

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum

Asuransi Kesehatan Proteksi Ekstra

Nama Penerbit : PT AXA Mandiri Financial Services (AXA Mandiri) Jenis Produk : Produk Asuransi Kesehatan
Nama Produk : Asuransi Kesehatan Proteksi Ekstra Mata Uang : Rupiah

Deskripsi Produk:
Asuransi Kesehatan Proteksi Ekstra, merupakan asuransi kesehatan yang memberi pertanggungan sampai usia 75 (tujuh puluh lima) tahun. Produk ini memberikan Manfaat Asuransi berupa pembayaran selisih biaya dari peningkatan kelas Rawat Inap bagi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Tertanggung dapat mengakses kelas Rawat Inap di atas kelas Rawat Inap BPJS Kesehatan yang menjadi haknya. Selain itu, produk ini juga memberikan sejumlah manfaat lain yaitu manfaat ambulans, Evakuasi Medis dan repatriasi medis, Repatriasi Jenazah, dan santunan *hospital cash plan*.

FITUR UTAMA ASURANSI

Usia Masuk	Tertanggung: 0 tahun – 64 tahun Pemegang Polis: 18 tahun – 75 tahun Catatan: ✓ Ulang tahun terakhir ✓ Pemegang Polis dapat berbeda dengan Tertanggung
Masa Asuransi	1 tahun dan dapat diperpanjang secara otomatis sampai Tertanggung berusia 75 tahun
Pilihan Frekuensi Pembayaran Premi	Tahunan, Semesteran, Kuartalan, Bulanan
Premi	Sesuai usia masuk dan plan yang dipilih
Masa Tunggu	30 Hari Kalender untuk seluruh Manfaat Asuransi. 90 Hari Kalender untuk manfaat Rawat Inap yang disebabkan oleh Penyakit Kritis dan kondisi khusus sebagaimana tercantum dalam pengecualian. Ketentuan Masa Tunggu tidak berlaku jika disebabkan oleh Kecelakaan

DESKRIPSI MANFAAT ASURANSI

1. Manfaat Rawat Inap
- Rawat Inap termasuk pelayanan khusus mencakup: - Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan; - Pemeriksaan dan pengobatan oleh Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis; - Pemeriksaan penunjang diagnostik sederhana sampai canggih; - Tindakan Medis; - Rehabilitasi Medis; - Perawatan darurat akibat Kecelakaan; - Bahan dan Alat Kesehatan habis pakai (selama tidak termasuk dalam pengecualian Polis);

RISIKO

Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi antara lain disebabkan: - Hal-hal yang tercantum pada Pengecualian - Diketahui Pemegang Polis, Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat telah memberikan keterangan yang tidak benar atau memberikan keterangan palsu atau memanipulasi dokumen sehubungan pengajuan klaim Manfaat Asuransi atau pengajuan klaim tidak sesuai dengan ketentuan Polis - Telah melewati jangka waktu pengajuan klaim Manfaat Asuransi yang tercantum dalam ketentuan Polis
--

- h. Pelayanan transfusi darah (selama tidak termasuk dalam pengecualian Polis);
- i. Pemberian surat rujukan sesuai ketentuan yang berlaku pada Penanggung; dan
- j. Pelayanan obat: Layanan obat-obatan sesuai dengan Formularium Obat Inhealth (FOI) dan Formularium Obat Rumah Sakit (FORS) yang berlaku.

- Polis berakhir secara otomatis pada saat Polis menjadi lewat waktu (*lapsed*)

BIAYA-BIAYA

Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah memperhitungkan komponen biaya-biaya.

2. Ambulans (dari *Provider* ke *Provider*)

3. Evakuasi Medis dan repatriasi medis

Tertanggung akan mendapatkan layanan Evakuasi Medis dan repatriasi medis dengan ketentuan:

