

Tentang Grup Allianz

Allianz Group adalah perusahaan asuransi dan manajemen aset terkemuka di dunia dengan lebih dari 122 juta nasabah individu dan perusahaan di lebih dari 70 negara. Nasabah Allianz mendapatkan manfaat dari berbagai layanan asuransi individu dan kumpulan, mulai dari asuransi properti, jiwa dan kesehatan, sampai layanan bantuan asuransi kredit dan asuransi bisnis secara global. Allianz adalah salah satu investor terbesar di dunia, dengan dana kelolaan nasabah asuransi lebih dari 714 miliar Euro. Sementara manajer aset kami, PIMCO dan Allianz Global Investors mengelola aset tambahan sebesar 1,7 triliun Euro milik pihak ketiga. Berkat integrasi sistematis ekologis dan kriteria sosial pada proses bisnis dan keputusan investasi, Allianz memegang posisi terdepan untuk perusahaan asuransi dalam Dow Jones Sustainable Index. Pada tahun 2022, Allianz Group memiliki 159.000 karyawan dan meraih total pendapatan 152,7 miliar Euro serta laba operasional sebesar 14,2 miliar Euro.

Tentang Allianz di Asia

Asia adalah salah satu wilayah pertumbuhan inti untuk Allianz, yang ditandai dengan keragaman budaya, bahasa dan adat istiadat. Allianz telah hadir di Asia sejak 1910, menyediakan asuransi kebakaran dan maritim di kota-kota pesisir Tiongkok. Saat ini, Allianz aktif di 15 pasar di wilayah tersebut, menawarkan beragam asuransi dengan bisnis inti pada asuransi kerugian, asuransi jiwa, perlindungan dan solusi kesehatan, dan manajemen aset. Dengan lebih dari 36.000 staf, Allianz melayani kebutuhan lebih dari 21 juta nasabah di wilayah ini melalui berbagai saluran distribusi dan platform digital.

Tentang Allianz Indonesia

Allianz memulai bisnisnya di Indonesia dengan membuka kantor perwakilan di tahun 1981. Pada tahun 1989, Allianz mendirikan PT Asuransi Allianz Utama Indonesia, perusahaan asuransi umum. Kemudian, Allianz memasuki bisnis asuransi jiwa, kesehatan dan dana pensiun dengan mendirikan PT Asuransi Allianz Life Indonesia di tahun 1996. Di tahun 2006, Allianz Utama dan Allianz Life memulai bisnis asuransi syariah. Pada tahun 2023, PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia resmi beroperasi sebagai entitas terpisah yang memberikan perlindungan asuransi dan pengelolaan risiko keuangan yang berbasis syariah. Kini, Allianz Indonesia didukung oleh lebih dari 1.000 karyawan dan lebih dari 40.000 tenaga pemasar dan ditunjang oleh jaringan mitra perbankan dan mitra distribusi lainnya. Saat ini, Allianz menjadi salah satu asuransi terkemuka di Indonesia yang dipercaya untuk melindungi lebih dari 10 juta tertanggung.

PT Asuransi Allianz Life Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan, dan tenaga pemasarnya telah memegang lisensi dari Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia.

Catatan Penting untuk Diperhatikan

- **Allianz Flexi Medical Plan** merupakan produk asuransi kesehatan yang ditambahkan (*rider*) yang diterbitkan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia.
- Premi yang dibayarkan sudah termasuk komisi Tenaga Pemasar.
- Brosur ini bukan merupakan bagian dari Polis Produk Asuransi ("Polis") dan bukan suatu bentuk perjanjian asuransi antara PT Asuransi Allianz Life Indonesia dengan Nasabah. Pemegang Polis terikat penuh dengan setiap ketentuan yang terdapat dalam Polis.
- Penjelasan lebih lengkap mengenai syarat, ketentuan termasuk pembebanan biaya secara rinci dan pengecualian dapat Anda pelajari pada Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum dan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Personal serta Polis.
- PT Asuransi Allianz Life Indonesia berhak menolak pengajuan Polis, apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.

Allianz Flexi Medical Plan merupakan Pertanggungjawaban Tambahan dari Produk Asuransi Yang Dikaitkan dengan Investasi (PAYDI). PAYDI adalah produk asuransi. Komponen investasi dalam PAYDI mengandung risiko. Calon Pemegang Polis wajib membaca dan memahami Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum dan RIPLAY Personal sebelum memutuskan untuk membeli PAYDI. Kinerja investasi masa lalu PAYDI tidak mencerminkan kinerja investasi masa datang PAYDI.

Apabila Anda memiliki pertanyaan dan keluhan terkait produk dan/atau layanan kami, Anda dapat menyampaikannya melalui Customer Center kami:

Customer Lounge

PT Asuransi Allianz Life Indonesia
World Trade Centre 6, Ground Floor
Jl. Jend. Sudirman Kav. 29-31
Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Corporate Number : +62 21 2926 8888
AllianzCare : 1500 136
Email : ContactUs@allianz.co.id
Webiste : www.allianz.co.id

Allianz 



Allianz Flexi Medical Plan

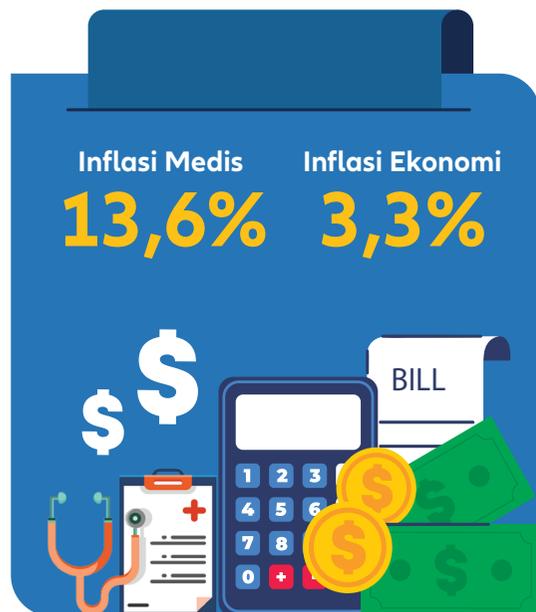
Asuransi Kesehatan Flexible
untuk GenerAZiFlexible

No.0288/AZLI-BRAND/RE/1/III/2024

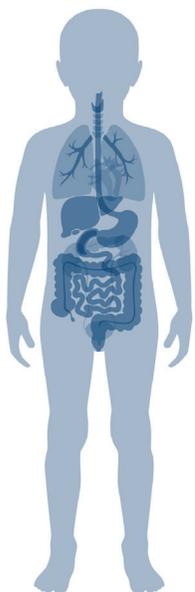
PT Asuransi Allianz Life Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan, dan Tenaga Pemasarnya telah memegang lisensi dari Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia.



Inflasi Medis di Indonesia meningkat lebih dari 4x LIPAT dari inflasi ekonomi⁽¹⁾



(1) Sumber: Survei Mercer Marsh Benefits (MMB) 2021 — 2023 tentang Estimated Medical Trend Summary, 2023



Stroke
Biaya pengobatan
± Rp150.000.000 – Rp450.000.000

Jantung Koroner
Biaya pengobatan (Ring Jantung)
± Rp40.000.000 – Rp80.000.000

Kanker
Biaya Kemoterapi
± Rp1.000.000 – Puluhan Juta Rupiah

Gagal Ginjal
Biaya Cuci Darah
± Rp400.000 – Rp5.000.000 Per Sekali Cuci Darah

Sumber:
Artikel Hellosehat.com/Biaya Pengobatan Stroke 2022
BPJSKesehatan/Pasang Ring Jantung, 2022
Artikel BPJSKesehatan/Biaya Cuci Darah Indonesia, 2022
Finansialku/Perkiraan Biaya Kemoterapi Di Indonesia, 2023

Allianz Flexi Medical Plan

Produk Asuransi Kesehatan Tambahan yang memberikan manfaat yang komprehensif dan fleksibel sesuai perlindungan yang Anda butuhkan.



Tersedia fitur **Flexi Benefit** yang dapat digunakan untuk membayar klaim Rawat Jalan, Eksek Klaim dan/atau Risiko Sendiri serta biaya konsultasi *online* dengan Dokter.



Nikmati manfaat **Fasilitas Tambahan Flexi Benefit** hingga **20%** dari Biaya Asuransi yang dibayarkan di Masa Asuransi sebelum Tanggal Perpanjangan jika tidak melakukan klaim di periode Masa Asuransi.



Fleksibilitas dalam pemilihan **plan** dan **wilayah pertanggung** sesuai kebutuhan.



Pertanggung **maksimal** dengan **pilihan Batas Manfaat Tahunan sesuai dengan kebutuhan Anda.**



Tersedia **Fasilitas Indeksasi** yang memberikan kemudahan dan ketenangan atas ketidakpastian inflasi keuangan.

