

AlliSyia Flexi Medical Plan

AlliSyia Flexi Medical Plan merupakan produk asuransi kesehatan syariah yang ditambahkan (*rider*) pada Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi (PAYDI). Produk ini memberikan manfaat asuransi kesehatan yang komprehensif dan fleksibel sesuai dengan kebutuhan Peserta.

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini ditujukan untuk memberikan penjelasan singkat terkait manfaat dan hal-hal penting dari Perlindungan Asuransi Tambahan yang akan Peserta miliki. Mohon untuk mendapatkan penjelasan langsung dari Tenaga Pemasar Pengelola sebelum Peserta memutuskan untuk memiliki Perlindungan Asuransi Tambahan.

“Pengelola” adalah PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia.

“Peserta” adalah pihak yang namanya dicantumkan dalam Polis sebagai pihak yang mengadakan perlindungan dengan Pengelola.

“Pihak Yang Diasuransikan” adalah orang atau orang-orang yang menghadapi risiko yang diatur dalam Polis ini, dan yang namanya tercantum dalam Data Polis atau Endosemen (jika ada).

“Pihak Yang Diasuransikan” adalah orang atau orang-orang yang menghadapi risiko yang diatur dalam Polis ini, dan yang namanya tercantum dalam Data Polis atau Endosemen (jika ada).

“Kontribusi” adalah Sejumlah uang yang Peserta atau Pembayar Kontribusi bayarkan kepada Pengelola sehubungan dengan Perlindungan, sesuai dengan yang telah diperjanjikan dalam Polis.

Definisi dan keterangan lebih lengkap dapat Peserta pelajari pada Perlindungan Asuransi Tambahan yang Pengelola terbitkan.

Dalam Ribuan Rupiah (Rp'000)

MANFAAT***	PENJELASAN SINGKAT	CLASSIC	CLASSIC PLUS	ESSENTIAL PRO	ESSENTIAL PLUS	ELITE PRO	ELITE PLUS
WILAYAH PERLINDUNGAN		INDONESIA	INDONESIA	ASIA, KECUALI HONG KONG, SINGAPURA, JEPANG	ASIA, KECUALI HONG KONG, SINGAPURA, JEPANG	ASIA + AUSTRALIA	ASIA + AUSTRALIA
MANFAAT MENINGGAL DUNIA AKIBAT KECELAKAAN		50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
MANFAAT MENINGGAL DUNIA AKIBAT BUKAN KECELAKAAN		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 Perlindungan Asuransi Tambahan; Maks. 60 hari Sebelum Rawat Inap	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap**	Per 1 tahun Perlindungan Asuransi Tambahan; Maks. 90 hari Setelah Rawat Inap						
Perawatan Fisioterapi Rawat Jalan**	Per 1 tahun Perlindungan Asuransi Tambahan; Maks. 60 hari Sebelum Rawat Inap Maks. 90 hari Setelah Rawat Inap						
Alternative Inpatient Care (Perawatan di Rumah)**	Per 1 tahun Perlindungan Asuransi Tambahan	100.000	100.000	200.000	200.000	300.000	300.000
Rehabilitasi Lanjutan**	Per 1 tahun Perlindungan Asuransi 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 Perlindungan Asuransi 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 Perlindungan Asuransi 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 Perlindungan Asuransi Tambahan	350	650	350	650	550	850
Biaya Ambulan Lokal		Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan

* Dimasukkan 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 Perlindungan Asuransi Tambahan AlliSyia Flexi Medical Plan.



PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia

AlliSyia Flexi Medical Plan

Asuransi Kesehatan Flexible untuk GenerAZiFlexible

Nama Produk

AlliSyia Flexi Medical Plan

Jenis Produk

Produk Asuransi Kesehatan Tambahan Syariah (*rider*)

Lini Usaha Produk Asuransi

Asuransi Kesehatan

Nama Pengelola

PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia

Jalur Pemasaran

Agency

MANFAAT***	PENJELASAN	CLASSIC	CLASSIC PLUS	ESSENTIAL PRO	ESSENTIAL PLUS	ELITE PRO	ELITE PLUS
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 Perlindungan Asuransi Tambahan	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
Perawatan Paliatif	Per 1 tahun Perlindungan Asuransi 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 Perlindungan**	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 Perlindungan**	Berlaku di seluruh dunia kecuali Amerika Serikat Dalam waktu 48 jam sejak mengalami Kecelakaan atau keadaan Darurat						
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						
MANFAAT TAMBAHAN							
Peralatan Medis yang Tahan Lama**	Per 1 tahun Perlindungan Asuransi Tambahan; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Setelah Rawat Inap	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
Anggota Tubuh Artifisial**	Per 1 tahun Perlindungan Asuransi Tambahan; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Setelah 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 Perlindungan Asuransi 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 Peserta memilih Risiko Sendiri Tipe 1	<i>Deductible</i> sebesar Rp 15 juta	<i>Deductible</i> sebesar Rp 15 juta	<i>Deductible</i> sebesar Rp 20 juta	<i>Deductible</i> sebesar Rp 20 juta	<i>Deductible</i> sebesar Rp 25 juta	<i>Deductible</i> sebesar Rp 25 juta
Risiko Sendiri Tipe 2	Per Rawat Inap/Pembedahan Berlaku jika Peserta 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 Luran Asuransi AllSYa 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 Perlindungan Asuransi Tambahan ke-3	Tersedia selama memenuhi ketentuan	Tersedia selama memenuhi ketentuan	Tersedia selama memenuhi ketentuan	Tersedia selama memenuhi ketentuan	Tersedia selama memenuhi ketentuan	Tersedia selama memenuhi ketentuan

** Dimasukkan 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 Perlindungan Asuransi Tambahan AllSYa Flexi Medical Plan.