- a. Evakuasi Medis dilaksanakan untuk kasus Kecelakaan atau sakit serius atas dasar pertimbangan medis, sifat kedaruratan, kondisi Tertanggung, dan kemampuan untuk melakukan perjalanan yang memerlukan perawatan segera, sementara sarana medis yang memadai tidak tersedia ke sarana terdekat yang mampu memberikan layanan yang memadai. Kebutuhan evakuasi serta sarana angkutan yang akan digunakan merupakan kewenangan Dokter setempat yang menangani pasien, dengan mempertimbangkan kondisi pasien, pertimbangan medis, sifat kedaruratan, kemampuan untuk melakukan perjalanan, kondisi cuaca, dan mempertimbangkan jarak tempuh yang paling memadai.
- b. Keputusan atas Evakuasi Medis atau repatriasi medis untuk perawatan Tertanggung merupakan kewenangan Dokter setempat yang menangani atas persetujuan Penanggung.
- c. Tiket transportasi untuk satu orang pendamping/keluarga Tertanggung yang ikut menyertai dalam Evakuasi Medis dan/atau repatriasi medis dari fasilitas kesehatan antara lain rumah sakit, puskesmas, atau klinik yang memberikan layanan kesehatan ke tempat Evakuasi Medis dan/atau repatriasi medis yang dituju. Tiket repatriasi medis tidak berlaku untuk kasus repatriasi medis tanpa didahului dengan Evakuasi Medis.
- d. Manfaat Evakuasi Medis dapat diberikan dengan ketentuan jarak tempuh minimal 50 (lima puluh) kilometer.

4. Repatriasi Jenazah

Dalam hal Tertanggung meninggal dunia dengan atau tanpa didahului oleh Evakuasi Medis dapat memperoleh layanan Repatriasi Jenazah dengan ketentuan:

- a. Berlaku di wilayah Indonesia.
- b. Mendapatkan surat keterangan meninggal dunia dari Dokter pada suatu fasilitas kesehatan antara lain rumah sakit, puskesmas, atau klinik yang memberikan layanan kesehatan di wilayah di mana Tertanggung meninggal dunia di Indonesia.
- c. Layanan Repatriasi Jenazah tidak memperhitungkan sebab kematian dan tujuan Repatriasi Jenazah hanya dapat dilakukan dari fasilitas kesehatan antara lain rumah sakit, puskesmas, atau klinik yang memberikan layanan kesehatan ke rumah duka, tidak langsung ke pemakaman.
- d. Peti jenazah standar cargo dan formalin pada Repatriasi Jenazah hanya diberikan oleh Penanggung untuk persyaratan transportasi yang bukan merupakan ritual dan syarat keagamaan atau tradisi.
- e. Tiket transportasi untuk satu orang pendamping/keluarga Tertanggung yang ikut menyertai dalam Repatriasi Jenazah ke rumah duka sesuai domisili Tertanggung.

5. Santunan *hospital cash plan*

Ketentuan santunan *hospital cash plan* di Rumah Sakit apabila Tertanggung yang di Rawat Inap sepenuhnya menggunakan jaminan BPJS Kesehatan, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Berlaku sejak hari kedua perawatan Rawat Inap atau sesuai kesepakatan Pemegang Polis dengan Penanggung;
- b. Maksimum 30 (tiga puluh) Hari Kalender untuk setiap kasus perawatan Rawat Inap dan 50 (lima puluh) Hari Kalender per tahun;
- c. Besarnya nilai santunan sesuai dengan nilai yang ditetapkan oleh Penanggung;
- d. Pengajuan Klaim *Reimbursement* santunan *hospital cash plan* dapat dilakukan oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung setelah pelayanan Rawat Inap selesai dilakukan.

- e. Tidak ada biaya penagihan dari jaringan *Provider* ke Penanggung.
- f. Tidak berlaku untuk Rawat Inap yang disebabkan karena persalinan.
- g. Tidak termasuk dalam pengecualian Polis.

Kelas pada manfaat Rawat Inap adalah Top Up Kelas Rawat Inap BPJS Kesehatan, kenaikan 1 (satu) tingkat atau lebih di atas kelas Rawat Inap BPJS Kesehatan atau kelas lain yang disetarakan oleh Penanggung. Untuk Top Up Kelas Rawat Inap BPJS Kesehatan dengan kenaikan lebih dari 1 (satu) tingkat akan menyesuaikan ketentuan yang ditetapkan oleh Penanggung dengan tetap memperhatikan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Penjamin pada produk Asuransi Kesehatan Proteksi Ekstra adalah:

- a. BPJS Kesehatan sebagai penjamin dan pembayar pertama;
- b. Penanggung sebagai penjamin kedua berdasarkan pada Surat Eligibilitas Peserta yang dikeluarkan dalam rangka prosedur BPJS Kesehatan.