Layanan Allianz Flexi Medical Plan*

- ✓ Layanan *Expert Medical Opinion*.
- ✓ Layanan Bantuan Medis (*Medical Assistance*).
- ✓ Layanan Tanya Dokter Online Terkait Kesehatan Mental & Gizi

*) Layanan ini adalah layanan tambahan yang disediakan oleh perusahaan rekanan yang ditunjuk oleh Allianz, dan dapat diubah atau dihentikan dari waktu ke waktu. Allianz tidak bertanggung jawab atas layanan yang disediakan oleh perusahaan rekanan tersebut.

Manfaat Asuransi

Manfaat Asuransi Allianz Flexi Medical Plan adalah sebagai berikut:

A. Perawatan Rawat Inap atau Pembedahan



Penggantian biaya Perawatan Rawat Inap atau Pembedahan karena penyakit maupun Kecelakaan dengan tunduk pada Batas Dalam Tabel Manfaat dan Batas Manfaat Tahunan sesuai *Plan* yang dipilih.

B. Perawatan Penyakit Kritis dan Manfaat Perawatan Darurat



Penggantian biaya-biaya Perawatan Penyakit kritis merujuk pada Tabel Manfaat sesuai *Plan* yang dipilih.



Penggantian biaya-biaya Manfaat Perawatan Darurat merujuk pada Tabel Manfaat sesuai *Plan* yang dipilih.

C. Manfaat Tambahan



Penggantian biaya-biaya Manfaat Tambahan seperti Peralatan Medis yang Tahan Lama dan Anggota Tubuh Artifisial merujuk pada Tabel Manfaat sesuai *Plan* yang dipilih.

D. Manfaat Meninggal Dunia



Kami membayar Manfaat Meninggal Dunia kepada Penerima Manfaat jika Tertanggung meninggal dunia. Jumlah Manfaat Meninggal Dunia adalah sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat.

Flexi Benefit

Kami akan memberikan Manfaat Flexi Benefit sesuai syarat dan ketentuan di bawah ini:

- a. Kami akan membuat dan mengelola Akun Flexi Benefit* untuk mengumpulkan Dana Flexi Benefit**;
- b. Dana Flexi Benefit akan terkumpul dan dikreditkan ke dalam Akun Flexi Benefit sesuai dengan syarat dan ketentuan berikut ini:
 - (i) Jika klaim atas Santunan Harian Rawat Inap telah Kami setujui, maka dana Santunan Harian Rawat Inap (sesuai dengan *Plan* yang dipilih) akan dikreditkan ke dalam Akun Flexi Benefit;
 - (ii) Jika Masa Asuransi Pertanggung Tambahan diperpanjang secara otomatis sesuai Syarat-Syarat Pertanggung Tambahan, dan syarat dan ketentuan Fasilitas Tambahan Flexi Benefit yang diatur dalam poin (c) di bawah ini terpenuhi; dan/atau
 - (iii) Jika Fasilitas Indeksasi berlaku untuk Pertanggung Tambahan ini dan Kami menyesuaikan Premi Dasar Berkala sesuai dengan ketentuan-ketentuan dalam Syarat-Syarat Fasilitas Indeksasi Allianz Flexi Medical Plan.

Catatan:

*)Akun Flexi Benefit adalah akun yang dibuat dan dikelola oleh Penanggung untuk setiap Polis untuk mengelola Dana Flexi Benefit.

***)Dana Flexi Benefit adalah dana yang diberikan oleh Penanggung untuk secara eksklusif dimasukkan/dikreditkan ke dalam Akun Flexi Benefit, dan yang hanya dapat digunakan oleh Tertanggung untuk setiap peristiwa yang memenuhi syarat dan ketentuan yang diatur dalam Syarat-Syarat Pertanggung Tambahan.

- c. Kami juga akan mengkreditkan Dana Flexi Benefit sebesar yang diatur di bawah ini jika syarat dan ketentuan di bawah ini terpenuhi ("**Fasilitas Tambahan Flexi Benefit**"):

Tidak ada Pelayanan Kesehatan yang dilakukan oleh Tertanggung dan tidak ada klaim yang diajukan untuk Manfaat Asuransi dalam jangka waktu :

- (i) 1 tahun Masa Asuransi, 5% dari jumlah Biaya Asuransi untuk Pertanggung Tambahan ini yang telah dibayarkan di 1 tahun Masa Asuransi sebelum Tanggal Perpanjangan akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit;
- (ii) 2 tahun Masa Asuransi berturut-turut, 10% dari jumlah Biaya Asuransi untuk Pertanggung Tambahan ini yang telah dibayarkan di 1 tahun Masa Asuransi sebelum Tanggal Perpanjangan akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit; dan/atau

Flexi Benefit

(iii) 3 tahun Masa Asuransi berturut-turut atau lebih, 20% dari jumlah Biaya Asuransi untuk Pertanggunggunaan Tambahan ini yang telah dibayarkan di 1 tahun Masa Asuransi sebelum Tanggal Perpanjangan akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit,

dengan ketentuan tambahan bahwa (yang semua ketentuan tambahan ini harus terpenuhi):

- (1) Masa Asuransi Pertanggunggunaan Tambahan diperpanjang secara otomatis sesuai Syarat-Syarat Pertanggunggunaan Tambahan, dan pengkreditan Dana Flexi Benefit ke dalam Akun Flexi Benefit akan Kami lakukan setelah Tanggal Perpanjangan;
- (2) Polis tidak pernah berakhir (*lapsed*) di 1 tahun Masa Asuransi sebelum Dana Flexi Benefit dikreditkan ke Akun Flexi Benefit. Khusus untuk poin (ii) dan (iii) Fasilitas Tambahan Flexi Benefit, Polis harus tidak pernah berakhir (*lapsed*) selama 2 atau 3 tahun (atau lebih) Masa Asuransi berturut-turut (yang mana yang berlaku) sebelum Dana Flexi Benefit dikreditkan ke Akun Flexi Benefit; dan
- (3) Apabila Tertanggung melakukan Pelayanan Kesehatan namun tidak ada klaim yang Kami bayarkan karena jumlah klaim tersebut masih dalam batas Risiko Sendiri dan/atau Dana Flexi Benefit digunakan untuk melunasi seluruh biaya Pelayanan Kesehatan (sebagaimana dimaksud dalam Syarat-Syarat Pertanggunggunaan Tambahan yang berlaku) bagi Tertanggung tersebut, maka Tertanggung tersebut dianggap masih memenuhi syarat Fasilitas Tambahan Flexi Benefit.

d. Dana Flexi Benefit dalam Akun Flexi Benefit hanya dapat digunakan mulai Tahun Pertanggunggunaan Tambahan ke-3, dan terbatas untuk tujuan berikut:



Penggantian biaya Rawat Jalan yang dilakukan oleh Tertanggung;



Pembayaran Ekses Klaim dan/atau Risiko Sendiri atas Rawat Inap atau Pembedahan yang sebelumnya telah dilakukan Tertanggung; dan/atau



Pembayaran biaya konsultasi *online* dengan Dokter melalui platform Perusahaan Rekanan yang telah bekerja sama dengan Penanggung (sebagaimana Penanggung informasikan dari waktu ke waktu), termasuk pembelian Obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter tersebut.

Flexi Benefit

Dengan ketentuan bahwa setiap Pelayanan Kesehatan yang dilakukan oleh Tertanggung tersebut di atas harus memenuhi ketentuan Dibutuhkan Secara Medis dan syarat serta ketentuan lainnya dalam Syarat-Syarat Pertanggunggunaan Tambahan. **Untuk menghindari keraguan, Anda dan/atau Tertanggung tidak dapat menarik Dana Flexi Benefit atas alasan apa pun.**

Risiko Sendiri

Pada Pertanggunggunaan Tambahan ini berlaku Risiko Sendiri, yang terdiri dari Risiko Sendiri Tipe 1 dan Risiko Sendiri Tipe 2, sebagaimana dijelaskan dan diatur di bawah ini:

a. Risiko Sendiri Tipe 1 (*Deductible*)

- i. Ketentuan atau persyaratan Risiko Sendiri Tipe 1 berlaku jika hal tersebut tercantum dalam Tabel Manfaat.
- ii. Penerapan *Deductible* dilakukan berdasarkan ketentuan-ketentuan berikut ini:
 - 1) untuk setiap kejadian Rawat Inap atau Pembedahan untuk Penyakit atau cedera yang sama;
 - 2) berdasarkan *Eligible Claim*, dan bukan dihitung dari jumlah total klaim yang diajukan kepada Kami; dan
 - 3) setelah memperhitungkan Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), atau pihak lain yang memberikan pertanggunggunaan sejenis yang juga dicakup oleh Syarat-Syarat Pertanggunggunaan Tambahan.
- iii.
 - 1) Apabila besarnya *Deductible* lebih kecil dari *Eligible Claim*, maka Kami akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa selisih dari *Eligible Claim* (total biaya Pelayanan Kesehatan yang disetujui oleh Kami) dan besarnya *Deductible*, dengan tunduk pada syarat dan ketentuan lainnya dalam Syarat-Syarat Pertanggunggunaan Tambahan; atau
 - 2) Apabila besarnya *Deductible* lebih besar dari *Eligible Claim*, maka Kami tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi apa pun.
- iv. Anda tidak dapat mengubah keberlakukannya Risiko Sendiri Tipe 1 ini tanpa persetujuan tertulis sebelumnya dari Kami. Jika Anda mengajukan permohonan untuk mengubah keberlakukannya Risiko Sendiri Tipe 1, Kami berhak untuk melakukan seleksi ulang risiko dan menyetujui atau menolak permohonan perubahan tersebut.