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

Manfaat Asuransi AlliSy 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

Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan



Pengelola membayar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan kepada Penerima Manfaat jika Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia akibat Kecelakaan. Jumlah Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan adalah sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat.

Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan



Pengelola membayar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan kepada Penerima Manfaat jika Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia yang bukan diakibatkan karena Kecelakaan. Jumlah Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan adalah sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat.

Flexi Benefit

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

- a. Pengelola 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 Pengelola setuju, maka dana Santunan Harian Rawat Inap (sesuai dengan *Plan* yang dipilih) akan dikreditkan ke dalam Akun Flexi Benefit;
 - (ii) Jika Masa Asuransi Perlindungan Asuransi Tambahan diperpanjang secara otomatis sesuai Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi 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 Perlindungan Asuransi Tambahan ini dan Pengelola menyesuaikan Kontribusi Dasar Berkala sesuai dengan ketentuan-ketentuan dalam Syarat-Syarat Fasilitas Indeksasi AlliSy Flexi Medical Plan

Catatan:

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

**)Dana Flexi Benefit adalah dana yang secara eksklusif dimasukkan/dikreditkan ke dalam Akun Flexi Benefit, dan yang hanya dapat digunakan oleh Pihak Yang Diasuransikan untuk setiap peristiwa yang memenuhi syarat dan ketentuan yang diatur dalam Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan.

- c. Pengelola 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 Pihak Yang Diasuransikan dan tidak ada klaim yang diajukan untuk Manfaat Asuransi dalam jangka waktu :
 - (i) 1 tahun Masa Asuransi, 5% dari jumlah Iuran Asuransi untuk Perlindungan Asuransi 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 Iuran Asuransi untuk Perlindungan Asuransi Tambahan ini yang telah dibayarkan di 1 tahun Masa Asuransi sebelum Tanggal Perpanjangan akan dikreditkan ke Akun Flexi Benefit; dan/atau
 - (iii) 3 tahun Masa Asuransi berturut-turut atau lebih, 20% dari jumlah Iuran Asuransi untuk Perlindungan Asuransi 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 Perlindungan Asuransi Tambahan diperpanjang secara otomatis sesuai Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan, dan pengkreditan Dana Flexi Benefit ke dalam Akun Flexi Benefit akan Pengelola 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 Pihak Yang Diasuransikan melakukan Pelayanan Kesehatan namun tidak ada klaim yang Pengelola 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 Perlindungan Asuransi Tambahan yang berlaku) bagi Pihak Yang Diasuransikan tersebut, maka Pihak Yang Diasuransikan tersebut dianggap masih memenuhi syarat Fasilitas Tambahan Flexi Benefit.

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

- Penggantian biaya Rawat Jalan yang dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan;
- Pembayaran Ekses klaim dan/atau Risiko Sendiri atas Rawat Inap atau Pembedahan yang sebelumnya telah dilakukan Pihak Yang Diasuransikan; dan/atau
- Pembayaran biaya konsultasi *online* dengan Dokter melalui platform Perusahaan Rekanan yang telah bekerja sama dengan Pengelola (sebagaimana Pengelola informasikan dari waktu ke waktu), termasuk pembelian Obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter tersebut,

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

Risiko Sendiri

Pada Perlindungan Asuransi Tambahan ini dapat 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 Pengelola; dan
- 3) setelah memperhitungkan Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), atau pihak lain yang memberikan perlindungan sejenis yang juga dicakup oleh Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan.

iii. 1) Apabila besarnya *Deductible* lebih kecil dari *Eligible Claim*, maka Pengelola akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa selisih dari *Eligible Claim* (total biaya Pelayanan Kesehatan yang disetujui oleh Pengelola) dan besarnya *Deductible*, dengan tunduk pada syarat dan ketentuan lainnya dalam Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan; atau

2) Apabila besarnya *Deductible* lebih besar dari *Eligible Claim*, maka Pengelola tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi apa pun.

iv. Peserta tidak dapat mengubah keberlakuan Risiko Sendiri Tipe 1 ini tanpa persetujuan tertulis sebelumnya dari Pengelola. Jika Peserta mengajukan permohonan untuk mengubah keberlakuan Risiko Sendiri Tipe 1, Pengelola berhak untuk melakukan seleksi ulang risiko dan menyetujui atau menolak permohonan perubahan tersebut.

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

i. Ketentuan atau persyaratan Risiko Sendiri Tipe 2, **mana yang lebih besar**, 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 Pengelola; dan
- 3) setelah memperhitungkan Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), atau pihak lain yang memberikan perlindungan sejenis yang juga dicakup oleh Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan ini.

iii. 1) Apabila besarnya *Co-Share* atau *Deductible*, (mana yang lebih besar), lebih kecil dari *Eligible Claim*, maka Pengelola akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa selisih dari *Eligible Claim* (total biaya Pelayanan Kesehatan yang disetujui oleh Pengelola) 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 Pengelola tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi apa pun.

- iv. Peserta tidak dapat mengubah keberlakuan Risiko Sendiri Tipe 2 ini tanpa persetujuan tertulis sebelumnya dari Pengelola. Jika Peserta mengajukan permohonan untuk mengubah keberlakuan Risiko Sendiri Tipe 2, Pengelola berhak untuk melakukan seleksi ulang risiko dan menyetujui atau menolak permohonan perubahan tersebut.