Dalam hal terdapat perubahan pada regulasi yang mengakibatkan pertanggungungan tidak dapat digunakan sebagaimana mestinya sesuai penjelasan di atas, maka Penanggung hanya dapat memberikan manfaat santunan *hospital cash plan*.

Manfaat Asuransi	Keterangan	Plan Ekstra Kelas I	Plan Ekstra Kelas VIP
A. Manfaat Rawat Inap	Per Tahun Polis	Maksimal Rp1.500.000.000 per tahun Polis	Maksimal Rp2.500.000.000 per tahun Polis
1. Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan			
2. Pemeriksaan dan pengobatan oleh Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis			
3. Pemeriksaan penunjang diagnostik sederhana sampai canggih			
4. Tindakan Medis			
5. Rehabilitasi Medis			
6. Perawatan darurat akibat Kecelakaan			
7. Bahan dan Alat Kesehatan habis pakai (selama tidak termasuk dalam pengecualian Polis)			
8. Pelayanan transfusi darah (selama tidak termasuk dalam pengecualian Polis)			
9. Pemberian surat rujukan sesuai ketentuan yang berlaku pada Penanggung			
10. Pelayanan obat: Layanan obat-obatan sesuai dengan Formularium Obat Inhealth (FOI) dan Formularium Obat Rumah Sakit (FORS) yang berlaku			
B. Ambulans (dari <i>Provider</i> ke <i>Provider</i>)	Per Tahun Polis	Rp1.000.000	Rp1.500.000
C. Evakuasi medis, repatriasi medis atau Repatriasi Jenazah	Berlaku di dalam negeri	Dijamin <i>Cashless</i>	Dijamin <i>Cashless</i>

D. Santunan <i>hospital cash plan</i>	Per hari, terhitung sejak hari ke-2 sampai hari ke-30 untuk setiap kasus Rawat Inap, maksimal 50 hari dalam setahun Tidak ada tagihan dari <i>Provider</i> ke Penanggung	Rp250.000	Rp500.000
---------------------------------------	---	-----------	-----------

FASILITAS POLIS

Pemulihan Polis

Pemegang Polis dapat mengajukan permohonan Pemulihan Polis kepada Penanggung paling lambat 30 (tiga puluh) Hari Kalender sejak Polis dinyatakan lewat waktu (*lapsed*). Ketentuan Pemulihan Polis lebih rinci dapat merujuk ke ketentuan Polis.

PENGECUALIAN

1. Manfaat Asuransi tidak berlaku apabila diakibatkan oleh hal berikut:
 - a. Tidak sesuai ketentuan Polis, prosedur dan Indikasi Medis; atau
 - b. Rawat Inap yang muncul atau terjadi dalam 30 (tiga puluh) Hari Kalender setelah Tanggal Berlakunya Asuransi atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang paling akhir, kecuali Rawat Inap yang disebabkan Kecelakaan; atau
 - c. Kondisi khusus yang terjadi dalam 90 (sembilan puluh) Hari Kalender sejak Tanggal Berlakunya Asuransi atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang paling akhir:
 - 1) Katarak
 - 2) Penyakit amandel atau adenoid
 - 3) Kondisi abnormal rongga hidung, sekat hidung atau kerang hidung (turbinates), termasuk sinus
 - 4) Penyakit kelenjar tiroid
 - 5) Asthma
 - 6) Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK)
 - 7) Tuberkulosis
 - 8) Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler)
 - 9) Penyakit pembuluh darah otak
 - 10) Penyakit tekanan darah tinggi
 - 11) Hepatitis
 - 12) Batu dan sistem saluran empedu
 - 13) Penyakit kencing manis
 - 14) Ulkus lambung atau duodenum
 - 15) Batu dalam ginjal, saluran kemih atau kandung kemih
 - 16) Semua jenis hernia
 - 17) Diskus Intervertebrata yang menonjol atau Hernia Nucleus Pulposus (HNP)
 - 18) Hemoroid atau wasir
 - 19) Fistula di anus
 - 20) Epilepsi
 - 21) Semua jenis tumor/benjolan/kista
 - 22) Gagal ginjal menahun
 - 23) Histerektomi (dengan atau tanpa salpingo - ooforektomi)
 - d. Penyakit Kritis yang terjadi dalam 90 (sembilan puluh) Hari Kalender sejak Tanggal Berlakunya Asuransi atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang paling akhir:
 - e. Pelayanan/pengobatan terhadap gangguan mental dan perilaku; atau