Risiko Sendiri

b. Risiko Sendiri Tipe 2 (*Co-Share* 20% atau *Deductible*, mana yang lebih besar)

- i. Ketentuan atau persyaratan Risiko Sendiri Tipe 2 berlaku jika hal tersebut tercantum dalam Tabel Manfaat.
- ii. Penerapan *Co-Share* atau *Deductible*, **mana yang lebih besar**, dilakukan berdasarkan ketentuan-ketentuan berikut ini:
 - 1) untuk setiap kejadian Rawat Inap atau Pembedahan untuk Penyakit atau cedera yang sama;
 - 2) berdasarkan *Eligible Claim*, dan bukan dihitung dari jumlah total klaim yang diajukan kepada Kami; dan
 - 3) setelah memperhitungkan Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), atau pihak lain yang memberikan pertanggung jawaban sejenis yang juga dicakup oleh Syarat-Syarat Pertanggung Jawaban Tambahan ini.
- iii.
 - 1) Apabila besarnya *Co-Share* atau *Deductible* (mana yang lebih besar) lebih kecil dari *Eligible Claim*, maka Kami akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa selisih dari *Eligible Claim* (total biaya Pelayanan Kesehatan yang disetujui oleh Kami) dan besarnya *Co-Share* atau *Deductible* (mana yang lebih besar); atau
 - 2) Apabila besarnya *Co-Share* atau *Deductible* (mana yang lebih besar) lebih besar dari *Eligible Claim*, maka Kami tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi apa pun.
- iv. Anda tidak dapat mengubah keberlakuan Risiko Sendiri Tipe 2, ini tanpa persetujuan tertulis sebelumnya dari Kami. Jika Anda mengajukan permohonan untuk mengubah keberlakuan Risiko Sendiri Tipe 2, Kami berhak untuk melakukan seleksi ulang risiko dan menyetujui atau menolak permohonan perubahan tersebut.

Fasilitas Indeksasi

1. Fasilitas Indeksasi merupakan fitur dalam Pertanggung Jawaban Tambahan ini yang bertujuan untuk menjaga kelangsungan Polis melalui mekanisme yang secara otomatis melakukan penyesuaian Premi Dasar Berkala, maksimal sebesar 30% dari Premi Dasar Berkala yang ada ("**Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi**"), yang Kami lakukan ketika Kami melakukan penyesuaian Biaya Asuransi untuk Pertanggung Jawaban Tambahan ini (yang bukan disebabkan oleh kenaikan Usia).
2. Jika terjadi penyesuaian Premi Dasar Berkala yang melebihi Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi, Kami akan mengirimkan pemberitahuan kepada Anda untuk meminta persetujuan dari Anda terkait selisih penyesuaian di atas Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi tersebut.



Jika Anda menyetujui selisih penyesuaian di atas Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi tersebut, Kami akan memberlakukan penyesuaian Premi Dasar Berkala sesuai persetujuan Anda; atau



Jika Anda tidak menyetujui selisih penyesuaian di atas Batas Fasilitas Indeksasi tersebut atau tidak memberikan tanggapan terhadap surat pemberitahuan tersebut pada tanggal yang tercantum dalam surat pemberitahuan tersebut, Kami akan memberlakukan penyesuaian Premi Dasar Berkala sebesar Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi, yaitu 30% dari Premi Dasar Berkala yang ada.

3. Jika Polis Anda memiliki Pertanggung Jawaban Tambahan dengan manfaat pembebasan Premi, penyesuaian Premi Dasar Berkala sesuai dengan Syarat-Syarat Fasilitas Indeksasi ini juga akan diikuti dengan penyesuaian Biaya Asuransi untuk Pertanggung Jawaban Tambahan tersebut sesuai dengan jumlah yang Kami tentukan.
4. Sehubungan dengan keberlakuan Fasilitas Indeksasi, Kami akan memberikan kepada Anda manfaat-manfaat berikut ini:
 - a. Jika Kami menyesuaikan Premi Dasar Berkala sebagaimana diatur dalam poin (1) dan/atau (2), Kami akan mengkreditkan Dana Flexi Benefit (1 kali) ke Akun Flexi Benefit sebesar yang diatur di bawah ini setelah Tanggal Efektif Penyesuaian Premi Dasar Berkala:

Plan	Dana Flexi Benefit
Classic	Rp150.000
Classic Plus	Rp150.000
Essential Pro	Rp250.000
Essential Plus	Rp250.000
Elite Pro	Rp500.000
Elite Plus	Rp500.000

b. Fasilitas Polis Tetap Berlaku

Fasilitas Polis Tetap Berlaku ini bertujuan untuk menjaga agar Polis Anda tetap berlaku meskipun Nilai Investasi Premi Dasar Berkala dan/atau Nilai Investasi Premi *Top-Up* (yang mana yang sesuai dengan ketentuan Polis Dasar) pada tanggal perhitungan terdekat sebelum pembebanan Biaya Asuransi dan Biaya Administrasi tidak mencukupi untuk membayar Biaya Asuransi dan Biaya Administrasi tersebut. Fasilitas Polis Tetap Berlaku ini akan Kami berikan sesuai dengan syarat dan ketentuan di bawah ini:

- i. Jika (a) Kami melakukan penyesuaian Premi Dasar Berkala maksimal sebesar Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi; atau (b) Anda menyetujui penyesuaian Premi Dasar Berkala di atas Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi sebagaimana dimaksud pada Syarat-Syarat Pertanggunggunaan Tambahan yang berlaku, maka Kami akan memberikan Fasilitas Polis Tetap Berlaku yang akan mulai berlaku sejak Tanggal Efektif Penyesuaian Biaya Asuransi dan tetap berlaku selama Fasilitas Indeksasi masih berlaku bagi Pertanggunggunaan Tambahan ini.
- ii. Jika Kami melakukan penyesuaian Premi Dasar Berkala melebihi Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi, namun Anda tidak menyetujui selisih penyesuaian Premi Dasar Berkala tersebut sebagaimana dimaksud Syarat-Syarat Pertanggunggunaan Tambahan yang berlaku (dalam kondisi mana, Kami akan tetap melakukan penyesuaian Premi Dasar Berkala maksimal sebesar Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi tersebut), Kami tidak akan memberikan Fasilitas Polis Tetap Berlaku.
- iii. Ketentuan pada Poin (i) dan (ii) di atas akan berlaku kembali pada setiap kali saat Kami melakukan penyesuaian Premi Dasar Berkala sesuai dengan Syarat-Syarat Fasilitas Indeksasi ini. Untuk menghindari keraguan, jika Kami telah memberikan Fasilitas Polis Tetap Berlaku kepada Anda sesuai dengan poin (i) di atas, dan kemudian Kami melakukan penyesuaian Premi Dasar Berkala melebihi Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi, namun Anda tidak menyetujui selisihnya (sebagaimana diatur dalam poin (ii) di atas), maka Fasilitas Polis Tetap Berlaku yang telah Kami berikan kepada Anda akan secara otomatis berakhir pada Tanggal Efektif Penyesuaian Biaya Asuransi.

iv. Anda selalu memenuhi seluruh syarat dan ketentuan berikut sejak Tanggal Efektif Penyesuaian Biaya Asuransi dan selama masa berlaku Fasilitas Polis Tetap Berlaku:

- 1) Premi Dasar Berkala dan/atau Premi *Top Up* Berkala (jika ada) selalu dibayar lunas paling lambat dalam masa leluasa pembayaran Premi Dasar Berkala (*Grace Period*) atau Polis tidak pernah berakhir (*Lapse*).
- 2) Tidak pernah melakukan Cuti Premi (*Premium Holiday*).
- 3) Tidak pernah melakukan penarikan sebagian Nilai Investasi.
- 4) Tidak pernah melakukan Pemulihan Polis.
- 5) Tidak pernah melakukan perubahan kenaikan Uang Pertanggunggunaan, untuk Asuransi Dasar dan/atau Pertanggunggunaan Tambahan, penambahan Manfaat Pertanggunggunaan dan/atau perubahan peningkatan *Plan* kecuali jika perubahan tersebut juga diikuti dengan penyesuaian Premi Dasar Berkala dan/atau Premi *Top Up* Berkala sesuai dengan jumlah yang Kami tentukan.
- 6) Tidak pernah melakukan penurunan jumlah Premi Dasar Berkala dan/atau Premi *Top Up* Berkala.