Fasilitas Indeksasi

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



Jika Peserta menyetujui selisih penyesuaian di atas Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi tersebut, Pengelola akan memberlakukan penyesuaian Kontribusi Dasar Berkala sesuai persetujuan Peserta; atau



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

3. Jika Polis Peserta memiliki Perlindungan Asuransi Tambahan dengan manfaat pembebasan Kontribusi sejenis lainnya, penyesuaian Kontribusi Dasar Berkala sesuai dengan Syarat-Syarat Fasilitas Indeksasi juga akan diikuti dengan penyesuaian luran Asuransi untuk Perlindungan Asuransi Tambahan tersebut sesuai dengan jumlah yang Pengelola tentukan.
4. Sehubungan dengan keberlakuan Fasilitas Indeksasi, Pengelola akan memberikan kepada Peserta manfaat-manfaat berikut ini:
 - a. Jika Pengelola menyesuaikan Kontribusi Dasar Berkala sebagaimana diatur dalam poin (1) dan/atau (2), Pengelola akan mengkreditkan Dana Flexi Benefit (1 kali) ke Akun Flexi Benefit sebesar yang diatur di bawah ini setelah Tanggal Efektif Penyesuaian Kontribusi 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 Peserta tetap berlaku meskipun Nilai Investasi Kontribusi Dasar Berkala dan/atau Nilai Investasi Kontribusi *Top Up* (yang mana yang sesuai dengan ketentuan Polis Dasar) pada tanggal perhitungan terdekat sebelum pembebanan luran Asuransi dan Biaya Administrasi tidak mencukupi untuk membayar luran Asuransi dan Biaya Administrasi tersebut. Fasilitas Polis Tetap Berlaku ini akan Pengelola berikan sesuai dengan syarat dan ketentuan di bawah ini:

- i. Jika (a) Pengelola melakukan penyesuaian Kontribusi Dasar Berkala maksimal sebesar Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi; atau (b) Peserta menyetujui penyesuaian Kontribusi Dasar Berkala di atas Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi sebagaimana dimaksud pada Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan yang berlaku, maka Pengelola akan memberikan Fasilitas Polis Tetap Berlaku, yang akan mulai berlaku sejak Tanggal Efektif Penyesuaian luran Asuransi dan tetap berlaku selama Fasilitas Indeksasi masih berlaku bagi Perlindungan Asuransi Tambahan ini.
- ii. Jika Pengelola melakukan penyesuaian Kontribusi Dasar Berkala melebihi Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi, namun Peserta tidak menyetujui selisih penyesuaian Kontribusi Dasar Berkala tersebut sebagaimana dimaksud pada Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan yang berlaku (dalam kondisi mana, Pengelola akan tetap melakukan penyesuaian Kontribusi Dasar Berkala maksimal sebesar Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi tersebut), Pengelola tidak akan memberikan Fasilitas Polis Tetap Berlaku.
- iii. Ketentuan pada Poin (i) dan (ii) di atas akan berlaku setiap kali Pengelola melakukan penyesuaian Kontribusi Dasar Berkala sesuai dengan Syarat-Syarat Fasilitas Indeksasi. Untuk menghindari keraguan, jika Pengelola telah memberikan Fasilitas Polis Tetap Berlaku kepada Peserta sesuai dengan poin (i) di atas, dan kemudian Pengelola melakukan penyesuaian Kontribusi Dasar Berkala melebihi Batas Penyesuaian Fasilitas Indeksasi, namun Peserta tidak menyetujui selisihnya (sebagaimana diatur dalam poin (ii) di atas), maka Fasilitas Polis Tetap Berlaku yang telah Pengelola berikan kepada Peserta akan secara otomatis berakhir pada Tanggal Efektif Penyesuaian luran Asuransi.
- iv. Peserta selalu memenuhi seluruh syarat dan ketentuan berikut sejak Tanggal Efektif Penyesuaian luran Asuransi dan selama masa berlaku Fasilitas Polis Tetap Berlaku:
 1. Kontribusi Dasar Berkala dan/atau Kontribusi *Top Up* Berkala (jika ada) selalu dibayar lunas paling lambat dalam masa luasa pembayaran Kontribusi Dasar Berkala (*Grace Period*) atau Polis tidak pernah berakhir (*Lapse*).
 2. Tidak pernah melakukan Cuti Kontribusi (*Contribution Holiday*).
 3. Tidak pernah melakukan penarikan sebagian Nilai Investasi.
 4. Tidak pernah melakukan Pemulihan Polis.
 5. Tidak pernah melakukan perubahan kenaikan Santunan Asuransi, untuk Asuransi Dasar dan/atau Perlindungan Asuransi Tambahan, penambahan Manfaat Perlindungan dan/atau perubahan peningkatan Plan kecuali jika perubahan tersebut juga diikuti dengan kenaikan Kontribusi Dasar Berkala dan/atau Kontribusi *Top Up* Berkala sesuai dengan jumlah yang Pengelola tentukan.
 6. Tidak pernah melakukan penurunan jumlah Kontribusi Dasar Berkala dan/atau Kontribusi *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 Peserta sudah memiliki Fasilitas Polis Tetap Berlaku sebelum Tanggal Efektif Penyesuaian Iuran 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 Pengelola berikan berdasarkan Syarat-Syarat Fasilitas Indeksasi ini.
5. Fasilitas Indeksasi ini akan terus berlaku selama Masa Asuransi untuk Perlindungan Asuransi Tambahan ini. Namun demikian, Peserta dapat mengajukan permohonan kepada Pengelola untuk mengakhiri Fasilitas Indeksasi ini 30 hari sebelum Ulang Tahun Perlindungan Asuransi Tambahan. Pengakhiran tersebut akan berlaku efektif pada Ulang Tahun Perlindungan Asuransi Tambahan terdekat berikutnya setelah Pengelola menerima permohonan Peserta.