- f. Penyakit atau cedera yang diakibatkan oleh perbuatan sendiri (upaya bunuh diri, olahraga berbahaya, penyalahgunaan narkoba/zat adiktif lain, penyalahgunaan alkohol); atau
- g. Keterlibatan Tertanggung dalam kegiatan berbahaya (atau ikut serta dalam latihan khusus untuk itu) termasuk tetapi tidak terbatas pada kegiatan menyelam dengan menggunakan alat pernafasan, pendakian gunung dengan menggunakan tali atau penunjuk jalan, pot holing, terjun payung, layang gantung, olah raga musim dingin dan/atau yang melibatkan es atau salju termasuk tetapi tidak terbatas pada ski es dan kereta luncur, hoki es, bungy jumping, serta olah raga profesional atau olah raga lainnya yang menggunakan kendaraan tertentu;
- h. Kejadian yang berkaitan dengan pekerjaan atau profesi yang berisiko tinggi misalnya tetapi tidak terbatas pada pilot, teknisi penerbangan, awak kabin atau menggunakan bahan berbahaya misalnya tetapi tidak terbatas pada asbestos, benzena, arsen, cadmium, etilen oksida, benzo[a]pyrene, silika, radiasi ultraviolet termasuk perangkat yang dapat memancarkan ultraviolet-tanning, radon, aluminium dan kokas produksi, bahan baku besi dan baja, serta industri manufaktur karet; atau
- i. Pelayanan bersifat kosmetik dan estetik, termasuk perawatan keloid yang tidak mengganggu fungsi; atau
- j. Imunisasi dan/atau vaksinasi tambahan; atau
- k. Khitanan tanpa Indikasi Medis; atau
- l. Pelayanan yang belum diakui secara sah oleh Kementerian Kesehatan RI (masih dalam uji coba); atau
- m. Pelayanan program dalam upaya memperoleh keturunan; atau
- n. Alat bantu kesehatan antara lain dan tidak terbatas pada: kursi roda, tongkat penyangga, korset, kantong es batu/air hangat, pispot, kasur decubitus, decker, underpad; atau
- o. Biaya administrasi lain yang tidak terkait dengan pengobatan (misalnya administrasi pengurusan surat-surat keterangan kelahiran dan/atau kematian resume medis, Visum et repertum), biaya transportasi, parkir, fotocopy, salon, surat kabar/majalah, telepon, makanan tambahan, tempat tidur tambahan, atau yang secara medis tidak diperlukan; atau
- p. Memulihkan kesehatan selain di Rumah Sakit (Homecare, Sanatorium dan sejenisnya);
- q. AIDS dan ARC (Aids Relative Complex), HIV positive, termasuk dan tidak terbatas pada pemeriksaan HIV dalam darah; atau
- r. General Check Up, screening kesehatan, dan tes kesehatan yang tidak berhubungan dengan pengobatan; atau
- s. Screening ulang darah oleh Provider; atau
- t. Penyakit Menular Seksual; atau
- u. Pengobatan akibat tindakan melawan hukum, tindakan kriminal, Tertanggung diserang akibat tindakan provokasi yang dilakukannya; atau
- v. Ikut berpartisipasi dalam peperangan (baik yang dinyatakan maupun tidak), keadaan seperti perang, pendudukan, gerakan pengacauan, pemberontakan, perebutan kekuasaan, pemogokan, huru-hara, keributan, tindakan kriminal, aktivitas yang melanggar hukum atau berdinis di angkatan bersenjata atau kepolisian. Untuk itu dalam hal tertanggung adalah korban maka yang bersangkutan berhak atas jaminan manfaat; atau
- w. Bencana Alam; atau
- x. Penerbangan bukan sebagai penumpang pesawat yang memiliki jadwal tetap, diakui secara internasional, penerbangan komersial kecuali Tertanggung diberikan perlindungan terhadap manfaat tersebut berdasarkan Polis; atau
- y. Penyakit atau Luka yang disebabkan oleh atau berhubungan dengan radiasi ionisasi atau kontaminasi oleh radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau limbah nuklir dari proses fisi nuklir atau dari setiap bahan senjata nuklir; atau
- z. Pembelian obat tradisional/ herbal/ kuasi/ kosmetik/ produk MLM; atau
- aa. Obat yang belum terdaftar pada Kementerian Kesehatan, Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) dan/atau tanpa resep Dokter (over-the-counter drug); atau
- bb. Layanan obat-obatan di luar Formularium Obat Inhealth (FOI) dan Formularium Obat Rumah Sakit (FORS) yang berlaku; atau
- cc. Implant; atau
- dd. Perawatan atau pelayanan yang tidak ada hubungannya dengan diagnose; atau
- ee. Pembelian organ untuk transplantasi organ; atau
- ff. Home Nursing (perawatan di rumah) atau untuk perawatan pribadi; atau
- gg. Haemodialisa (cuci darah); atau
- hh. Radiotherapi/Kemoterapi untuk segala jenis Kanker; atau
- ii. Pelayanan Rawat Inap apabila SEP BPJS Kesehatan tidak terbit; atau
- jj. Wabah epidemi atau pandemi baik yang dinyatakan atau tidak dinyatakan oleh Pemerintah; atau
- kk. Kehamilan, Komplikasi kehamilan, Keguguran, Persalinan dan/atau komplikasi Persalinan; atau
- ll. Chemoport, Cimino, dan sejenisnya.