Jika salah satu atau lebih persyaratan di atas tidak terpenuhi, maka Fasilitas Polis Tetap Berlaku akan berakhir secara otomatis.

v. Jika Polis Anda sudah memiliki Fasilitas Polis Tetap Berlaku sebelum Tanggal Efektif Penyesuaian Biaya Asuransi, masa berlaku Fasilitas Polis Tetap Berlaku akan mengikuti masa berlaku yang lebih lama antara Fasilitas Polis Tetap Berlaku yang telah ada sebelumnya atau Fasilitas Polis Tetap Berlaku yang Kami berikan berdasarkan Syarat-Syarat Fasilitas Indeksasi ini.

5. Fasilitas Indeksasi ini akan terus berlaku selama Masa Asuransi untuk Pertanggunggunaan Tambahan ini. Namun demikian, Anda dapat mengajukan permohonan kepada Kami untuk mengakhiri Fasilitas Indeksasi ini 30 hari sebelum Ulang Tahun Pertanggunggunaan Tambahan. Pengakhiran tersebut akan berlaku efektif pada Ulang Tahun Pertanggunggunaan Tambahan terdekat berikutnya setelah Kami menerima permohonan Anda.

Layanan *Expert Medical Opinion*

Ruang Lingkup Layanan *Expert Medical Opinion*

Layanan *Expert Medical Opinion* dapat digunakan oleh Tertanggung dengan tunduk pada Batas Dalam Tabel Manfaat. Layanan *Expert Medical Opinion* ini hanya dapat digunakan Tertanggung dalam hal:



01

Tertanggung ingin memahami atau memvalidasi situasi medis yang serius dan kompleks;

02

Tertanggung perlu membuat keputusan medis, seperti Pembedahan atau tindakan medis penting lainnya;

03

Tertanggung didiagnosis menderita penyakit kritis dan ingin mempelajari pengobatan alternatif lain; dan/atau

04

Tertanggung perlu mencari pendapat tentang pengobatan.

Untuk Informasi lebih lengkap mengenai Layanan *Expert Medical Opinion*, silahkan akses link berikut <https://alz.id/EMO>

Layanan Bantuan Medis (*Medical Assistance*)

Ruang Lingkup Layanan Bantuan Medis (*Medical Assistance*)

Layanan di bawah ini akan diberikan kepada Tertanggung apabila Tertanggung meninggal dunia, mengalami Kecelakaan, menderita Penyakit, yang terjadi selama periode berlakunya Layanan Bantuan Medis ini dengan ketentuan bahwa:



1

Tertanggung sedang melakukan perjalanan > 100 kilometer dari Tempat Tinggalnya atau ketika Tertanggung berada di luar negeri, untuk jangka waktu yang tidak melebihi 90 hari; dan

2

Tertanggung harus menghubungi Bantuan Darurat 24 Jam melalui nomor telepon yang tercantum pada kartu bantuan medis.

Untuk Informasi lebih lengkap mengenai Layanan Bantuan Medis silahkan akses link berikut <https://www.allianz.co.id/layanan/customer-service/evaluasi-medis.html#>

Layanan Tanya Dokter Online Terkait Kesehatan Mental & Gizi

Layanan Tanya Dokter Online ini memberikan layanan konsultasi Dokter online yang dapat digunakan oleh Tertanggung, dengan:



- Psikolog klinis
- Psikiater
- Spesialis gizi klinik

Manfaat ini tidak termasuk obat-obatan yang diresepkan dan/atau pemeriksaan lanjutan yang dirujuk oleh Dokter online tersebut.

Tabel Manfaat

Dalam Ribuan Rupiah (Rp'000)

MANFAAT***	PENJELASAN SINGKAT	CLASSIC	CLASSIC PLUS	ESSENTIAL PRO	ESSENTIAL PLUS	ELITE PRO	ELITE PLUS
WILAYAH PERTANGGUNGAN		INDONESIA	INDONESIA	ASIA, KECUALI HONG KONG, SINGAPURA, JEPANG	ASIA, KECUALI HONG KONG, SINGAPURA, JEPANG	ASIA + AUSTRALIA	ASIA + AUSTRALIA
MANFAAT MENINGGAL DUNIA		25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000
MANFAAT RAWAT INAP ATAU PEMBEDAHAN							
Kamar dan Akomodasi	Tidak ada batas maksimum hari	Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 2 tempat tidur dan kamar mandi di dalam dengan Batas Harga Kamar	Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 1 tempat tidur dan kamar mandi di dalam dengan Batas Harga Kamar	Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 1 tempat tidur (di Indonesia) / 2 tempat tidur (di luar Indonesia) dan kamar mandi di dalam dengan Batas Harga Kamar	Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 1 tempat tidur dan kamar mandi di dalam dengan Batas Harga Kamar	Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 1 tempat tidur (di Indonesia) / 2 tempat tidur (di luar Indonesia) dan kamar mandi di dalam dengan Batas Harga Kamar	Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 1 tempat tidur dan kamar mandi di dalam dengan Batas Harga Kamar
	Batas Harga Kamar	700	1.300	900	1.300	1.100	1.650
Kamar ICU/ICCU mencakup NICU/ PICU/ HDU/Intermediary Ward/ Kamar Isolasi, unit stroke atau unit perawatan lain		Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Pembedahan, termasuk Perawatan Bedah Sehari							
Prostesis dan Implan							
Biaya Kunjungan Dokter							
Biaya Lain-lain Rawat Inap							
Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap**	Per 1 tahun Pertanggung Tambahan; Maks. 60 hari Sebelum Rawat Inap						
Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap**	Per 1 tahun Pertanggung Tambahan; Maks. 90 hari Setelah Rawat Inap						
Perawatan Fisioterapi Rawat Jalan**	Per 1 tahun Pertanggung Tambahan; Maks. 60 hari Sebelum Rawat Inap Maks. 90 hari Setelah Rawat Inap						
Alternative Inpatient Care ("Perawatan di Rumah")**	Per 1 tahun Pertanggung Tambahan	100.000	100.000	200.000	200.000	300.000	300.000
Rehabilitasi Lanjutan**	Per 1 tahun Pertanggung Tambahan; Maks. 90 hari Setelah Manfaat Perawatan Fisioterapi Rawat Jalan berakhir	15.000	15.000	15.000	15.000	25.000	25.000
Pengobatan Tradisional	Per 1 tahun Pertanggung Tambahan; Selama Rawat Inap, Maks. 90 hari Setelah Rawat Inap	15.000 maksimum 1.000 untuk Obat-obatan per Rawat Inap	15.000 maksimum 1.000 untuk Obat-obatan per Rawat Inap	15.000 maksimum 1.000 untuk Obat-obatan per Rawat Inap	15.000 maksimum 1.000 untuk Obat-obatan per Rawat Inap	25.000 maksimum 1.000 untuk Obat-obatan per Rawat Inap	25.000 maksimum 1.000 untuk Obat-obatan per Rawat Inap
Konsultasi Psikiater Rawat Jalan**	Per 1 tahun Pertanggung Tambahan; Maks. 90 hari Setelah Rawat Inap	15.000	15.000	15.000	15.000	25.000	25.000
Santunan Harian Rawat Inap*	Per hari; maks. 90 hari Per 1 tahun Pertanggung Tambahan	350	650	350	650	550	850
Biaya Ambulan Lokal		Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
PERAWATAN PENYAKIT KRITIS							
Perawatan Dialisis**		Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Transplantasi Organ							
Donor Transplantasi Organ**							
Perawatan Kanker termasuk Pemeriksaan Remisi Kanker & Tes Laboratorium ("Manfaat Perawatan Kanker")	Perawatan Remisi Kanker, Maks. 5 tahun sejak akhir perawatan aktif						
Perawatan HIV/AIDS	Per 1 tahun Pertanggung Tambahan	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
Perawatan Paliatif	Per 1 tahun Pertanggung Tambahan	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000
MANFAAT PERAWATAN DARURAT							
Rawat Inap karena Darurat atau Kecelakaan Di Luar Wilayah Pertanggung**	Berlaku di seluruh dunia kecuali Amerika Serikat Dalam waktu 48 jam sejak mengalami Kecelakaan atau keadaan Darurat	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Rawat Jalan karena Darurat atau Kecelakaan termasuk Perawatan Gigi akibat dari Kecelakaan, Di Dalam dan Di Luar Wilayah Pertanggung**	Berlaku di seluruh dunia kecuali Amerika Serikat Dalam waktu 48 jam sejak mengalami Kecelakaan atau keadaan Darurat	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Rawat Jalan lanjutan karena Darurat atau Kecelakaan**	Berlaku di seluruh dunia kecuali Amerika Serikat Perawatan Rawat Jalan dalam 30 hari sejak Kecelakaan atau keadaan Darurat.						

*Dimasukan ke dalam "Akun Flexi Benefit".

