

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi UMUM		
Nama Penerbit	:	PT. Asuransi Central Asia
Nama Produk	:	Asuransi Kesehatan MEDI+ atau <i>MEDI+ Health Insurance</i>
Jenis Produk	:	Health
Mata Uang	:	Rupiah
Deskripsi Produk	:	Asuransi Kesehatan MEDI+ atau <i>MEDI+ Health Insurance</i> adalah asuransi yang menjamin pelayanan medis yang sesuai dengan diagnosis dan perawatan medis yang biasa dilakukan untuk Penyakit atau Cedera.
Fitur Utama Asuransi Kesehatan MEDI+ atau <i>MEDI+ Health Insurance</i>		
Manfaat Pertanggungan	:	Sejumlah nilai tertentu yang dijadikan sebagai Harga Pertanggungan. Harga Pertanggungan berdasarkan kesepakatan bersama (<i>Agreed Value</i>) pada saat dilakukannya penutupan Polis tersebut kecuali ditentukan lain dalam Polis.
Premi	:	Ditentukan berdasarkan kasus per kasus
Masa Pertanggungan	:	1 (satu) tahun atau 12 bulan
Periode Bayar Premi	:	Dibayar sekaligus dimuka.
Manfaat		Risiko
A. MANFAAT RAWAT INAP dan PEMBEDAHAN 1. KAMAR RUMAH SAKIT dan PERAWATAN Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk biaya kamar Rumah Sakit dan makanan. Jumlah Manfaat yang dapat dibayar tidak akan melebihi tarif satu hari atas Manfaat Kamar Rumah Sakit dan Perawatan, dan jumlah hari yang maksimum dapat dibayar untuk Satu Ketidakmampuan seperti yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan		1. Tertanggung tidak membayar premi sampai dengan waktu yang telah ditentukan. 2. Tertanggung tidak menyampaikan kondisi kesehatan yang sebenarnya sebelum penutupan polis sehingga menyebabkan klaim ditolak dikemudian hari.

2. UNIT PERAWATAN INTENSIF (ICU/ICCU)

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk perawatan di ICU rumah sakit bila terdapat kebutuhan perawatan intensive karena kondisi penyakit atau luka kritis, disesuaikan dengan Manfaat-manfaat kamar dan perawatan ICU yang ditentukan dalam Tabel untuk Manfaat Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan.. Masa perawatan di ICU akan dihitung sebagai bagian dari seluruh hari perawatan maksimum untuk Satu Ketidakmampuan seperti yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan.

3. KUNJUNGAN DOKTER di RUMAH SAKIT

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk kunjungan harian Dokter dan pengobatan bukan pembedahan selama perawatan Peserta di rumah sakit, tidak dibatasi dengan jumlah kunjungan Dokter tersebut setiap hari perawatan dan Manfaatnya tidak lebih dari jumlah manfaat harian yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan. Pembayaran ini tidak dapat melebihi dari jumlah hari yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan.

4. KONSULTASI DOKTER SPESIALIS

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk biaya konsultasi Dokter Spesialis atas permintaan dokter yang merawat untuk perawatan bukan pembedahan. Jumlah yang dapat dibayarkan tidak melebihi jumlah maksimum manfaat yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan.

5. BIAYA OBAT-OBATAN, LABORATORIUM DAN TEST

Suatu biaya sebenarnya untuk pelayanan Rumah Sakit kepada Peserta/Tertanggung selama dirawat di Rumah Sakit yang meliputi : Obat-obatan, pembalut luka, gips, zat asam, fisioterapi, transfusi darah, pelayanan laboratorium, X-ray dan pemeriksaan kesehatan lainnya yang terkait, namun tidak lebih dari jumlah maksimum untuk satu ketidakmampuan seperti yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan.