2. Dalam hal Tertanggung mengalami risiko karena salah satu dari hal sebagaimana dimaksud pada nomor 1, maka Penanggung tidak memiliki kewajiban apapun terhadap Pemegang Polis, Tertanggung, Penerima Manfaat dan/atau pihak yang berkepentingan dengan Polis.
3. Ketentuan pada nomor 1 berlaku, kecuali dinyatakan lain oleh Penanggung dalam Endorsemen dan/atau dokumen lainnya (jika ada).

PERSYARATAN DAN TATA CARA

A. Pengajuan Pendaftaran Produk Asuransi Bersama

- a. Tenaga pemasar menawarkan dan/atau menjelaskan Produk Asuransi Bersama kepada calon Pemegang Polis.
- b. Apabila calon Pemegang Polis setuju atas penawaran tersebut maka calon Pemegang Polis harus mengisi dan melengkapi dokumen sebagai berikut:
 - Informasi kepesertaan BPJS Kesehatan;
 - Surat Permintaan Asuransi Kesehatan (SPAK);
 - RIPLAY versi Personal;
 - Melampirkan fotokopi kartu identitas yang masih berlaku;
 - Membayar Premi sesuai dengan cara bayar yang dipilih. Pembayaran Premi akan dinyatakan lunas pada tanggal Premi diterima dan tercatat di rekening AXA Mandiri sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan.
 - Dokumen-dokumen lain yang AXA Mandiri perlukan sebagai syarat penerbitan Polis.
- c. Untuk kondisi tertentu apabila diperlukan dapat dimungkinkan calon Pemegang Polis dan/atau Tertanggung diminta untuk mengikuti pemeriksaan kesehatan.
- d. Pengajuan asuransi dinyatakan diterima apabila semua syarat dan ketentuan yang ditentukan oleh AXA Mandiri sudah terpenuhi.
- e. Calon Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib untuk mengisi dan menjawab semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang diberikan ("**Informasi Konsumen**") dalam SPAK, formulir perubahan Polis, serta setiap formulir, dan/atau dokumen lainnya yang disyaratkan oleh AXA Mandiri sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya) ("**Dokumen Permohonan**") dengan jujur, benar, lengkap serta menyetujui dan/atau menandatangani semua Dokumen Permohonan, termasuk memberikan data tambahan lainnya yang diminta AXA Mandiri sebagai syarat diterbitkannya Polis. Jika ditemukan Informasi Konsumen dalam Dokumen Permohonan tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, maka sesuai dengan kesepakatan dan persetujuan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung di dalam Dokumen Permohonan, AXA Mandiri berhak membatalkan atau mengakhiri Polis sesuai dengan ketentuan Polis.

B. Prosedur/Tata Cara Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi

1. Klaim *Cashless*

Sistem *Cashless* di *Provider* di mana Penanggung akan menyediakan sarana *Provider* khususnya untuk Rawat Inap tanpa harus membayar terlebih dahulu, sesuai dengan ketentuan:

- a. Tertanggung wajib membawa Bukti Tanda Kepesertaan dalam bentuk kartu digital untuk mendapatkan pelayanan di *Provider*.
- b. Manfaat Rawat Inap yang akan dijamin dalam Polis ini berlaku sesuai prosedur BPJS Kesehatan.
- c. Manfaat Evakuasi Medis dan repatriasi medis serta repatriasi jenazah berlaku di wilayah Republik Indonesia.