**Klaim hanya dapat dilakukan secara *reimbursement*.

***Manfaat Asuransi yang dijelaskan di atas tunduk pada syarat dan ketentuan dalam Syarat-Syarat Pertanggung Tambahan Allianz Flexi Medical Plan.

Tabel Manfaat

Dalam Ribuan Rupiah (Rp'000)

MANFAAT****	PENJELASAN SINGKAT	CLASSIC	CLASSIC PLUS	ESSENTIAL PRO	ESSENTIAL PLUS	ELITE PRO	ELITE PLUS
MANFAAT TAMBAHAN							
Peralatan Medis yang Tahan Lama**	Per 1 tahun Pertanggung Tambahan; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
Anggota Tubuh Artifisial**	Per 1 tahun Pertanggung Tambahan; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000
LAYANAN****							
Layanan <i>Expert Medical Opinion</i>		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Layanan Bantuan Medis (<i>Medical Assistance</i>)		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Layanan Tanya Dokter Online terkait Kesehatan Mental dan Gizi	12 kali per 1 tahun Pertanggung Tambahan	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Batas Manfaat Tahunan		10.000.000	10.000.000	15.000.000	15.000.000	20.000.000	20.000.000
Risiko Sendiri Tipe 1	Per Rawat Inap/Pembedahan Berlaku jika Pemegang Polis memilih Risiko Sendiri Tipe 1	<i>Deductible</i> sebesar Rp15 Juta	<i>Deductible</i> sebesar Rp15 Juta	<i>Deductible</i> sebesar Rp20 Juta	<i>Deductible</i> sebesar Rp20 Juta	<i>Deductible</i> sebesar Rp25 Juta	<i>Deductible</i> sebesar Rp25 Juta
Risiko Sendiri Tipe 2	Per Rawat Inap/Pembedahan Berlaku jika Pemegang Polis memilih Risiko Sendiri Tipe 2	Mana yang lebih besar antara <i>Deductible</i> sebesar Rp 15 Juta atau <i>Co-Share</i> 20%	Mana yang lebih besar antara <i>Deductible</i> sebesar Rp 15 Juta atau <i>Co-Share</i> 20%	Mana yang lebih besar antara <i>Deductible</i> sebesar Rp 20 Juta atau <i>Co-Share</i> 20%	Mana yang lebih besar antara <i>Deductible</i> sebesar Rp 20 Juta atau <i>Co-Share</i> 20%	Mana yang lebih besar antara <i>Deductible</i> sebesar Rp 25 Juta atau <i>Co-Share</i> 20%	Mana yang lebih besar antara <i>Deductible</i> sebesar Rp 25 Juta atau <i>Co-Share</i> 20%
Fasilitas Tambahan Flexi Benefit*	Persentase tertentu dari Biaya Asuransi Allianz Flexi Medical Plan yang dibayarkan di tahun Polis sebelumnya akan dimasukkan atau dikreditkan ke dalam Akun Flexi Benefit	Tahun ke-1: 5% Tahun ke-2: 10%, Tahun ke-3 dan seterusnya: 20%	Tahun ke-1: 5% Tahun ke-2: 10%, Tahun ke-3 dan seterusnya: 20%	Tahun ke-1: 5% Tahun ke-2: 10%, Tahun ke-3 dan seterusnya: 20%	Tahun ke-1: 5% Tahun ke-2: 10%, Tahun ke-3 dan seterusnya: 20%	Tahun ke-1: 5% Tahun ke-2: 10%, Tahun ke-3 dan seterusnya: 20%	Tahun ke-1: 5% Tahun ke-2: 10%, Tahun ke-3 dan seterusnya: 20%
Flexi Benefit	Dapat digunakan sejak Tahun Pertanggung Tambahan ke-3	Tersedia selama memenuhi ketentuan					

*) Dimasukan ke dalam "Akun Flexi Benefit".

***) Klaim hanya dapat dilakukan secara *reimbursement*.

****) Manfaat Asuransi yang dijelaskan di atas tunduk pada syarat dan ketentuan dalam Syarat-Syarat Pertanggung Tambahan Allianz Flexi Medical Plan.

*****) Layanan ini adalah layanan tambahan yang disediakan oleh perusahaan rekanan yang ditunjuk oleh Penanggung, dan dapat diubah atau dihentikan dari waktu ke waktu. Penanggung tidak bertanggung jawab atas layanan yang disediakan oleh perusahaan rekanan tersebut.

Syarat & Ketentuan

Tipe Produk	Asuransi Kesehatan Tambahan (<i>rider</i>).
Usia Masuk Tertanggung (ulang tahun terdekat)	Minimal Usia 1 bulan - 70 tahun.
Masa Pertanggung	<ul style="list-style-type: none">Tertanggung mencapai Usia 50 tahun, khusus untuk masa pertanggung Allianz Flexi Medical Plan 50.Tertanggung mencapai Usia 80 tahun, khusus untuk masa pertanggung Allianz Flexi Medical Plan 80.Tertanggung mencapai Usia 100 tahun, khusus untuk masa pertanggung Allianz Flexi Medical Plan 100.
Mata Uang	Rupiah.
Cara Pembayaran Premi	Mengikuti ketentuan produk dasar.
Grace Period	Mengikuti ketentuan produk dasar.
Masa Asuransi	Tahunan, dapat diperpanjang otomatis hingga usia 100 tahun (ulang tahun terdekat).
Masa Pembayaran Premi	Masa Pembayaran Premi mengikuti Masa Pertanggung.
Underwriting	<i>Full Underwriting</i> .
Periode Eliminasi Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker	Kanker yang tanda-tanda atau gejalanya muncul, baik disadari atau tidak disadari oleh Tertanggung, atau yang telah didiagnosis atau mendapat perawatan atau pengobatan dalam waktu 3 bulan sejak (i) Tanggal Mulai Berlaku; (ii) tanggal Pemulihan Polis; atau (iii) tanggal disetujuinya secara tertulis peningkatan <i>Plan</i> atas Pertanggung Tambahan, mana yang paling akhir.

Syarat & Ketentuan

Penyakit selain Penyakit Khusus, HIV/AIDS, dan Penyakit kanker/Manfaat Perawatan Kanker
30 hari*

Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker
9 bulan**.

Penyakit Khusus dan HIV/AIDS
12 bulan*

Tidak ada masa tunggu untuk perawatan kecelakaan.

*) Sejak Tanggal Mulai Berlaku, tanggal Pemulihan Polis, atau tanggal disetujuinya secara tertulis peningkatan *plan* Pertanggung Tambahan, mana yang paling akhir terjadi.

**) Sejak Periode Eliminasi berakhir.

Masa Tunggu

Definisi

Risiko Sendiri

Bagian dari *Eligible Claim* yang harus dibayar oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung untuk setiap Rawat Inap atau Pembedahan yang dilakukan oleh Tertanggung sebelum Kami berkewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi berdasarkan Syarat-Syarat Pertanggung Tambahan ini. Risiko Sendiri terdiri dari Risiko Sendiri Tipe 1 dan Risiko Sendiri Tipe 2, yang masing-masing diatur lebih lanjut dalam Syarat-Syarat Pertanggung Tambahan ini.

Deductible

Bagian dari *Eligible Claim* yang harus dibayar oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung untuk setiap Rawat Inap atau Pembedahan yang dilakukan oleh Tertanggung sebelum Kami berkewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi berdasarkan Syarat-Syarat Pertanggung Tambahan ini. Jumlah *Deductible* tersebut dijelaskan dalam Tabel Manfaat sesuai dengan *Plan*.

Co-Share

Bagian dari *Eligible Claim* yang harus Pemegang Polis dan/atau Tertanggung bayar sendiri sebagai akibat dari:

- Pelayanan Kesehatan yang dilakukan oleh Tertanggung di Rumah Sakit/Klinik Dalam Cakupan *Co-Share*;
- Pemberlakuan atau penerapan Risiko Sendiri Tipe 2 sesuai dengan Syarat-Syarat Pertanggung Tambahan ini; dan/atau
- Pelayanan Kesehatan yang berdasarkan Syarat-Syarat Manfaat Tambahan dikenakan *Co-Share*.

Ilustrasi



Bapak Rangga

Usia Masuk 30 tahun

Asuransi Dasar	: SmartLink Protection Life
Uang Pertanggungan Asuransi Dasar	: Rp500.000.000
Premi Dasar Berkala	: Rp19.500.000

Plan Asuransi Tambahan Allianz Flexi Medical Plan yang dipilih Essential Pro	Biaya Asuransi Tambahan Allianz Flexi Medical Plan Tahun ke-1 Rp733.500/bulan	Risiko Sendiri Rp20.000.000
--	---	---------------------------------------

Bapak Rangga terdiagnosis penyakit kanker hati pada tahun ke-2 setelah membeli Pertanggungan Tambahan Allianz Flexi Medical Plan.