6. BIAYA PEMBEDAHAN

Biaya pembedahan termasuk biaya konsultasi dokter bedah maksimal 15 (lima belas) hari sebelum dan 15 (lima belas) hari sesudah pembedahan namun tidak lebih dari jumlah maksimum untuk satu ketidakmampuan seperti yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan. Luas manfaat pembedahan ini adalah sebagaimana

diatur dalam Appendix I. Bila pembedahan yang dijalankan tidak tercantum dalam Appendix I, maka Penanggung menetapkan manfaat yang akan dibayar. 7. BIAYA KAMAR BEDAH Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk biaya kamar bedah dan kamar pemulihan yang digunakan saat dilakukan pembedahan. Jumlah yang dapat dibayarkan tidak melebihi jumlah maksimum manfaat yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan. 8. BIAYA DOKTER AHLI ANAESTESI Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk biaya Dokter Ahli Anaestesi atas pembedahan. Jumlah yang dapat dibayarkan tidak melebihi jumlah maksimum manfaat yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan. 9. BIAYA PERAWATAN DARURAT AKIBAT EMERGENSI Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk perawatan akibat kecelakaan maupun kondisi yang termasuk dalam kriteria Emergensi yang dijamin oleh Polis. Emergensi adalah suatu penanganan dan pengobatan atas suatu keadaan yang memerlukan tindakan medik segera yang bila tidak dilakukan berakibat fatal	
--	--

bagi Peserta/Tertanggung (kematian / cacat tetap). Adapun yang termasuk dalam kriteria Emergensi adalah sebagai berikut: a. Cedera serius karena kecelakaan / ruda paksa b. Serangan Jantung c. Status asthmaticus / serangan asma berat d. Kejang disertai demam tinggi (>39 Celcius) e. Pendarahan berat (bukan disebabkan oleh kehamilan atau kelahiran) f. Muntah disertai dehidrasi atau kekurangan cairan sedang atau berat. g. Kehilangan kesadaran termasuk ayan / epilepsy h. Hipertensi berat yang mengakibatkan stroke i. Keracunan makanan j. Koma k. Kolik perut Apabila Peserta/Tertanggung memerlukan perawatan Dokter, yang disebabkan salah satu kriteria dalam Emergensi, maka semua biaya selama perawatan/pengobatan akan diganti sampai maksimum 100% dari tabel manfaat Emergensi. Jaminan Emergensi sampai dengan 2 x 24 jam setelah kejadian emergensi. 10. BIAYA PERAWATAN GIGI DARURAT Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk perawatan dan pengobatan yang	
--	--

diberikan oleh Rumah Sakit atau klinik untuk pengobatan gigi secara darurat sebagai akibat suatu Kecelakaan dan dilakukan secara rawat jalan dalam jangka waktu 24 (dua puluh empat) jam sejak tanggal terjadinya kecelakaan.

11. BIAYA PERAWAT KHUSUS

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk Perawat/Suster selama di Rawat Inap di Rumah Sakit, direkomendasikan oleh Dokter yang merawat dan disetujui oleh Penanggung. Jumlah manfaat yang dapat dibayarkan tidak melebihi jumlah maksimum manfaat yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan.

12. BIAYA AMBULANS

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk penggunaan mobil ambulan Rumah Sakit menuju Rumah Sakit pada saat diperlukan, namun tidak melebihi jumlah maksimum yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan.

13. BIAYA SEBELUM DAN SETELAH PERAWATAN RUMAH SAKIT

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk konsultasi dokter, tes laboratorium dan termasuk obat-obatan yang digunakan dalam pengobatan, sebelum rawat inap

dan setelah rawat inap, asalkan untuk pengobatan tersebut dilakukan dalam jangka waktu 31 (tigapuluh satu) hari sebelum dan 90 (sembilanpuluh) hari setelah rawat inap. Jumlah yang dapat dibayarkan tidak melebihi jumlah maksimum untuk Satu Ketidakmampuan yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan 14. SANTUNAN DUKA Manfaat yang dibayarkan apabila Peserta/Tertanggung meninggal dunia yang disebabkan karena Penyakit, maka Penanggung akan membayarkan Santunan Duka sesuai dengan jumlah yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan. Manfaat ini tidak dibayarkan apabila Peserta meninggal karena bunuh diri, dihukum mati pengadilan dan akibat kejahatan yang sengaja dilakukan oleh mereka yang berkepentingan dalam Polis ini. 15. SANTUNAN KEMATIAN AKIBAT KECELAKAAN Manfaat yang dibayarkan apabila Peserta/Tertanggung meninggal dunia yang disebabkan karena kecelakaan, maka Penanggung akan membayarkan Uang Duka sesuai dengan jumlah yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan.	
--	--