2. Klaim *Reimbursement* (untuk manfaat santunan *hospital cash plan* dan ambulans)

Klaim *Reimbursement* dapat diajukan oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dengan ketentuan dan syarat berikut ini:

- a. Masa kedaluwarsa Klaim *Reimbursement* adalah 90 (sembilan puluh) Hari Kalender setelah tanggal akhir Tertanggung menerima pelayanan kesehatan atau tanggal kuitansi, kecuali diperjanjikan lain dalam Polis ini.

- b. Apabila pengajuan klaim tidak disampaikan dalam kurun waktu yang ditentukan, maka Penanggung mempunyai hak untuk menolak pembayaran Manfaat Asuransi dan Penanggung tidak memiliki kewajiban apapun terhadap pihak yang berkepentingan dengan Polis.
- c. Dalam hal pengajuan dokumen Klaim *Reimbursement* diajukan tidak lengkap, maka batas akhir untuk melengkapi dokumen Klaim *Reimbursement* dimaksud selambat-lambatnya sesuai masa kedaluwarsa sebagaimana dimaksud pada huruf a di atas.
- d. Dokumen klaim untuk santunan *hospital cash plan* adalah sebagai berikut:
 - i. Formulir Pengajuan Klaim yang disediakan oleh Penanggung dan telah diisi lengkap dan benar oleh Pemegang Polis, Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat;
 - ii. Salinan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dari BPJS Kesehatan; dan
 - iii. Luaran grouper INA-CBG's atau surat keterangan dari Rumah Sakit yang menerangkan penjaminan BPJS Kesehatan yang memuat informasi: Diagnosa, tanggal masuk, dan tanggal keluar.
- e. Dokumen klaim untuk manfaat ambulans adalah sebagai berikut:
 - i. Formulir Pengajuan Klaim yang disediakan oleh Penanggung dan telah diisi lengkap dan benar oleh Pemegang Polis, Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat;
 - ii. Kuitansi asli bermeterai sesuai ketentuan Kementerian Keuangan atau bukti pembayaran sah lainnya yang diterbitkan oleh pemberi layanan kesehatan dan distempel beserta Diagnosa dan rincian pelayanan
 - iii. Resume medis atau surat keterangan Diagnosa dari Dokter yang merawat; dan
 - iv. Surat kronologis.

Formulir klaim dan Formulir Surat Keterangan Dokter bisa didapatkan dengan cara:

- a. Menghubungi layanan *Customer Care* AXA Mandiri di 1500803 atau *email* ke: customer@axa-mandiri.co.id
- b. *Download*/unduh melalui *website*: www.axa-mandiri.co.id

Formulir dan dokumen klaim/pengajuan pembatalan Polis/Surat Keterangan Dokter dapat:

dikirimkan ke:
PT AXA Mandiri Financial Services
AXA Tower, Lantai 8
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City
Jakarta 12940, Indonesia

atau

Mengantar langsung ke:
Customer Care Centre
PT AXA Mandiri Financial Services
AXA Tower, Lantai Dasar,
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City
Jakarta 12940, Indonesia

3. Pembayaran Klaim *Reimbursement*

- a. Pembayaran Klaim *Reimbursement* akan diselesaikan selambat-lambatnya 10 (sepuluh) Hari Kerja atau 60 (enam puluh) Hari Kerja untuk klaim yang membutuhkan investigasi lebih lanjut sejak dokumen *reimbursement* yang diajukan dinyatakan lengkap dan layak bayar oleh Penanggung.
- b. Pengajuan Klaim *Reimbursement* oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dapat diajukan melalui media yang disediakan oleh Penanggung.
- c. Pembayaran Klaim *Reimbursement* yang dibayarkan oleh Penanggung sudah termasuk biaya-biaya yang timbul atas biaya pelayanan yang diterima Tertanggung di luar pajak (jika ada).
- d. Apabila dalam waktu 14 (empat belas) Hari Kalender setelah pembayaran Klaim *Reimbursement* dilakukan oleh Penanggung tidak ada keberatan dari Pemegang Polis dan/atau Tertanggung atas pembayaran tersebut maka pembayaran klaim dianggap telah selesai.
- e. Tertanggung dan/atau Pemegang Polis memberikan hak sepenuhnya kepada Penanggung untuk meminta data medis (*medical record*) mengenai diri Tertanggung dari *Provider* dan/atau non-*Provider*.
- f. Pembayaran Klaim *Reimbursement* dilakukan oleh Penanggung melalui transfer ke rekening Pemegang Polis yang terdaftar pada sistem Penanggung kecuali ditentukan lain dalam Polis ini.