Bapak Rangga menjalani pemeriksaan diagnosis untuk menentukan perawatan tahap selanjutnya.

60 hari kemudian Bapak Rangga menjalani perawatan kanker selama 30 hari di Rumah Sakit.

Asumsi biaya yang timbul atas perawatan kanker Bapak Rangga selama 30 hari

Manfaat	Biaya	Total Biaya (Per 30 hari)
Kamar (1 tempat tidur terendah)	Rp900.000/hari	Rp27.000.000
Kunjungan Dokter	Rp500.000/hari	Rp15.000.000
Kemoterapi	Rp50.000.000/paket	Rp50.000.000
Radioterapi	Rp60.000.000/tindakan	Rp60.000.000
Biaya lain-lain Rawat Inap	Rp20.000.000	Rp20.000.000
Total Tagihan		Rp172.000.000
Eligible Claim		Rp172.000.000

Rp172.000.000 – Rp20.000.000 (Risiko Sendiri Tipe 1 (Deductible))
= **Rp152.000.000 Ditanggung oleh Allianz Flexi Medical Plan**

Klaim

Klaim Reimbursement

Pelayanan Kesehatan harus dilakukan oleh Tertanggung di salah satu Rumah Sakit yang tercantum dalam Daftar Rumah Sakit Dan Klinik namun tidak termasuk dalam Rumah Sakit/Klinik Di Luar Cakupan Pertanggungan. **Kami berhak untuk menolak klaim apabila Pelayanan Kesehatan dilakukan oleh Tertanggung di Rumah Sakit/Klinik Di Luar Cakupan Pertanggungan.**

Dokumen Klaim Reimbursement

Tertanggung atau Anda harus mengajukan kepada Kami dokumen-dokumen klaim Pelayanan Kesehatan berikut ini:

- Fotokopi Identitas diri Tertanggung berupa Akte lahir (anak-anak), Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia (dewasa), dan paspor untuk warga negara asing (dewasa);
- Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan yang telah diisi lengkap dan benar dan ditandatangani oleh Tertanggung dan/atau Anda;
- Formulir Resume Medis yang telah diisi lengkap dan telah ditandatangani oleh Dokter yang merawat dengan cap/stempel asli dari Rumah Sakit;
- Bukti pembayaran asli atas perawatan berupa kuitansi asli beserta rincian biaya-biaya masing-masing tindakan dan/atau Pelayanan Kesehatan;
- Salinan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik;
- Salinan resep yang berkaitan dengan perawatan;
- Surat rujukan dari Dokter untuk perawatan dan pengobatan ke Dokter Spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan fisioterapi;
- Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan/atau Data Medik; dan
- Dokumen lain yang menunjang, jika diperlukan.

Seluruh dokumentasi klaim harus dibuat dan dikirimkan kepada Kami dalam waktu paling lama 30 hari kalender sejak tanggal penagihan atau tanggal Tertanggung meninggalkan Rumah Sakit, yang mana yang terjadi paling akhir.

Dalam hal ketentuan ini tidak dipenuhi, Kami tidak akan membayarkan klaim Tertanggung.

Kami berhak untuk mendapatkan segala dokumen tambahan/keterangan/catatan medis dari Tertanggung, Anda, Rumah Sakit dan/atau pihak lain sehubungan dengan diagnosis dan/atau Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada Tertanggung dan/atau data Tertanggung yang berhubungan dengan Syarat-Syarat Pertanggungan Tambahan ini.

Apabila klaim disetujui oleh Kami, Kami akan membayarkan kepada Tertanggung atas klaim tersebut dalam waktu paling lama 7 hari kerja sejak dokumen klaim telah Kami terima dengan benar dan lengkap.

Sesuai dengan ketentuan Syarat-Syarat Pertanggungan Tambahan, Kami berhak untuk meminta pendapat dari seorang Dokter independen terhadap klaim yang diajukan oleh Tertanggung, termasuk untuk meminta Tertanggung melakukan pemeriksaan ulang pada Dokter atau laboratorium yang ditunjuk oleh Kami.

Klaim *Cashless*

Fasilitas *Cashless* dapat digunakan oleh Tertanggung untuk Pelayanan Kesehatan yang dilakukan secara Rawat Inap sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat dan sesuai dengan *Plan* yang Anda pilih.

Untuk memanfaatkan Fasilitas *Cashless*, berlaku dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Tertanggung wajib menjalani Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan yang dapat menyediakan Fasilitas *Cashless* sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang Kami tetapkan dari waktu ke waktu;
- b. Tertanggung menunjukkan Kartu Tertanggung dan identitas diri lainnya kepada Jaringan Layanan Kesehatan tersebut pada saat akan melakukan Pelayanan Kesehatan;
- c. Jaringan Layanan Kesehatan tersebut akan melakukan proses verifikasi dengan Kami sebelum Jaringan Layanan Kesehatan memberikan Pelayanan Kesehatan;
- d. Anda/Tertanggung dan/atau Jaringan Layanan Kesehatan harus menyediakan informasi, dokumen dan/atau data medis sehubungan dengan rencana Pelayanan Kesehatan tersebut. Atas informasi, dokumen dan/atau data medis yang diberikan, Kami akan melakukan pemeriksaan awal untuk menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang diminta termasuk dalam cakupan Pertanggung Tambahan. Setelah Kami melakukan pemeriksaan awal:
 1. Jika Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Pertanggung Tambahan, Kami akan menerbitkan surat persetujuan Rawat Inap kepada Jaringan Layanan Kesehatan. Namun demikian, Kami dapat membatalkan surat persetujuan Rawat Inap pada setiap saat jika Pelayanan Kesehatan yang terjadi tidak sesuai dengan ketentuan Syarat-Syarat Pertanggung Tambahan atau jika terdapat indikasi bahwa diagnosis perawatan termasuk dalam hal-hal yang tidak dijamin atau dikecualikan dalam Pertanggung Tambahan; atau
 2. Jika Kami belum dapat menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Pertanggung Tambahan, Kami berhak untuk tidak menerbitkan surat persetujuan Rawat Inap sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan yang akan dilakukan oleh Tertanggung. Namun demikian, Tertanggung dapat mengajukan klaim atas biaya Pelayanan Kesehatan tersebut kepada Kami secara *Reimbursement*, sesuai dengan prosedur pengajuan klaim secara *Reimbursement* sebagaimana diatur dalam Syarat-Syarat Pertanggung Tambahan.

Catatan:

- i. Sebelum Tertanggung meninggalkan Rumah Sakit, Anda dan/atau Tertanggung harus membayar seluruh biaya Pelayanan Kesehatan yang tidak ditanggung (Ekses Klaim) berdasarkan Pertanggung Tambahan (termasuk biaya yang timbul sebagai akibat diberlakukannya ketentuan Pembayaran Pro Rata sebagaimana dimaksud dalam Syarat-Syarat Pertanggung Tambahan ini);

- ii. Fasilitas *Cashless* merupakan layanan atau fasilitas tambahan untuk memudahkan Tertanggung dalam melakukan Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan yang dapat menyediakan Fasilitas *Cashless*. Oleh karena itu, Kami sewaktu-waktu berhak untuk membatasi atau menghentikan Fasilitas *Cashless* ini dan/atau menentukan tata cara atau prosedur Fasilitas *Cashless* berdasarkan Pertanggung Tambahan ini.

Klaim Manfaat Meninggal Dunia

Pengajuan klaim pembayaran manfaat Meninggal Dunia wajib dilengkapi dengan berkas-berkas antara lain:

- a. Formulir klaim meninggal dunia yang harus diisi dengan lengkap dan benar oleh Penerima Manfaat;
- b. Formulir klaim meninggal dunia yang harus diisi dengan lengkap dan benar oleh Dokter yang melakukan perawatan atas Tertanggung;
- c. Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan/atau Data Medik yang diisi dan ditandatangani di atas meterai oleh Penerima Manfaat.
- d. Fotokopi Surat Keterangan Meninggal dari Instansi Pemerintahan yang berwenang (Kutipan Akte Kematian).
- e. Fotokopi Surat Keterangan dari Kepolisian dalam hal penyebab kematian Tertanggung yang tidak wajar, tidak diketahui atau karena Kecelakaan, serta hasil autopsi atau visum dari Dokter.
- f. Surat pernyataan yang menjelaskan kronologis kematian Tertanggung yang disiapkan secara lengkap dan benar serta ditandatangani oleh Penerima Manfaat (apabila Tertanggung meninggal dunia di rumah tanpa perawatan Dokter).
- g. Fotokopi hasil pemeriksaan medis yang terkait dengan Pertanggung Tambahan/pengajuan klaim ini sehubungan dengan tindakan medis, perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang dilakukan dan/atau diterima oleh Tertanggung.
- h. Formulir pemberitahuan nomor rekening yang telah diisi secara lengkap dan benar oleh Penerima Manfaat, dan fotokopi buku rekening Penerima Manfaat.
- i. Fotokopi identitas diri Tertanggung berupa Akte lahir (anak-anak), Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia (dewasa), dan paspor untuk warga negara asing (dewasa).
- j. Fotokopi identitas diri Penerima Manfaat berupa Akte lahir (anak-anak), Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia (dewasa), dan paspor untuk warga negara asing (dewasa).
- k. Fotokopi dokumen pendukung yang menjelaskan hubungan antara Tertanggung dengan Penerima Manfaat.
- l. Dokumen lainnya (jika diperlukan).