16. SANTUNAN CACAT TETAP TOTAL

Manfaat yang dibayarkan apabila Peserta / Tertanggung menderita cacat tetap total. Cacat Tetap Total tersebut harus paling sedikit sudah berlangsung 6 (enam) bulan terus menerus dan diakui oleh Penanggung sebagai Cacat Tetap Total. Cacat Tetap Total tersebut harus belum ada sebelum atau pada saat tanggal mulai berlakunya pertanggungan atau pemulihan polis.

Adapun criteria dari Cacat Tetap Total adalah:

- i. Kehilangan penglihatan total dari 2 (dua) mata yang tidak dapat disembuhkan.
- ii. Terputusnya 2 (dua) tangan atau 2 (dua) kaki atau satu tangan dan satu kaki pada atau diatas pergelangan tangan atau kaki.
- iii. Kehilangan penglihatan total dari 1 (satu) mata yang tidak dapat disembuhkan dan terputusnya 1 (satu) tangan atau kaki pada atau diatas pergelangan tangan atau kaki. Jumlah santunan yang dapat dibayar tidak akan melebihi jumlah maksimum yang ditentukan dalam Tabel Manfaat.

Apabila Peserta/Tertanggung dinyatakan cacat tetap total oleh dokter yang merawat maka pembayaran klaim akan dibayarkan setelah melewati masa tunggu 6 (enam) bulan sejak dinyatakan cacat tetap total, dan diakui oleh Penanggung.

B. JAMINAN di RUMAH SAKIT

1. Bebas memilih

Peserta/Tertanggung boleh memilih untuk dirawat di rumah Sakit Provider atau yang bukan provider.

2. Surat Jaminan

Penanggung akan menerbitkan surat jaminan ke Rumah Sakit Provider untuk Peserta/Tertanggung yang menempati kamar yang sesuai dengan manfaat atau maksimum harga 20% (dua puluh prosen) atau Rp. 50.000 (lima puluh ribu rupiah) diatas limit kamar, mana yang lebih kecil, & makan (termasuk kamar perawatan intensif/ICU & ICCU) per hari yang diambil, seluruh selisih biaya perawatan akan ditagih kemudian.

3. Tidak menerbitkan Surat Jaminan

Dalam hal Peserta/Tertanggung menjalani perawatan di Rumah Sakit Provider dan menempati kamar yang harganya melebihi dari 20% (dua puluh persen) atau Rp. 50.000 (lima puluh ribu rupiah) diatas limit kamar & makan, mana yang lebih kecil, (termasuk kamar perawatan intensif/ICU & ICCU) per harinya, maka Penanggung berhak untuk tidak menerbitkan surat jaminan ke Rumah Sakit Provider dan Peserta/Tertanggung harus membayar terlebih dahulu seluruh biaya perawatan.

4. Perawatan di Rumah Sakit bukan provider Peserta/Tertanggung yang menjalani perawatan di Rumah Sakit yang bukan provider harus membayar terlebih dahulu biaya-biaya perawatan tersebut, untuk kemudian diajukan kepada Penanggung. 5. Jaminan yang melebihi batas manfaat Apabila terjadi kelebihan biaya-biaya perawatan yang melampaui kelas jaminan sesuai kelas rumah sakit, Pemegang Polis berkewajiban untuk membayar semua kelebihan tersebut beserta biaya-biaya pelayanan dan perlengkapan Rumah Sakit yang tidak ditanggung dalam Pasal 8 (delapan), termasuk kelebihan biaya jika melebihi maksimum santunan per perawatan. 6. Perawatan lanjutan Jaminan Rawat Inap sebagai mana tersebut pada butir 1 s/d 13 masing-masing penyakit dalam status perawatan ditetapkan bukan sebagai perawatan lanjutan, apabila Peserta/Tertanggung karyawan telah bekerja lebih lebih dari 14 (empat belas) hari kerja berturut-turut atau untuk Peserta / Tertanggung bukan karyawan lebih dari 60 (enam puluh) hari terhitung sejak berakhirnya perawatan sebelumnya.	
--	--