4. Eksek Klaim

- a. Setiap Eksek Klaim akan menjadi tanggung jawab Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan wajib dibayarkan secara langsung kepada *Provider*.

- b. Apabila dikemudian hari Provider belum menagihkan keseluruhan Ekse Klaim kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan, maka Tertanggung dan/atau Pemegang Polis wajib membayar selisih biaya tersebut kepada *Provider*.
5. Apabila Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang disembunyikan, maka Pemegang Polis, Tertanggung, Penerima Manfaat dan/atau pihak yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika Penanggung melakukan hal-hal berikut ini:
- a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis secara keseluruhan, dengan pengembalian Premi yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan, dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - c. Mengakhiri Polis secara keseluruhan, tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan.
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Manfaat Asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. Menagih kekurangan Premi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Penanggung juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Pemegang Polis, Tertanggung, Penerima Manfaat dan/atau pihak yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi.
- C. **Prosedur/Tata Cara Pembatalan/Pengakhiran, Masa Pembelajaran Polis dan Pengaduan Asuransi Kesehatan Proteksi Ekstra**
1. **Pembatalan/Pengakhiran**
- a) Pemegang Polis dapat mengajukan permintaan pembatalan/pengakhiran asuransi dengan mengirimkan dokumen terkait pembatalan/pengakhiran asuransi ini yang telah diisi dengan lengkap dan benar;
 - b) Informasi terkait dokumen untuk pembatalan/pengakhiran asuransi dapat dilihat di *website* AXA Mandiri www.axa-mandiri.co.id;
 - c) Pembatalan/pengakhiran asuransi ini dapat dilakukan dengan Pemegang Polis mengajukan penutupan Polis kepada AXA Mandiri dengan mengisi formulir dan/atau media lain yang disediakan dan disetujui oleh AXA Mandiri;
 - d) AXA Mandiri akan memproses pengajuan pembatalan/pengakhiran asuransi ini dalam jangka waktu paling lambat 7 Hari Kerja setelah dokumen pembatalan/pengakhiran Asuransi ini diterima dengan lengkap oleh AXA Mandiri.
2. **Masa Pembelajaran Polis**
- Pemegang Polis memiliki hak untuk mempelajari Polis selama 14 (empat belas) Hari Kalender terhitung sejak Polis diterima oleh Pemegang Polis untuk memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Pemegang Polis. Jika Pemegang Polis tidak setuju dengan ketentuan Polis, Pemegang Polis dapat segera mengajukan pembatalan Polis kepada Penanggung secara tertulis dan/atau melalui media lain yang disediakan oleh Penanggung. Atas hal tersebut, Polis secara otomatis menjadi batal sejak Tanggal Berlakunya Asuransi dan tidak ada Manfaat Asuransi apapun yang menjadi kewajiban Penanggung kepada Pemegang Polis dan Tertanggung. Setelah menerima permintaan pembatalan, Penanggung akan mengembalikan kepada Pemegang Polis sejumlah Premi yang telah dibayarkan setelah dikurangi biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan penerbitan Polis (jika ada) dan biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada).