Layanan *Expert Medical Opinion*

Ruang Lingkup Layanan *Expert Medical Opinion*

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

- Pihak Yang Diasuransikan ingin memahami atau memvalidasi situasi medis yang serius dan kompleks;
- Pihak Yang Diasuransikan perlu membuat keputusan medis, seperti Pembedahan atau tindakan medis penting lainnya;
- Pihak Yang Diasuransikan didiagnosis menderita penyakit kritis dan ingin mempelajari pengobatan alternatif lain; dan/atau
- Pihak Yang Diasuransikan 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

Ruang Lingkup Layanan Bantuan Medis (*Medical Assistance*)

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

- Pihak Yang Diasuransikan sedang melakukan perjalanan > 100 kilometer dari Tempat Tinggalnya atau ketika Pihak Yang Diasuransikan berada di luar negeri, untuk jangka waktu yang tidak melebihi 90 hari; dan
- Pihak Yang Diasuransikan 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://alz.id/evakuasimedis>

Layanan Tanya Dokter Online Terkait Kesehatan Mental Dan Gizi

Layanan Tanya Dokter Online ini memberikan layanan konsultasi Dokter online yang dapat digunakan oleh Pihak Yang Diasuransikan, 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.

Data Ringkas

Tipe Produk

Asuransi Kesehatan Tambahan Syariah (*rider*).

Usia Masuk Pihak Yang Diasuransikan (ulang tahun terdekat)

Minimal Usia 1 bulan – 70 tahun.

Masa Perlindungan Asuransi

- Pihak Yang Diasuransikan mencapai Usia 50 tahun, khusus untuk masa perlindungan AlliSy Flexi Medical Plan 50;
- Pihak Yang Diasuransikan mencapai Usia 80 tahun, khusus untuk masa perlindungan AlliSy Flexi Medical Plan 80;
- Pihak Yang Diasuransikan mencapai Usia 100 tahun, khusus untuk masa perlindungan AlliSy Flexi Medical Plan 100;

Mata Uang

Rupiah.

Cara Pembayaran Kontribusi

Mengikuti ketentuan produk dasar.

Masa Pembayaran Kontribusi

Masa Pembayaran Kontribusi mengikuti Masa Perlindungan Asuransi.

Grace Period

Mengikuti ketentuan produk dasar.

Masa Asuransi

Tahunan, dapat diperpanjang otomatis hingga usia 100 tahun (ulang tahun terdekat).

Underwriting

Full Underwriting.

Periode Eliminasi Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker

Kanker yang tanda-tanda atau gejalanya muncul, baik disadari atau tidak disadari oleh Pihak Yang Diasuransikan, atau yang telah didiagnosis atau mendapat perawatan atau pengobatan dalam 3 bulan sejak (i) Tanggal Mulai Berlaku; (ii) tanggal Pemulihan Polis; atau (iii) tanggal disetujuinya secara tertulis peningkatan *Plan* atas Perlindungan Asuransi Tambahan, mana yang paling akhir.

Masa Tunggu

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* Perlindungan Asuransi Tambahan ini, mana yang paling akhir terjadi.

***) Sejak periode Eliminasi berakhir.

Surplus Underwriting

Mengikuti ketentuan produk dasar.

Akad

Akad *Tabarru'*

Akad hibah dalam bentuk pemberian luran *Tabarru'* dari Peserta kepada Dana *Tabarru'* untuk tujuan tolong menolong di antara Para Peserta sebagaimana diatur dalam Polis, yang tidak bersifat dan bukan untuk tujuan komersial.

Akad *Wakalah bil Ujrah*

Akad antara Para Peserta dan Pengelola yang memberikan kuasa kepada Pengelola, sebagai wakil Para Peserta untuk mengelola (i) Asuransi Jiwa Syariah, termasuk untuk melakukan kegiatan administrasi, *underwriting*, pembayaran klaim, pemasaran dan investasi Dana *Tabarru'* dan (ii) dana investasi Para Peserta, masing-masing sesuai dengan kuasa dan wewenang yang diberikan dan ketentuan-ketentuan lainnya yang ditetapkan oleh Pengelola, dan dengan imbalan berupa *Ujrah*.

Ujrah dan luran

a. Untuk Plan Classic dan Classic Plus

Tahun Perlindungan Asuransi Tambahan	% dari luran Asuransi untuk luran Tabarru'	% dari luran Asuransi untuk Ujrah Pengelolaan Risiko
1	28.5%	71.5%
2	54.5%	45.5%
3 dan seterusnya	79.5%	20.5%

b. Untuk Plan Essential Pro, Essential Plus, Elite Pro, dan Elite Plus

Tahun Perlindungan Asuransi Tambahan	% dari luran Asuransi untuk luran Tabarru'	% dari luran Asuransi untuk Ujrah Pengelolaan Risiko
1	17%	83%
2	32%	68%
3 dan seterusnya	50%	50%

Catatan:

Alokasi penggunaan luran Asuransi untuk Perlindungan Asuransi Tambahan tersebut di atas dapat berubah dari waktu ke waktu sesuai dengan ketentuan atau kebijakan yang berlaku di Pengelola.

Definisi

Risiko Sendiri

Bagian dari *Eligible Claim* yang harus dibayar oleh Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan untuk setiap Rawat Inap atau Pembedahan yang dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan sebelum Pengelola berkewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi berdasarkan Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan ini. Risiko Sendiri terdiri dari Risiko Sendiri Tipe 1 dan Risiko Sendiri Tipe 2, yang masing-masing diatur lebih lanjut dalam Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan ini.

Deductible

Bagian dari *Eligible Claim* yang harus dibayar oleh Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan untuk setiap Rawat Inap atau Pembedahan yang dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan sebelum Pengelola berkewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi berdasarkan Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan ini. Jumlah *Deductible* tersebut dijelaskan dalam Tabel Manfaat sesuai dengan *Plan*.

Co-Share

Bagian dari *Eligible Claim* yang harus Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan bayar sendiri sebagai akibat dari:

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

Risiko

Risiko Perubahan Kondisi Ekonomi dan Politik

Risiko perubahan kondisi ekonomi dan stabilitas politik di dalam dan di luar negeri, atau perubahan undang-undang, kebijakan dan peraturan pemerintah yang berkaitan dengan dunia usaha serta dapat memengaruhi kinerja investasi dan kinerja Pengelola.