C. Jaminan Tambahan Rawat Jalan

1. Biaya Pemeriksaan Dokter Umum

a. Tanpa Obat

Banyak konsultasi dibatasi satu kali dalam satu hari

b. Dengan Obat

Banyak konsultasi dibatasi satu kali dalam satu hari

2. Biaya Pemeriksaan Dokter Spesialis tanpa Obat

Biaya Pemeriksaan oleh Dokter Spesialis yang dirujuk oleh Dokter Umum, kecuali Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis mata, Dokter Orthopedi dan Dokter Spesialis Kandungan (bukan pemeriksaan kehamilan). Banyaknya konsultasi dibatasi satu kali dalam satu hari. Surat rujukan Dokter Umum berlaku selama periode polis untuk penyakit yang sama.

3. Biaya Obat-Obatan

Biaya Obat-obatan menurut resep asli dokter.

4. Biaya Laboratorium / Diagnostik

Biaya pemakaian fasilitas dan pemeriksaan kesehatan berupa pemeriksaan laboratorium, EKG, radiologi dan pemeriksaan kesehatan lainnya yang berkaitan dengan diagnosa dokter.

5. Biaya Administrasi

Biaya yang diperlukan untuk pendaftaran pasien, tidak termasuk biaya kartu berobat.

D. Jaminan Tambahan Perawatan Gigi

1. Perawatan Dasar

Mengganti biaya-biaya untuk perawatan dasar, yang mencakup sinar X yang diperlukan sebelum perawatan gigi, perawatan untuk pembengkakan, penambalan gigi dengan sinar atau penambalan amalgam, pencabutan serta perawatan saluran akar gigi. Batas jaminan ini adalah per tahun Polis.

2. Perawatan Gusi

Mengganti biaya-biaya untuk perawatan Gusi, termasuk kuritase. Batas jaminan ini adalah per tahun Polis.

3. Perawatan Pencegahan

Mengganti biaya-biaya untuk pembersihan karang gigi. Batas Jaminan ini adalah per tahun Polis.

4. Perawatan Kompleks

Mengganti biaya-biaya untuk perawatan kompleks yang mencakup pembedahan jaringan gigi, apicoetomy pada geraham dan pencabutan yang memerlukan pembedahan pada gigi bungsu (*wisdom teeth*). Batas Jaminan adalah per gigi.

5. Biaya Gigi Palsu Biaya-biaya pembuatan dan pemasangan gigi palsu yang diperlukan sesuai dengan kehilangan gigi yang dijamin dibawah Polis ini karena penyakit/kecelakaan. 6. Perawatan Perbaikan Mengganti biaya-biaya untuk perawatan perbaikan yang menyangkut capping, mahkota dan jembatan dalam bentuk plastik atau porselen. Batas jaminan ini adalah per gigi. E. Jaminan Tambahan Persalinan 1. Biaya Kamar Biaya kamar dan makan selama Peserta/ Tertanggung di rawat di Rumah Sakit. 2. Biaya Persalinan Biaya Persalinan oleh dokter atau bidan 3. Biaya Kamar Persalinan 4. Biaya Umum Biaya-biaya yang berkaitan dengan persalinan 5. Melahirkan Normal (Bidan dan Penyulit) Penggantian biaya persalinan normal, termasuk persalinan dengan induksi dan menggunakan Forceps atau Vacuum atau persalinan dengan bantuan bidan resmi yang memiliki izin. Batas jaminan	
---	--