Klaim

Catatan:

- Klaim Manfaat Meninggal Dunia akan Kami bayarkan selambat-lambatnya 14 hari kerja sejak Klaim Kami setuju dan dokumen klaim telah Kami terima dengan benar dan lengkap.
- Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani serta dokumen pendukung lainnya sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam Syarat-Syarat Pertanggungan Tambahan dan formulir klaim harus sudah diterima di Kantor Pusat Kami di Jakarta paling lambat 60 hari setelah tanggal terjadinya risiko. Keterlambatan penyampaian klaim dan/atau berkas-berkas klaim tidak akan menggugurkan keabsahan klaim, asalkan alasan keterlambatan dapat dibuktikan dan diterima secara wajar.

Ekses Klaim

Saat meninggalkan Rumah Sakit, Anda dan/atau Tertanggung bertanggung jawab untuk membayar biaya yang tidak ditanggung (Ekses Klaim) dalam Pertanggungan Tambahan ini. Anda dan/atau Tertanggung tidak terbebas dari kewajiban membayar Ekses Klaim dan harus tetap bertanggung jawab untuk membayar Ekses Klaim apabila:

- a. Anda dan/atau Tertanggung tidak membayar Ekses Klaim tersebut pada saat Tertanggung meninggalkan Rumah Sakit; atau
- b. Setelah Kami menerima dokumen klaim dari Rumah Sakit, Kami menemukan bahwa Rumah Sakit tidak menagihkan atau terdapat kekurangan dalam menagihkan Ekses Klaim kepada Anda dan/atau Tertanggung.

Catatan:

Dalam hal tersebut di atas, Kami akan menagihkan Ekses Klaim tersebut kepada Anda. Anda dan/atau Tertanggung harus membayar Ekses Klaim tersebut kepada Kami dalam waktu 14 hari sejak tagihan Ekses Klaim tersebut. Kami tidak akan membayar Manfaat Asuransi apapun dan/atau memberikan Fasilitas Cashless selanjutnya apabila Kami belum menerima pembayaran Ekses Klaim tersebut setelah 14 hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim tersebut. Jika Anda dan/atau Tertanggung belum membayar tagihan Ekses Klaim tersebut dalam waktu 30 hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim, Kami akan mengakhiri Pertanggungan Tambahan Anda. Pengakhiran Pertanggungan Tambahan tidak menghilangkan kewajiban Anda dan/atau Tertanggung untuk membayar tagihan yang terhutang kepada Kami.

Pengecualian

1. Kami tidak berkewajiban membayar Manfaat Meninggal Dunia berdasarkan Polis apabila Tertanggung meninggal dunia disebabkan secara langsung maupun tidak langsung karena:
 - a. Tertanggung meninggal dunia karena bunuh diri dalam jangka waktu 1 tahun sejak Tanggal Mulai Berlaku atau tanggal Pemulihan Polis (mana yang paling akhir; atau
 - b. Tertanggung meninggal dunia dalam Masa Asuransi karena dihukum mati oleh pengadilan, atau karena dengan sengaja melakukan atau turut serta dalam suatu tindak kejahatan atau suatu percobaan tindak kejahatan, baik aktif maupun tidak, atau apabila Tertanggung meninggal dunia akibat tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki atau turut memiliki kepentingan dalam Syarat-Syarat Pertanggungan Tambahan.
2. Kami tidak akan membayar setiap Manfaat Asuransi untuk setiap perawatan, pengobatan, dan/atau Pelayanan Kesehatan, yang berhubungan dengan:
 - a. Perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang terjadi sebelum Tanggal Mulai Berlaku;
 - b. Semua perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang berhubungan dengan Kondisi *Pre-Existing*, termasuk komplikasinya.
 - c. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang terjadi sebelum Masa Tunggu berakhir dengan ketentuan sebagai berikut:
 - i. Masa Tunggu untuk setiap Manfaat Asuransi (kecuali diatur lain dalam Syarat-Syarat Pertanggungan Tambahan ini) adalah 30 hari;
 - ii. Masa Tunggu untuk Manfaat Perawatan HIV/ AIDS adalah 12 bulan; dan
 - iii. Masa Tunggu untuk Penyakit kanker atau Manfaat Perawatan Kanker adalah 9 bulan setelah berakhirnya Periode Eliminasi (sebagaimana dijelaskan pada huruf d dibawah ini).
 - d. Kanker yang tanda-tanda atau gejalanya muncul, baik disadari atau tidak disadari oleh Tertanggung, atau yang telah didiagnosis atau mendapat perawatan atau pengobatan dalam waktu 3 bulan sejak, mana yang paling akhir (i) Tanggal Mulai Berlaku; (ii) tanggal Pemulihan Polis; atau (iii) tanggal disetujuinya secara tertulis peningkatan *Plan* dalam Pertanggungan Tambahan oleh Kami sebagaimana dicantumkan dalam Endosemen (jika ada ("Periode Eliminasi").

Untuk menghindari keraguan, Penyakit, kondisi, atau cedera, keadaan kesehatan atau ketidakmampuan yang termasuk dalam Kondisi *Pre-Existing* atau jika pengecualian lainnya dalam Polis berlaku, Pertanggungan Tambahan berdasarkan Syarat-Syarat Pertanggungan Tambahan tidak berlaku (meskipun Pelayanan Kesehatan untuk Penyakit, kondisi, atau cedera, keadaan kesehatan atau ketidakmampuan tersebut dilakukan setelah berakhirnya Masa Tunggu).

Dalam hal kanker (termasuk tanda-tanda atau gejalanya) terjadi atau muncul dalam Periode Eliminasi, Kami tidak akan membayar setiap Manfaat Asuransi untuk setiap Pelayanan Kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan kanker tersebut, termasuk Pelayanan Kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan yang dilakukan setelah Periode Eliminasi dan Masa Tunggu untuk Penyakit kanker.

Pengecualian

- e. Penyakit – penyakit khusus (apapun penyebabnya termasuk Kecelakaan), kecuali Pertanggung Tambahan ini telah berlaku selama 12 bulan berturut-turut, terhitung sejak, mana yang paling akhir (i) Tanggal Mulai Berlaku; (ii) tanggal Pemulihan Polis; atau (iii) tanggal disetujuinya secara tertulis peningkatan *Plan* atas Pertanggung Tambahan ini oleh Kami sebagaimana dicantumkan dalam Endosemen (jika ada). Penyakit-penyakit khusus tersebut di antaranya:
- Batu di Ginjal, Saluran/Kandung Kemih, Saluran/Kandung Empedu;
 - Penyakit jantung, Pembuluh darah jantung dan Pembuluh darah otak (contoh : Gagal jantung, Penyakit Jantung Koroner, Stroke);
 - Katarak;
 - Segala jenis tumor jinak/massa/kista/polip;
 - Penyakit amandel atau adenoid dan kondisi abnormal dari rongga hidung, septum intranasal atau konka turbin, termasuk sinus yang mengakibatkan intervensi bedah;
 - Kencing Manis;
 - Tuberkulosis dan semua komplikasinya;
 - Gangguan Kelenjar Tiroid;
 - Hipertensi, Hiperlipidemia (contoh: Hiperkolesterol, Hipertrigliserid)
 - Gagal Ginjal Kronis;
 - Segala jenis Hernia, *Intervertebral Disc prolaps*;
 - Segala jenis gangguan hematologi, *autoimmune*;
 - Wasir;
 - Semua jenis gangguan sistem reproduksi pria atau wanita, termasuk namun tidak terbatas pada fibroid/mioma di rahim; atau
 - Tukak lambung (ulkus peptikum)

Untuk menghindari keraguan, jika Penyakit-penyakit khusus tersebut termasuk dalam Kondisi *Pre Existing* atau pengecualian-pengecualian lainnya dalam Pertanggung Tambahan berlaku, Kami tidak akan membayar Manfaat Asuransi sehubungan dengan Penyakit-penyakit khusus tersebut meskipun Pertanggung Tambahan telah berlaku selama 12 bulan berturut-turut;

- f. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang tidak Dibutuhkan Secara Medis dan/atau yang menimbulkan biaya yang melebihi Biaya Yang Wajar;
- g. Gangguan mental, perilaku, kejiwaan, psikologis atau syaraf termasuk tetapi tidak terbatas pada *anxiety*, anorexia, depresi, stres, psikosis, neurosis, fatigue, komplikasi kejiwaan fisik, psikogeriatik dan manifestasi fisiologis atau psikosomatis, perawatan pada saat Tertanggung di bawah pengaruh atau terlibat dalam penggunaan narkotika, alkohol, psikotropika, racun, gas, atau kecanduan atas bahan – bahan sejenis atau Obat – obatan selain digunakan sebagai obat menurut resep Dokter.
- h. Kehamilan (pra/selama/pasca kehamilan) termasuk komplikasi kehamilan karena Kecelakaan, keguguran atau kelahiran, penghentian kehamilan, perawatan pra-kehamilan atau setelah melahirkan, atau komplikasi disfungsi atau kekurangan, kontrasepsi, sterilisasi, metode pengaturan kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, dan semua jenis bantuan prosedur reproduksi, semua terapi hormonal yang berhubungan dengan syndrome premenopause, termasuk semua komplikasi yang terjadi.