Risiko Pengecualian

Risiko yang berkaitan dengan ketentuan Pengelola tidak dapat memenuhi Manfaat Asuransi sebagaimana tercantum pada ketentuan pengecualian pada Polis.

Risiko Kredit

Risiko yang berkaitan dengan kemampuan Pengelola dalam rangka memenuhi kewajiban pembayaran kepada Peserta/Pihak Yang Diasuransikan. Pengelola senantiasa mempertahankan kinerja untuk melebihi minimum kecukupan modal sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Risiko Operasional

Risiko yang berkaitan dengan proses operasional Pengelola, termasuk aplikasi sistem, maupun peristiwa eksternal yang dapat memengaruhi kegiatan operasional Pengelola.

Bagaimana Cara Mengajukan Perlindungan Asuransi Tambahan Peserta?

- Keterangan, informasi, data dan/atau pernyataan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah ("SPAJ Syariah"), Surat Permohonan Asuransi Tambahan ("SPAT") dan/atau formulir-formulir lainnya yang diisi oleh Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan, termasuk setiap pernyataan terkait cara hidup, aktivitas, dan kondisi medis Pihak Yang Diasuransikan yang diberikan kepada Pengelola untuk kepentingan Polis Dasar dan/atau Perlindungan Asuransi Tambahan;
- Semua pernyataan yang dibuat oleh Pihak Yang Diasuransikan kepada Dokter (apabila ada); dan
- Semua korespondensi terkait Polis Dasar dan/atau Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan ini antara Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan dan Pengelola.

Semua keterangan, informasi, data dan pernyataan yang telah diberikan kepada Pengelola menjadi tanggung jawab Peserta dan akan menjadi dasar Perlindungan Asuransi Tambahan serta merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Polis Dasar dan/atau Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan.

Dalam hal Peserta mengajukan kepada Pengelola Perlindungan Asuransi Tambahan, Peserta, calon Pihak Yang Diasuransikan, calon Pembayar Kontribusi dan/atau calon Pasangan Pembayar Kontribusi (yang mana yang sesuai) harus memenuhi persyaratan tambahan yang akan Pengelola tentukan sesuai dengan kebijakan *underwriting* Pengelola. Pengelola berhak menolak Perlindungan Asuransi Tambahan yang diajukan dalam hal Peserta, calon Pihak Yang Diasuransikan, calon Pembayar Kontribusi dan/atau calon Pasangan Pembayar Kontribusi (yang mana yang sesuai) tidak memenuhi persyaratan kebijakan *underwriting* Pengelola.

Apa Saja Kewajiban Peserta?

- Peserta harus menjawab semua pertanyaan pada lembar SPAJ dan/atau SPAT dengan lengkap dan benar. Peserta bertanggung jawab sepenuhnya atas keakuratan dan kelengkapan data yang Peserta berikan kepada Pengelola, karena apabila terdapat kesalahan atau ketidaklengkapan data yang diminta oleh Pengelola dapat menyebabkan Perlindungan Asuransi Tambahan menjadi batal. Pengelola berhak menolak pengajuan Perlindungan Asuransi Tambahan, apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
- Peserta harus membaca dan memahami Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini. Peserta harus pula membaca dan memahami lembar SPAJ, SPAT dan/atau Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Personal sebelum menandatangani.
- Peserta harus membayar Kontribusi Dasar Berkala tepat waktu.

Apakah Peserta Boleh Membatalkan Polis?

- Peserta dapat mengakhiri Perlindungan Asuransi Tambahan ini dengan cara memberikan surat pemberitahuan tertulis kepada Pengelola. Pengakhiran tersebut berlaku efektif pada tanggal diterimanya surat pemberitahuan pengakhiran tersebut oleh Pengelola atau pada tanggal yang tercantum dalam surat pemberitahuan tersebut, tanggal mana yang paling akhir.
- Pembatalan atau pengakhiran Perlindungan Asuransi Tambahan ini tidak menghapus kewajiban Peserta/Pihak Yang Diasuransikan berdasarkan Polis Dasar dan Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan, termasuk namun tidak terbatas pada:
 - a. Kewajiban Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan untuk membayar Ekses Klaim;
 - b. Kewajiban Peserta untuk membayar Biaya Administrasi; dan
 - c. Kewajiban Peserta atau Pembayar Kontribusi (mana yang sesuai) untuk membayar iuran Asuransi yang tertunggak.

Pengecualian

1. Pengelola tidak berkewajiban membayar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan berdasarkan Polis apabila Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia disebabkan secara langsung maupun tidak langsung karena:
 - a. Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia karena bunuh diri; atau
 - b. Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia akibat tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki atau turut memiliki kepentingan dalam Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan.

2. Pengelola tidak berkewajiban membayar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan berdasarkan Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan apabila Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia disebabkan secara langsung maupun tidak langsung karena:
 - a. Keterlibatannya dalam perkelahian tanding, kecuali jika hal itu merupakan tindakan membela diri.
 - b. Melukai diri sendiri atau bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dalam keadaan sehat fisik dan mental maupun tidak.
 - c. Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan atau pelanggaran hukum atau percobaan pelanggaran hukum yang dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan atau perlawanan yang dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan pada saat terjadinya penahanan atas diri seseorang (termasuk Pihak Yang Diasuransikan) yang dijalankan oleh pihak yang berwenang.
 - d. Tindakan kriminal yang dilakukan dengan maksud tertentu oleh Peserta, Pihak Yang Diasuransikan atau Penerima Manfaat.
 - e. Pihak Yang Diasuransikan turut dalam suatu penerbangan selain sebagai penumpang resmi atau awak pesawat udara dari maskapai penerbangan komersil, yang penerbangannya terjadwal, rutin dan berlisensi.
 - f. Pekerjaan atau profesi yang berisiko dari Pihak Yang Diasuransikan, misalnya dalam militer, polisi, pemadam kebakaran, pertambangan atau pekerjaan / profesi lain dengan risiko tinggi.
 - g. Olah raga atau hobi Pihak Yang Diasuransikan yang mengandung bahaya, misalnya balap mobil, balap sepeda motor, pacuan kuda, terbang layang, mendaki gunung, tinju, gulat, termasuk olah raga atau hobi lain yang juga mengandung bahaya dan berisiko.
 - h. Kecelakaan yang terjadi sebagai akibat dari sakit jiwa, penyakit yang menyerang sistem syaraf, mabuk (Pihak Yang Diasuransikan berada di bawah pengaruh alkohol), penggunaan narkotik dan/atau obat terlarang.