ini adalah per tahun. 6. Melahirkan dengan Operasi Caesar Penggantian biaya melahirkan dengan operasi Caesar adalah persalinan yang menurut diagnosa dokter kandungan harus dilakukan melalui operasi Caesar karena indikasi medis dan keselamatan Peserta/Tertanggung dan atau bayi yang dikandung. Operasi Caesar harus atas indikasi medis dan rekomendasi Dokter Kandungan. Batas jaminan ini adalah per tahun. 7. Biaya Keguguran per tahun Penggantian biaya yang dikeluarkan apabila Peserta / Tertanggung mengalami keguguran. Keguguran adalah keguguran legal yang direkomendasikan oleh Dokter Kandungan sesuai dengan indikasi medis. 8. Masa Tunggu 280 (dua ratus delapan puluh) hari untuk melahirkan Normal dan Operasi Caesar dan masa tunggu 90 (sembilan puluh) hari untuk keguguran. F. Besarnya manfaat Asuransi Kesehatan adalah sebagai berikut: Besarnya manfaat pertanggungan sebagaimana tercantum dalam Pasal 10 diatur dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan, Rawat Jalan, Perawatan Gigi dan Manfaat Melahirkan.	
---	--

Risiko Sendiri (deductible)	:	Nil
Biaya	:	1. Biaya cetak polis Rp 25,000 2. Biaya meterai: • Untuk Biaya Asuransi $\leq$ Rp 5,000,000 Biaya meterai = Rp 10,000 (1 x Rp 10,000) • Untuk Biaya Asuransi $>$ Rp 5,000,000 Biaya meterai = Rp 20,000 (2 x Rp 10,000)
Pengecualian	:	Polis ini tidak menanggung hal-hal yang tersebut di bawah ini : 1. Perawatan di Rumah Sakit selama “Masa Tunggu” seperti yang didefinisikan dalam Pasal 12, kecuali perawatan untuk luka akibat dari Kecelakaan. 2. Penyakit atau luka yang terjadi sebelumnya (preexisting conditions) kecuali bila Peserta/Tertanggung telah dipertanggungkan selama 12 (dua belas) bulan dibawah Polis ini. 3. Perawatan apapun baik secara langsung maupun tidak langsung luka yang terjadi karena melukai diri sendiri baik dalam keadaan pikiran sehat ataupun tidak pada waktu kejadian, dan percobaan bunuh diri. 4. Pemeriksaan kesehatan rutin (Routine medical check up) atau pemeriksaan yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosis penyakit yang dijamin, serta segala jenis imunisasi. 5. Pemeriksaan laboratorium / diagnostik dan perawatan atau pengobatan yang tidak diperlukan secara medis atau tidak berhubungan dengan pengobatan suatu penyakit atau luka. 6. Bedah plastik atau pembedahan kosmetik kecuali yang dinyatakan perlu karena akibat kecelakaan yang terjadi selama masa pertanggungan. 7. Pengobatan gigi : a) Semua jenis operasi gigi, baik rawat inap maupun rawat jalan b) Perawatan dan pengobatan gigi kecuali : 1) Yang dinyatakan perlu karena cedera akibat kecelakaan pada gigi alamiah dan sehat yang