Pengecualian

- i. Perawatan dan/atau pengobatan untuk mengurangi atau menambah berat badan termasuk semua komplikasi yang terjadi.
- j. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kosmetik, termasuk bedah plastik kecuali untuk bedah plastik rekonstruksi fungsional yang Dibutuhkan Secara Medis yang dilakukan dalam kurun waktu 6 bulan sejak tanggal Pembedahan yang dilakukan sebelum dan terkait dengan tindakan bedah plastik rekonstruksi fungsional tersebut.
- k. Pemeriksaan mata, kelainan refraksi mata termasuk miopia, dan/atau pembelian/penyewaan kacamata/lensa (termasuk tetapi tidak terbatas pada lensa non monofokal yang digunakan sebagai akibat dari operasi katarak), kecuali untuk perawatan Lasik dengan kelainan refraksi yang lebih dari 5 dioptri.
- l. Pemeriksaan fisik secara berkala, pemeriksaan kesehatan (*Medical Check Up*) atau pemeriksaan penunjang yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa dari Penyakit/luka yang ditanggung.
- m. Biaya yang dikeluarkan bukan untuk pengobatan langsung pada Penyakit/ luka (biaya non medis), namun tidak termasuk biaya administrasi.
- n. Imunisasi dan vaksinasi, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.
- o. Perawatan dan/atau pengobatan, termasuk komplikasinya yang berkaitan dengan:
- Kelainan bawaan. Untuk menghindari keraguan, kelainan bawaan dapat timbul atau muncul di seluruh jenjang usia, dan tidak terbatas pada kelainan bawaan yang gejala atau keluhannya muncul pada saat lahir (*birth defects*). Penentuan kelainan bawaan akan akan mengacu pada, antara lain, diagnosis Dokter dan/atau literatur atau jurnal kedokteran (baik dalam dan luar negeri);
 - Kelainan dan/atau keterlambatan tumbuh kembang; dan/atau
 - Sunat yang tidak berkaitan dengan Penyakit atau Kecelakaan.
- p. Perawatan medis dan/atau pengobatan termasuk komplikasinya yang berkaitan dengan Penyakit menular seksual, perubahan jenis kelamin, pergantian kelamin atau Penyakit seksual.
- q. Keluarga Berencana, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.
- r. Perawatan dan/atau pengobatan termasuk komplikasinya akibat:
- Terlibat aktif dalam perang, kerusakan, perkelahian atau perbuatan kejahatan,
 - Luka yang disengaja serta percobaan bunuh diri, dan/atau
 - Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan atau pelanggaran hukum atau percobaan pelanggaran hukum yang dilakukan oleh Tertanggung atau perlawanan yang dilakukan oleh Tertanggung pada saat terjadinya penahanan atas diri seseorang (termasuk Tertanggung) yang dijalankan oleh pihak yang berwenang.

Pengecualian

- s. Tertanggung melakukan dan/atau berpartisipasi dalam kegiatan atau olahraga yang berbahaya (baik yang dilakukan dengan mendapatkan remunerasi/imbalan atau tidak), termasuk namun tidak terbatas pada, balap, kompetisi atau lomba kecepatan (selain berjalan kaki atau berenang) atau bela diri, *potholing*, panjat tebing, panjat gunung, mendaki menggunakan tali atau alat bantu, menyelam pada kedalaman lebih dari 30 meter, kegiatan menyelam yang melibatkan penggunaan alat bantu pernapasan, *sky diving*, *cliff diving*, *bungee jumping*, *BASE jumping (Building Antenna Span Earth)*, paralayang, gantole dan terjun payung.
- t. Perawatan dan/atau pengobatan termasuk komplikasinya yang diakibatkan karena Tertanggung turut dalam suatu penerbangan selain sebagai penumpang resmi atau awak pesawat udara dari maskapai penerbangan komersil, yang penerbangannya terjadwal, rutin dan berlisensi.
- u. Rawat Jalan kecuali Rawat Jalan yang harus dilakukan Tertanggung akibat Kecelakaan dan kondisi Darurat.
- v. Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan gigi beserta komplikasinya kecuali yang dilakukan sebagai akibat Kecelakaan. Namun demikian, pemasangan gigi palsu, mahkota gigi dan implan gigi oleh sebab apapun, termasuk akibat Kecelakaan dikecualikan dari pertanggungans berdasarkan Syarat-Syarat Pertanggungans Tambahan ini.
- w. Perawatan dan/atau pengobatan yang telah mendapat penggantian dari Pemerintah, asuransi kesehatan lainnya dan/atau pihak lain.
- x. Perawatan eksperimental termasuk obat-obatan, penggunaan obat-obatan, teknologi dan/atau prosedur medis yang tidak konvensional yang belum terbukti efektif berdasarkan praktik medis yang sudah ada, dan belum mendapatkan persetujuan dari badan yang diakui di negara tempat Tertanggung menjalani perawatan dan/atau pengobatan.

Layanan Pengaduan Dan Penyelesaian Sengketa

1. Layanan Pengaduan

- a. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dapat menyampaikan pengaduan secara tertulis atau lisan kepada Penanggung melalui jalur layanan pengaduan yang disediakan oleh Penanggung.
- b. Penanggung akan menindaklanjuti pengaduan tersebut dalam jangka waktu sebagai berikut:
 - (i) Untuk pengaduan secara lisan: 5 hari kerja sejak pengaduan diterima oleh Penanggung (atau jangka waktu lainnya yang dari waktu ke waktu diatur dalam peraturan yang ditetapkan oleh Otoritas Jasa Keuangan (“OJK”).
 - (ii) Untuk pengaduan secara tertulis: 10 hari kerja sejak dokumen pendukung diterima secara lengkap oleh Penanggung (atau jangka waktu lainnya yang dari waktu ke waktu diatur dalam peraturan yang ditetapkan oleh OJK).
- c. Jika terdapat kondisi tertentu sebagaimana yang diatur dalam peraturan yang ditetapkan oleh OJK, dan dengan melakukan pemberitahuan sebelumnya kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, Penanggung dapat (i) memperpanjang jangka waktu yang disebutkan dalam poin (1)(b) ini; atau (ii) menindaklanjuti pengaduan tersebut di luar jangka waktu yang disebutkan dalam ayat (1)(b) poin ini.
- d. Informasi lebih lanjut mengenai jalur layanan pengaduan dan prosedur pengaduan tersedia untuk Pemegang Polis dan/atau Tertanggung di situs resmi Penanggung.
- e. Dalam hal tidak terdapat kesepakatan terhadap hasil tindak lanjut pengaduan sebagaimana disebutkan dalam poin (1) ini, Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dapat menyampaikan pengaduan kepada OJK untuk penanganan pengaduan sesuai dengan kewenangan OJK atau menyelesaikan sengketa terkait pengaduan tersebut sesuai dengan ketentuan poin (2) ini.

2. Penyelesaian Sengketa

- a. Apabila timbul sengketa antara Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan Penanggung atau pihak lain yang berkepentingan dengan Polis, maka sengketa dapat terlebih dahulu diselesaikan melalui musyawarah untuk mufakat.
 - b. Dalam hal sengketa sebagaimana disebutkan dalam poin (2)(a) ini tidak dapat diselesaikan dan tidak mencapai kesepakatan, Penanggung dan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dapat menyelesaikan sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan yang berwenang.
 - c. Penyelesaian sengketa di luar pengadilan sebagaimana yang dimaksud pada poin (2)(b) ini, dilakukan melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa yang ditetapkan oleh OJK, antara lain Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan atau Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa lainnya yang berwenang dan ditetapkan oleh OJK dari waktu ke waktu.
-

Pelayanan, Penyelesaian Pengaduan Dan Klaim

Apabila ada pertanyaan dan keluhan terkait produk dan/atau layanan Kami, silakan menyampaikan pertanyaan dan keluhan melalui *Customer Center* Kami:

Alamat:

PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Customer Lounge
World Trade Centre 6, Ground Floor
Jl. Jenderal Sudirman Kav. 29-31
Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Website:

www.allianz.co.id

AllianzCare:

1500 136

E-mail:

ContactUs@allianz.co.id