Apabila Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia akibat dari salah satu sebab di atas, maka Pengelola hanya akan membayarkan maksimal sebesar Manfaat Meninggal Dunia Akibat Bukan Kecelakaan sesuai yang tercantum pada Tabel Manfaat.

3. Pengelola tidak akan membayar setiap Manfaat Asuransi untuk setiap Pelayanan Kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan 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 Perlindungan Asuransi 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 di bawah ini).

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

- d. Kanker yang tanda-tanda atau gejalanya muncul, baik disadari atau tidak disadari oleh Pihak Yang Diasuransikan, 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* atas Perlindungan Asuransi Tambahan oleh Pengelola sebagaimana dicantumkan dalam Endosemen (jika ada) ("Periode Eliminasi").

Dalam hal kanker (termasuk tanda-tanda atau gejalanya) terjadi atau muncul dalam Periode Eliminasi, Pengelola 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.

- e. Penyakit – penyakit khusus (apapun penyebabnya termasuk Kecelakaan), kecuali Perlindungan Asuransi 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 Perlindungan Asuransi Tambahan ini oleh Pengelola sebagaimana dicantumkan dalam Endosemen (jika ada). Penyakit-penyakit khusus tersebut di antaranya:

- a. Batu di Ginjal, Saluran/Kandung Kemih, Saluran/Kandung Empedu;
- b. Penyakit jantung, Pembuluh darah jantung dan Pembuluh darah otak (contoh: Gagal jantung, Penyakit Jantung Koroner, Stroke);
- c. Katarak;
- d. Segala jenis tumor jinak/massa/kista/polip;
- e. Penyakit amandel atau adenoid dan kondisi abnormal dari rongga hidung, septum intranasal atau konka turbin, termasuk sinus yang mengakibatkan intervensi bedah;
- f. Kencing Manis;
- g. Tuberkulosis dan semua komplikasinya;
- h. Gangguan Kelenjar Tiroid;
- i. Hipertensi, Hiperlipidemia (contoh: Hiperkolesterol, Hipertrigliserid);
- j. Gagal Ginjal Kronis;
- k. Segala jenis Hernia, *Intervertebral Disc prolaps*;
- l. Segala jenis gangguan hematologi, *autoimmune*;
- m. Wasir;
- n. Semua jenis gangguan sistem reproduksi pria atau wanita, termasuk namun tidak terbatas pada fibroid / mioma di rahim; atau
- o. Tukak lambung (ulkus peptikum).

Untuk menghindari keraguan, jika Penyakit-penyakit khusus tersebut termasuk dalam Kondisi *Pre Existing* atau pengecualian-pengecualian lainnya dalam Perlindungan Asuransi Tambahan berlaku, Pengelola tidak akan membayar Manfaat Asuransi sehubungan dengan Penyakit-penyakit khusus tersebut meskipun Perlindungan Asuransi 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, *psikogeriatrik* dan manifestasi fisiologis atau psikosomatis, perawatan pada saat Pihak Yang Diasuransikan 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.
- 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 dilindungi dalam Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan ini.
- 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:
 - a. Kelainan bawaan. Untuk menghindari keraguan, kelainan bawaan dapat timbul atau muncul di seluruh jenjang usia, dan tidak terbatas pada kelainan bawaan yang terlihat pada, atau gejala atau keluhannya muncul pada, saat lahir (*birth defects*). Penentuan kelainan bawaan akan mengacu pada, antara lain, diagnosis Dokter dan/atau literatur atau jurnal kedokteran (baik dalam dan luar negeri);
 - b. Kelainan dan/atau keterlambatan tumbuh kembang; dan/atau
 - c. 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:
 - a. terlibat aktif dalam perang, kerusuhan, perkelahian atau perbuatan kejahatan;
 - b. luka yang disengaja serta percobaan bunuh diri; dan/atau
 - c. tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan atau pelanggaran hukum atau percobaan pelanggaran hukum yang dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan atau perlawanan yang dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan pada saat terjadinya penahanan atas diri seseorang (termasuk Pihak Yang Diasuransikan) yang dijalankan oleh pihak yang berwenang.
- s. Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan akibat Kecelakaan dan kondisi Darurat.
- v. Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan gigi beserta komplikasinya kecuali yang dilakukukan sebagai akibat Kecelakaan. Namun demikian, pemasangan gigi palsu, mahkota gigi dan implant gigi oleh sebab apapun, termasuk akibat Kecelakaan dikecualikan dari perlindungan berdasarkan Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi 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 Pihak Yang Diasuransikan menjalani perawatan dan/atau pengobatan.

Simulasi/Illustrasi Produk



Bapak Rangga
Usia masuk 30 tahun

Asuransi Dasar : AlliSy Protection Life
Santunan Asuransi Dasar : Rp 500.000.000
Kontribusi Dasar Berkala : Rp 20.900.000

Plan Asuransi Tambahan AlliSy Flexi Medical Plan yang dipilih Essential Pro	Iuran Asuransi Tambahan AlliSy Flexi Medical Plan Tahun ke -1 Rp 782.800 / bulan	Risiko Sendiri Tipe 1 (Deductible) Rp20.000.000
---	--	---

Bapak Rangga terdiagnosis penyakit kanker hati pada tahun ke-2 setelah memiliki Perlindungan Asuransi Tambahan AlliSy 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 (Deductible))
= **Rp152.000.000 Dilindungi oleh AlliSy Flexi Medical Plan**

Bagaimana Cara Mengajukan Klaim?