	terjadi selama masa pertanggung 2) Yang mengambil manfaat Khusus Perawatan Gigi sebagaimana diatur dalam Pasal 10 (sepuluh) bagian D 8. Pengobatan atau perawatan apapun untuk kelainan bawaan atau penyakit keturunan. 9. Pengobatan sehubungan dengan stress, kecemasan, depresi dan kelainan jiwa. 10. Pengobatan dan perawatan apapun yang berhubungan dengan kehamilan, keguguran, atau melahirkan anak (termasuk pemeriksaan kehamilan), pemeriksaan untuk dan pengobatan kemandulan (sub-fertilitas), biaya pengguguran (aborsi) atau sterilisasi dan kontrasepsi, termasuk perawatan karena komplikasi kehamilan, terkecuali yang mengambil manfaat khusus persalinan sesuai dengan pasal 10 bagian E 11. Pengobatan apapun terjadi karena, sehubungan dengan, atau akibat AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), penyakit yang berhubungan dengan AIDS (AIDS Related Complex Syndrome), Penyakit Hubungan Seksual (PHS) dan semua penyakit yang disebabkan oleh atau berhubungan dengan virus HIV positif 12. Obat-obat yang dibeli tanpa resep dokter atau dengan resep dokter dan tidak dibeli di apotik atau obat-obatan yang tidak sesuai untuk pengobatan penyakit atau luka yang diderita. 13. Pengobatan atau perawatan untuk kegemukan (obesitas), mengurangi berat badan dan upaya menambah berat badan termasuk vitamin dan food suplemen. 14. Perawatan sehubungan dengan hemodialisis atau cuci darah dan kemoterapi termasuk biaya-biaya yang terkait. Hemodialisis atau cuci darah dan kemoterapi termasuk biaya-biaya yang terkait hanya diganti apabila karena operasi dan bersamaan dengan rawat inap dan hanya diganti satu kali selama periode pengcoveran. 15. Tindakan sirkumsisi (sunat) yang dilakukan atas indikasi
--	---

	atau sebab apapun. 16. Tindakan / operasi transplantasi organ tubuh termasuk transplantasi sumsum tulang atau saraf dan semua biaya-biaya yang terkait. 17. Pemeriksaan mata dan pengobatan kelainan refraksi mata oleh sebab apapun. 18. Penyakit - penyakit yang dinyatakan sebagai penyakit wabah yang dinyatakan oleh Pemerintah atau penyakit menular yang membutuhkan isolasi atau karantina. 19. Perawatan apapun baik secara langsung maupun tidak langsung terjadi karena kecanduan penggunaan obat bius, narkotika, obat psikotropika, alkohol serta keracunan. 20. Biaya pembelian perlengkapan kesehatan seperti kacamata, alat bantu dengar, kursi roda, alat pengganti/protesis (prothesis) dan pemasangan implants termasuk lensa. 21. Biaya yang dikeluarkan untuk perawat pribadi, konsultasi dengan dokter umum, pemeriksaan kesehatan rutin (routine health checks), pelayanan kesehatan pencegahan, akupunktur dan penyuntikan, dan biaya untuk telepon, televisi, koran dan biaya non-medis selama perawatan di rumah sakit. 22. Biaya yang sebenarnya tidak dikeluarkan, biaya yang tidak wajar dan tidak diperlukan dalam pengobatan suatu penyakit atau luka. 23. Penyakit atau luka yang terjadi secara langsung maupun tidak langsung akibat perang baik yang dinyatakan ataupun tidak, pemogokan, kekacauan, huru-hara, atau keterlibatan dalam tugas kepolisian dan militer, atau organisasi ketentaraan, atau ikut dalam tindakan penangkapan. 24. Semua tindakan atau perbuatan yang melanggar hukum 25. Penyakit atau luka yang terjadi sehubungan dengan hobi atau olahraga yang berisiko tinggi seperti terjun payung, mendaki gunung, lomba balap kuda dan lainnya, atau lomba kecepatan dengan menggunakan kendaraan apapun, dan semua cabang olahraga profesional.
--	---

		26. Penyakit atau luka yang terjadi sehubungan dengan kegiatan penerbangan atau antariksa, selain sebagai penumpang yang membayar pada perusahaan penerbangan komersil dengan jalur penerbangan yang tetap. 27. Penyakit atau luka yang terjadi sehubungan dengan radiasi percobaan atau kontaminasi oleh radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau limbah nuklir dari proses fisi nuklir atau dari setiap bahan senjata nuklir.
Persyaratan dan Tata Cara	:	PROSEDUR KLAIM A. KLAIM DENGAN PENGgantian (REIMBURSEMENT) Apabila Peserta terlebih dahulu membayar biaya perawatan di Rumah Sakit, maka Penanggung akan mengeluarkan penggantian kepada Peserta sesuai dengan Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan. 1. Kelengkapan Data Klaim Dalam mengajukan klaim, Peserta wajib melengkapi bukti-bukti berupa dokumen asli sebagai berikut : - Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan - Resume Medis - Surat rujukan Dokter untuk rawat inap - Kwitansi asli beserta perincian biaya selama perawatan di Rumah Sakit - Perincian penggunaan obat selama dirawat beserta biayanya. - Perincian penggunaan penunjang medis beserta biayanya. - Hasil pemeriksaan penunjang medis. - Copy Kartu Peserta Asuransi dan Kartu Identitas diri (KTP/SIM/PASPOR) 2. Klaim diajukan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) 7hari kalender setelah berakhirnya perawatan sebagaimana diatur dalam Pasal 10.

