemegang Polis, maka Pemegang Polis dianggap telah memberikan persetujuan atas perubahan tersebut.
15. Dalam hal Pemegang Polis menolak perubahan tersebut, Pemegang Polis harus mengirim penolakannya secara tertulis kepada Penanggung dan penolakan tersebut harus telah diterima oleh Penanggung sebelum tanggal yang ditetapkan oleh Penanggung bagi berlakunya syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan yang baru. Penolakan Pemegang Polis menyebabkan berakhirnya Program Asuransi.
16. Program Asuransi sebagaimana dimaksud oleh Polis ini akan berlaku selama 24 (dua puluh empat) jam di seluruh dunia kecuali bila dinyatakan berubah secara tertulis oleh Penanggung kepada Pemegang Polis.

PASAL 11 MATA UANG

Seluruh jumlah yang harus dibayar kepada atau oleh Penanggung harus dibayar dalam mata uang yang tercantum pada data Polis. Jika Pemegang Polis membayar Premi dalam mata uang yang berbeda dengan mata uang yang tercantum pada data Polis, Penanggung akan mengkonversi dengan nilai tukar (kurs tengah) yang dikeluarkan oleh Bank Indonesia di tempat pembayaran.

PASAL 12 PROSEDUR KLAIM

1. **Syarat-syarat Pengajuan Klaim Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan.**
Dokumen yang dibutuhkan sebagai kelengkapan pengajuan klaim, sebagai berikut:
 - a. Formulir Pengajuan Klaim Rawat Inap (asli)
 - b. Formulir Surat Keterangan Dokter (asli) atau resume medis
 - c. Fotokopi Polis
 - d. Fotokopi KTP Pemegang Polis/Tertanggung
 - e. Kuitansi asli rawat inap di Rumah Sakit beserta semua perinciannya
 - f. Kuitansi asli pembelian obat-obatan beserta fotokopi resep
 - g. Kuitansi asli pemeriksaan diagnostik
 - h. Fotokopi hasil pemeriksaan diagnostik, seperti: laboratorium, rontgen, USG, PA, EKG dll
2. **Syarat-syarat Pengajuan Klaim Meninggal Dunia**
Dokumen yang dibutuhkan sebagai kelengkapan pengajuan klaim meninggal dunia, sebagai berikut:
 - a. Formulir Pengajuan Klaim Meninggal Dunia (asli)
 - b. Formulir Surat Keterangan Dokter (asli)
 - c. Polis asli
 - d. Fotokopi KTP Pemegang Polis/Tertanggung
 - e. Fotokopi Kartu Keluarga
 - f. Bukti identitas diri Penerima Manfaat
 - g. Surat keterangan kematian dari pemerintahan setempat (RT/RW/Kelurahan) atau fotokopi akte kematian
 - h. Berita acara dari kepolisian setempat dalam hal meninggalnya tidak wajar atau karena kecelakaan lalu lintas
 - i. Surat keterangan dari Kedutaan Besar Republik Indonesia atau konsulat jenderal setempat dalam hal meninggalnya di luar negeri.

3. **Syarat-syarat Pengajuan Klaim Pengembalian Premi**

Dokumen yang dibutuhkan sebagai kelengkapan pengajuan klaim Pengembalian Premi, sebagai berikut:

- a. Menyertakan fotokopi Polis
- b. Kuitansi Premi terakhir
- c. Bukti identitas diri Pemegang Polis.

4. **Kadaluarsa Klaim**

Pemegang Polis dan/ Ahli waris wajib melaporkan selambat- lambatnya 30 (tigapuluh) hari sejak terjadinya risiko yang dipertanggungkan. Syarat pengajuan klaim sebagaimana tersebut dalam ayat 1, 2 dan 3 Pasal ini, harus diserahkan kepada Penanggung dalam jangka waktu 60 (enam puluh) hari setelah tanggal berakhirnya perawatan atau tanggal meninggalnya Tertanggung. Lebih dari masa itu Penanggung berhak untuk menolak klaim yang diajukan

5. **Pembayaran Klaim**

Semua penggantian biaya dari manfaat-manfaat yang ditutup Polis ini akan dilaksanakan dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak dokumen diterima dan telah memenuhi persyaratan sebagaimana tersebut dalam ayat 1 pasal ini dan dibayarkan dalam bentuk transfer kepada Tertanggung.

Apabila perawatan terjadi diluar negeri dan semua pembayaran biaya itu dilakukan dalam bentuk mata uang setempat, maka penggantian akan dilakukan dalam Rupiah menurut nilai tukar yang berlaku pada bank pada tanggal pembayaran yang tertera pada kuitansi.