Klaim Reimbursement

Pelayanan Kesehatan harus dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan di salah satu Rumah Sakit yang tercantum dalam Daftar Rumah Sakit Dan Klinik namun tidak termasuk dalam Rumah Sakit/Klinik Di Luar Cakupan Perlindungan. **Pengelola berhak untuk menolak klaim apabila Pelayanan Kesehatan dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan di Rumah Sakit/Klinik Di Luar Cakupan Perlindungan.**

Dokumen Klaim Reimbursement

Pihak Yang Diasuransikan atau Peserta harus mengajukan kepada Pengelola dokumen-dokumen klaim Pelayanan Kesehatan berikut ini:

- Fotokopi Identitas diri Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan dan/atau Peserta;
- 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 perincian 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 Pengelola dalam waktu paling lama 30 hari kalender sejak tanggal penagihan atau tanggal Pihak Yang Diasuransikan meninggalkan Rumah Sakit, yang mana yang terjadi paling akhir. **Dalam hal ketentuan ini tidak dipenuhi, Pengelola tidak akan membayarkan klaim Pihak Yang Diasuransikan.**

Pengelola berhak untuk mendapatkan segala dokumen tambahan/keterangan/ catatan medis dari Pihak Yang Diasuransikan, Peserta, Rumah Sakit dan/atau pihak lain sehubungan dengan diagnosis dan/atau Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada Pihak Yang Diasuransikan dan/atau data Pihak Yang Diasuransikan yang berhubungan dengan Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan ini

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

Sesuai dengan ketentuan Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan, Pengelola berhak untuk meminta pendapat dari seorang Dokter independen terhadap klaim yang diajukan oleh Pihak Yang Diasuransikan, termasuk untuk meminta Pihak Yang Diasuransikan melakukan pemeriksaan ulang pada Dokter atau laboratorium yang ditunjuk oleh Pengelola.

Klaim Cashless

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

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

- Pihak Yang Diasuransikan wajib menjalani Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan yang dapat menyediakan Fasilitas *Cashless* sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang Pengelola tetapkan dari waktu ke waktu;
- Pihak Yang Diasuransikan menunjukkan Kartu Pihak Yang Diasuransikan dan identitas diri lainnya kepada Jaringan Layanan Kesehatan tersebut pada saat akan melakukan Pelayanan Kesehatan;
- Jaringan Layanan Kesehatan tersebut akan melakukan proses verifikasi dengan Pengelola sebelum Jaringan Layanan Kesehatan memberikan Pelayanan Kesehatan;
- Peserta/Pihak Yang Diasuransikan dan/atau Jaringan Layanan Kesehatan harus menyediakan informasi dan/atau data medis sehubungan dengan rencana Pelayanan Kesehatan tersebut. Atas informasi, dokumen dan/atau data medis yang diberikan, Pengelola akan melakukan pemeriksaan awal untuk menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang diminta termasuk dalam cakupan Perlindungan Asuransi Tambahan ini. Setelah Pengelola melakukan pemeriksaan awal:

- Jika Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Perlindungan Asuransi Tambahan ini, Pengelola akan menerbitkan surat persetujuan Rawat Inap kepada Jaringan Layanan Kesehatan. Namun demikian, Pengelola dapat membatalkan surat persetujuan Rawat Inap pada setiap saat jika Pelayanan Kesehatan yang terjadi tidak sesuai dengan ketentuan Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan ini atau jika terdapat indikasi bahwa diagnosis perawatan termasuk dalam hal-hal yang tidak dilindungi atau dikecualikan dalam Perlindungan Asuransi Tambahan ini; atau
- Jika Pengelola belum dapat menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Perlindungan Asuransi Tambahan ini, Pengelola berhak untuk tidak menerbitkan surat persetujuan Rawat Inap sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan yang akan dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan. Namun demikian, Pihak Yang Diasuransikan dapat mengajukan klaim atas biaya Pelayanan Kesehatan tersebut kepada Pengelola secara *Reimbursement*, sesuai dengan prosedur pengajuan klaim secara *Reimbursement* sebagaimana diatur dalam Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan ini.

Catatan:

- Sebelum Pihak Yang Diasuransikan meninggalkan Rumah Sakit, Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan harus membayar seluruh biaya Pelayanan Kesehatan yang tidak dilindungi (Ekses Klaim) berdasarkan Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan ini (termasuk biaya yang timbul sebagai akibat diberlakukannya ketentuan Pembayaran Pro Rata sebagaimana dimaksud dalam Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan ini).
- Fasilitas *Cashless* merupakan layanan atau fasilitas tambahan untuk memudahkan Pihak Yang Diasuransikan dalam melakukan Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan yang dapat menyediakan Fasilitas *Cashless*. Oleh karena itu, Pengelola sewaktu-waktu berhak untuk membatasi atau menghentikan Fasilitas *Cashless* ini dan/atau menentukan tata cara atau prosedur Fasilitas *Cashless* berdasarkan Perlindungan Asuransi Tambahan ini.

Klaim Manfaat Meninggal

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 Pihak Yang Diasuransikan;
- 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 Pihak Yang Diasuransikan yang tidak wajar, tidak diketahui atau karena Kecelakaan, serta hasil autopsi atau visum dari Dokter.
- f. Surat pernyataan yang menjelaskan kronologis kematian Pihak Yang Diasuransikan yang disiapkan secara lengkap dan benar serta ditandatangani oleh Penerima Manfaat (apabila Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia di rumah tanpa perawatan Dokter).
- g. Fotokopi hasil pemeriksaan medis yang terkait dengan Perlindungan Asuransi Tambahan/pengajuan klaim ini sehubungan dengan tindakan medis, perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang dilakukan dan/atau diterima oleh Pihak Yang Diasuransikan.
- 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 Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan dengan Penerima Manfaat.
- l. Dokumen lainnya (jika diperlukan).