	B. KLAIM RAWAT INAP di RUMAH SAKIT PROVIDER Dokumen klaim dikirim Rumah Sakit Provider kepada Penanggung. C. MANFAAT ASURANSI LAINNYA Apabila Peserta telah mendapatkan perlindungan dari Penanggung lainnya untuk manfaat Asuransi sebagaimana disebutkan dalam Pasal 1 diatas, maka Penanggung hanya berkewajiban untuk membayar biaya-biaya yang tidak dibayarkan oleh Penanggung lain tersebut dan harus dibuktikan dengan : 1. Salinan dokumen klaim lengkap yang telah dilegalisir oleh Penanggung lain tersebut, serta 2. Surat keterangan pembayaran asli dari Penanggung lain tersebut D. PROSEDUR KLAIM SANTUNAN DUKA 1. Dokumen-dokumen yang diperlukan : a. Formulir Asuransi Kesehatan Kumpulan b. Formulir Pengajuan Klaim Meninggal Dunia (diisi oleh Yang Ditunjuk oleh keluarga karyawan dan/atau Yang berhak menerima Santunan Duka berdasarkan undang-undang). c. Surat Keterangan Dokter yang merawat d. Surat Keterangan Meninggal Dunia dari instansi yang berwenang e. Jika meninggal dunia karena kecelakaan, Surat Keterangan meninggal dunia dari kantor Kepolisian. f. Jika meninggal dunia di luar negeri, diperlukan Surat Keterangan meninggal dunia dari KBRI . g. Kartu Peserta Asuransi karyawan dan anggota keluarga yang menjadi peserta. h. Copy Kartu Identitas diri karyawan. i. Copy Kartu Identitas diri Yang Ditunjuk oleh Keluarga karyawan dan / atau Yang berhak menerima Santunan Duka berdasarkan undang-undang.
--	--

Perhitungan Premi:

- Rawat Inap

IP			
Premi (1 - 55 tahun)			
Pria	2.902.000	2.048.000	1.449.000
Wanita	3.193.000	2.253.000	1.593.000
Anak:	2.032.000	1.434.000	1.015.000
	0	0	0
Premi (56 - 59 tahun)			
Pria	3.337.000	2.355.000	1.666.000
Wanita	3.672.000	2.591.000	1.832.000
	0	0	0
Premi (60 - 64 tahun)			
Pria	4.005.000	2.826.000	1.999.000
Wanita	4.406.000	3.109.000	2.199.000
	0	0	0
Premi (65 - 69 tahun)			
Pria	5.206.000	3.674.000	2.599.000
Wanita	5.728.000	4.042.000	2.858.000

- Rawat Jalan

OP			
Premi (1 - 55 tahun)			
Pria	3.053.000	2.052.000	1.499.000
Wanita	3.664.000	2.463.000	1.798.000
Anak:	2.443.000	1.643.000	1.199.000
	0	0	0
Premi (56 - 59 tahun)			
Pria	3.664.000	2.462.000	1.798.000
Wanita	4.397.000	2.956.000	2.158.000
	0	0	0
Premi (60 - 64 tahun)			
Pria	4.762.000	3.201.000	2.338.000
Wanita	5.495.000	3.694.000	2.697.000
	0	0	0
Premi (65 - 69 tahun)			
Pria	5.524.000	3.713.000	2.711.000
Wanita	5.605.000	3.794.000	2.772.000