PASAL 13 PENGECCUALIAN

Penanggung tidak akan membayar biaya-biaya untuk ketidakmampuan secara fisik apapun yang muncul sebagai akibat yang ditimbulkan dari:

1. Pemberian produk kesehatan yang dibeli secara bebas seperti: sabun, bedak, obat kumur, pasta gigi, sikat gigi, obat gosok, (balsem, minyak angin, dll), susu, makanan bayi yang tidak sesuai dengan indikasi medis, segala jenis vitamin kecuali vitamin tunggal (vitamin K, vitamin C, vitamin B Complex, dsb).
2. Kehamilan melahirkan (termasuk pembedahan saat melahirkan), keguguran, aborsi serta perawatan sebelum dan sesudah melahirkan, segala pengujian dan perawatan pengobatan kemandulan/kesuburan. Penggunaan segala jenis kontrasepsi, sterilisasi baik itu kastration, tubektomi dan vasektomi, gangguan menstruasi.
3. Istirahat untuk penyembuhan atau perawatan di sanatorium termasuk pengobatan untuk tujuan penyembuhan seperti lelah mental atau lelah fisik, penyakit menular yang diharuskan oleh hukum untuk diisolasi/karantina dan wabah penyakit, penyalahgunaan obat terlarang atau kecanduan minuman keras
4. Setiap perawatan atau pembedahan terhadap cacat/kelainan bawaan yang diketahui termasuk penyakit ayan (epilepsy), operasi plastik/kosmetik, pengobatan/perawatan khusus untuk pengurangan atau penambahan berat badan dan segala jenis obat perangsang obat kesuburan dan segala akibatnya
5. Biaya-biaya yang tidak dibutuhkan/tidak berhubungan secara medis untuk pengobatannya yang diberikan oleh Rumah Sakit seperti biaya telepon, email dan sejenisnya, televisi, faks, salon, biaya hiasan/kembang, masase, pijat, taksi.
6. Penyakit-penyakit dibawah ini dan segala akibatnya yang ditimbulkan:
 - a. Penyakit Hubungan Seksual.
 - b. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) & ARC (AID's Related Complex).
 - c. Bunuh diri/akibat usaha bunuh diri, gangguan mental, terapi penyakit kejiwaan/psikis (termasuk epilepsi, neurosis, manifestasi fisik atau psikomatis) dan pengobatan dengan obat-obatan psikotropika/transquiliser/sedatif.
 - d. Pelayanan kesehatan yang belum diakui secara luas di bidang kedokteran seperti: pijat/spa, obat dukun, ramuan tradisional, jamu, dll.
 - e. Sirkumsisi/khitanan tanpa medis.

7. Setiap pemeriksaan kesehatan atau fisik secara rutin/berkala (*medical check up*), terapi fisik, tes-tes yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa atau pemeriksaan yang tidak diperlukan secara medis, obat-obatan atau pemeriksaan secara preventif termasuk semua jenis imunisasi, perawatan yang dilakukan selain oleh dokter yang diakui
8. Penyakit akibat cedera yang ditimbulkan sebagai akibat dari mengikuti segala jenis perlombaan/olahraga ketangkasan yang bersifat profesional resmi dan mempunyai induk organisasi resmi seperti: terjun payung, layang gantung, panjat tebing, tinju, beladiri, balap mobil/motor/sepeda, berburu, polo, berkuda, kegiatan-kegiatan bawah air yang memerlukan perlengkapan bernafas (*diving*), panjat tebing lebih dari 2.500 m.
9. Penyakit-penyakit yang termasuk dalam Pre-existing Condition, yaitu:
 - a. Segala jenis kista, tumor jinak maupun ganas pada organ mana pun
 - b. Setiap jenis Hernia, namun bukan dari penyakit kongenital
 - c. Hemorroid (wasir) & Anal Fistula
 - d. Endometriosis, Uterine Fibroid/Myoma, termasuk penyakit yang berkenaan dengan sistem reproduksi lainnya, serta Histerektomi
 - e. Tonsil/Amandel & penyakit Adenoid yang memerlukan pembedahan
 - f. Penyakit ginjal yang memerlukan hemodialisa
 - g. Ketidaknormalan pada nasal septum dan sinus
 - h. Katarak
 - i. Penyakit darah tinggi dan jantung
 - j. Hipertiroid (pembesaran kelenjar gondok)
 - k. Tuberkulosa dan Asthma.
 - l. Diabetes Mellitus (kencing manis), Radang Empedu (Kolesistitis), Batu Empedu, Hepatitis B, Hepatitis C, Non-A & B
 - m. Radang Lambung (Gastritis, Dispepsia, Ulcus Pepticum) & gangguan/Tukak Usus 12 jari
 - n. Batu dalam saluran kemih (Ginjal, Ureter, Uretra, Bladder/Kandung Kemih) juga turbinatum Kandung Kemih
 - o. Haluks Valgus
 - p. Semua jenis Epilepsi (Grand Mal atau Petit Mal)
 - q. Prolaps Cakram Antar ruas Tulang Belakang (HNP, Disc Prolaps)
10. Masuk dinas kemiliteran, perang atau segala jenis tindakan peperangan baik dinyatakan atau tidak, kegiatan-kegiatan melawan hukum seperti kriminal atau terorisme, huru-hara, pemberontakan atau keributan sipil, demonstrasi/unjuk rasa. Terpapar radiasi ionisasi atau kontaminasi oleh radio aktif dari setiap demonstrasi bahan nuklir atau limbah dari setiap bahan senjata nuklir.