Catatan:

- Klaim Manfaat Meninggal Dunia akan Pengelola bayarkan selambat-lambatnya 14 hari kerja sejak Klaim Pengelola setuju dan dokumen klaim telah Pengelola 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 Perlindungan Asuransi Tambahan ini dan formulir klaim harus sudah diterima di Kantor Pusat Pengelola 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, Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan bertanggung jawab untuk membayar biaya yang tidak dilindungi (Ekses Klaim) dalam Perlindungan Asuransi Tambahan ini. Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan tidak terbebas dari kewajiban membayar Ekses Klaim dan harus tetap bertanggung jawab untuk membayar Ekses Klaim apabila:

- a. Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan tidak membayar Ekses Klaim tersebut pada saat Pihak Yang Diasuransikan meninggalkan Rumah Sakit; atau
- b. Setelah Pengelola menerima dokumen klaim dari Rumah Sakit, Pengelola menemukan bahwa Rumah Sakit tidak menagihkan atau terdapat kekurangan dalam menagihkan Ekses Klaim kepada Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan.

Catatan:

Dalam hal tersebut di atas, Pengelola akan menagihkan Ekses Klaim tersebut kepada Peserta. Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan harus membayar Ekses Klaim tersebut kepada Pengelola dalam waktu 14 hari sejak tagihan Ekses Klaim tersebut. Pengelola tidak akan membayar Manfaat Asuransi apapun dan/atau memberikan Fasilitas Cashless selanjutnya apabila Pengelola belum menerima pembayaran Ekses Klaim tersebut setelah 14 hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim tersebut. Jika Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan belum membayar tagihan Ekses Klaim tersebut dalam waktu 30 hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim, Pengelola akan mengakhiri Perlindungan Asuransi Tambahan ini Peserta. Pengakhiran atau Pembatalan Perlindungan Asuransi Tambahan ini tidak menghilangkan kewajiban Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan untuk membayar tagihan yang terhutang kepada Pengelola.

Layanan Pengaduan Dan Penyelesaian Sengketa

1. Layanan Pengaduan

- a. Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan dapat menyampaikan pengaduan secara tertulis atau lisan kepada Pengelola melalui jalur layanan pengaduan yang disediakan oleh Pengelola.
- b. Pengelola akan menindaklanjuti pengaduan tersebut dalam jangka waktu sebagai berikut:
 - i. Untuk pengaduan secara lisan: 5 hari kerja sejak pengaduan diterima oleh Pengelola (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 Pengelola (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 Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan, Pengelola 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 Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan di situs resmi Pengelola.
- e. Dalam hal tidak terdapat kesepakatan terhadap hasil tindak lanjut pengaduan sebagaimana disebutkan dalam poin (1) ini, Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan 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 Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan dan Pengelola 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, Pengelola dan Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan 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 Pengelola, silakan menyampaikan pertanyaan dan keluhan melalui *Customer Center* Pengelola:

Alamat:

PT Asuransi Allianz Life Syariah 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 Syariah:

1500 139

E-mail:

Allianzcaresyariah@allianz.co.id

Catatan Penting untuk Diperhatikan

- AlliSy Flexi Medical Plan merupakan produk asuransi kesehatan yang ditambahkan (*rider*) dari PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia dan telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan.
- PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan, dan Tenaga Pemasarnya telah memegang lisensi dari Asosiasi Asuransi Syariah Indonesia.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini bukan merupakan kontrak atau perjanjian asuransi antara PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia dengan Peserta sehingga tidak mengikat PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia/Peserta. Peserta terikat penuh dengan setiap ketentuan pada Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan.
- Penjelasan perlindungan asuransi yang lengkap terdapat pada Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan AlliSy Flexi Medical Plan. Perlindungan berlaku ketentuan Pengecualian yaitu hal-hal yang tidak dilindungi dalam Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan AlliSy Flexi Medical Plan.
- Kontribusi yang dibayarkan sudah termasuk komisi Tenaga Pemasar.
- Pengelola akan menginformasikan kepada Peserta apabila terjadi perubahan manfaat, biaya, risiko, syarat, dan ketentuan sebagaimana tercantum di dalam Syarat-Syarat Perlindungan Asuransi Tambahan AlliSy Flexi Medical Plan paling lambat 30 hari kerja sebelum berlakunya perubahan manfaat, biaya, risiko, syarat, dan ketentuan tersebut.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini hanya sebagai gambaran umum saja. Syarat dan ketentuan lengkap terdapat pada Polis. Untuk informasi lebih lengkap harap menghubungi Pengelola atau Tenaga Pemasar Peserta atau mengunjungi *website* Pengelola di www.allianz.co.id. Semua produk Pengelola dibuat untuk memberikan manfaat bagi Peserta, tapi belum tentu sesuai dengan kebutuhan Peserta. Apabila Peserta masih belum yakin apakah produk ini sesuai dengan kebutuhan Peserta, Pengelola menyarankan Peserta untuk menghubungi Tenaga Pemasar Peserta.
- Peserta wajib membaca dan memahami dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini sebelum menyetujui pengajuan produk dan berhak bertanya kepada Tenaga Pemasar atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini.
- Pengelola berhak menolak pengajuan Polis Peserta, apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
- AlliSy Flexi Medical Plan merupakan Manfaat Tambahan dari Produk Asuransi Yang Dikaitkan dengan Investasi (PAYDI). PAYDI adalah produk asuransi. Komponen investasi dalam PAYDI mengandung risiko. Calon Peserta 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.