- Rawat Gigi

DT			
Premi (1 - 55 tahun)			
Pria	457.000	392.000	278.000
Wanita	480.000	412.000	292.000
Anak:	503.000	432.000	306.000
	0	0	0
Premi (56 - 59 tahun)			
Pria	548.000	470.000	333.000
Wanita	576.000	494.000	350.000
	0	0	0
Premi (60 - 64 tahun)			
Pria	712.000	611.000	433.000
Wanita	749.000	642.000	455.000
	0	0	0
Premi (65 - 69 tahun)			
Pria	997.000	856.000	606.000
Wanita	1.048.000	899.000	637.000

Simulasi Klaim:

Tertanggung : Bapak Fulando
Usia : 40 Tahun
Plan OP : OP 140
Premi : Rp 3,053,000
Klaim No. : XXXXXX
Policy No. : XXXXXX
Penyebab Pada tanggal 12 Mei 2024 Bapak Fulando
Kerugian didiagnosa mengidap penyakit infeksi saluran kemih atau *Urinary Tract Infection (UTI)*. Atas rekomendasi dokter Bapak Fulando melakukan rawat jalan.

		Rincian Nilai Kerugian - Biaya Konsultasi Dokter Umum IDR 140,000 - Biaya Laboratorium, Test Diagnostik (pemeriksaan sampel darah dan urin) atas perintah Dokter IDR 800,000 - Biaya Pembelian Obat-obatan sesuai resep dokter IDR 1,500,000 Total Nilai Kerugian IDR 2,440,000 Sesuai dengan kondisi polis dan dokumen pendukung yang diberikan, dapat disampaikan bahwa nilai penggantian yang dapat disetujui adalah sebesar: Total Nilai Kerugian IDR 2,440,000 Rincian Nilai Klaim yg dibayar: - Biaya Konsultasi Dokter Umum IDR 140,000 - Biaya Laboratorium, Test Diagnostik atas perintah Dokter IDR 800,000 - Biaya Pembelian Obat-obatan sesuai reep dokter IDR 1,500,000 Sub Total Nilai klaim IDR 2,440,000 Excess/ Risiko Sendiri Nill Total Klaim yang dibayar IDR 2,440,000
Informasi Tambahan	:	1. Asuransi Kesehatan MEDI+ atau <i>MEDI+ Health Insurance</i> adalah produk Asuransi milik PT. ASURANSI CENTRAL ASIA yang telah didaftarkan dan memperoleh persetujuan pemasaran dari Otoritas Jasa Keuangan. 2. Apabila hendak melakukan pengaduan dalam hal ketidakpuasan layanan, dan informasi lebih lanjut serta pelaporan klaim, Tertanggung dapat menghubungi tim marketing PT. ASURANSI CENTRAL ASIA atau Hotline 24 Jam: +62(0)21 29103232

	3. Terdapat Syarat dan Ketentuan yang berlaku yang mengatur produk asuransi ini. Syarat dan ketentuan tersebut dapat diperoleh di Hotline ACA +62(0)21 29103232 dan di jaringan Kantor Cabang ACA terdekat. 4. Segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 hari sebelum efektif berlakunya perubahan. 5. Produk ini merupakan Produk Asuransi dan bukan merupakan Produk Bank serta tidak dijamin oleh Lembaga Penjaminan Simpanan (LPS). 6. Apabila terdapat pertanyaan, keluhan atau informasi lanjutan Tertanggung dapat menghubungi: Call Centre PT ASURANSI CENTRAL ASIA di +62(0)21 29103232 atau melalui website PT ASURANSI CENTRAL ASIA www.aca.co.id
Disclaimer (Penting untuk dibaca)	1. Perusahaan Asuransi dapat menolak permohonan produk Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku. 2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan berhak bertanya kepada pegawai Perusahaan Asuransi atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.
 PT. Asuransi Central Asia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan	Tanggal Cetak Dokumen DD/MM/YYYY