3. Pengaduan

- Pengaduan dapat dilakukan Pemegang Polis dengan menghubungi *call centre* AXA Mandiri di nomor: 1500803 (atau nomor perubahannya), *email* ke customer@axa-mandiri.co.id atau *live chat* melalui *website* AXA Mandiri di www.axa-mandiri.co.id
- Untuk penyelesaian pengaduan lisan (melalui *Customer Care Centre* AXA Mandiri):
 - Paling lama 5 (lima) Hari Kerja sejak pengaduan diterima oleh Penanggung.
 - Dalam hal penyelesaian pengaduan membutuhkan dokumen pendukung dan jangka waktu penyelesaian pengaduan tidak dapat dipenuhi, maka Penanggung akan meminta kepada Pemegang Polis untuk menyampaikan pengaduan secara tertulis sebagaimana ketentuan huruf c di bawah ini dengan melampirkan dokumen pendukung yang diperlukan.
- Untuk penyelesaian pengaduan tertulis (melalui surat atau email atau datang ke *walk in centre*):
 - Paling lama 10 (sepuluh) Hari Kerja sejak diterimanya dokumen lengkap dan benar yang berkaitan langsung dengan pengaduan oleh Penanggung.
 - Dalam hal penyelesaian pengaduan membutuhkan perpanjangan waktu untuk penelusuran lebih lanjut, maka Penanggung dapat memperpanjang jangka waktu penyelesaian paling lama 10 (sepuluh) Hari Kerja berikutnya, dengan memberitahukan secara tertulis kepada Pemegang Polis yang mengajukan pengaduan sebelum jangka waktu 10 (sepuluh) Hari Kerja pertama berakhir, sehingga total jangka waktu penyelesaian pengaduan adalah 20 (dua puluh) Hari Kerja.

Anda dapat menyampaikan pertanyaan dan pengaduan melalui:

Customer Care Centre
AXA Tower Lt. dasar
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City
Jakarta 12940, Indonesia
Telepon : 1500803
Whatsapp : 0811-1500803
Email : customer@axa-mandiri.co.id

SIMULASI

Data Calon Pemegang Polis		Data Calon Tertanggung	
Nama Pemegang Polis	Wijaya	Nama Pemegang Polis	Wijaya
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Jenis Kelamin	Laki-Laki
Tanggal Lahir	1 Januari 2000	Tanggal Lahir	1 Januari 2000
Usia	25 tahun	Usia	25 tahun
Pekerjaan	Pegawai swasta	Pekerjaan	Pegawai swasta
Masa Asuransi	Sampai dengan Tertanggung berusia 75 tahun	Kelas BPJS Kesehatan	Kelas I
Pilihan Frekuensi Pembayaran Premi	Tahunan	Premi	Rp2.746.200

Skenario 1 (Manfaat Rawat Inap di *Provider*):

Bapak Wijaya merupakan peserta BPJS Kesehatan Kelas I yang memilih Asuransi Kesehatan Proteksi Ekstra Plan Ekstra Kelas VIP untuk melengkapi jaminan kesehatannya saat ini. Setelah beberapa lama, Bapak Wijaya diharuskan untuk menjalani operasi dan memanfaatkan layanan *upgrade* kamar melalui rawat inap.

Biaya perawatan Bapak Wijaya di kelas I	Rp30.000.000,-
Biaya perawatan Bapak Wijaya di kelas VIP	Rp45.000.000,-
Selisih biaya (ditanggung oleh Penanggung)	Rp15.000.000,-

Skenario 2 (Manfaat santunan *hospital cash plan*):

Bapak Wijaya merupakan peserta BPJS Kesehatan Kelas I yang memilih Asuransi Kesehatan Proteksi Ekstra Plan Ekstra Kelas VIP untuk melengkapi cakupan kesehatannya saat ini. Setelah beberapa lama, Bapak Wijaya dirawat di rumah sakit non-*Provider* sehingga manfaat yang dapat dibayarkan hanya santunan *hospital cash plan*.

Riwayat Rawat Inap Bapak Wijaya beserta ilustrasi pembayaran manfaat tercantum di bawah ini:

No	Kasus	Hari Rawat Inap	Hari dibayar	Jumlah dibayar	Sisa limit hari perawatan
1	Malaria	13 hari 15 Jan – 27 Jan	12 hari 16 Jan – 27 Jan	12 hari x Rp500.000 = Rp6.000.000	38 hari
2	Tifus	18 hari 11 Mar – 28 Mar	17 hari 12 Mar – 28 Mar	17 hari x Rp500.000 = Rp8.500.000	21 hari
3	Demam Berdarah	14 hari 3 Mei – 16 Mei	13 hari 4 Mei – 16 Mei	13 hari x Rp500.000 = Rp6.500.000	8 hari
4	Gerd	10 hari 7 Agu – 16 Agu	8 hari 8 Agu– 15 Agu	8 hari x Rp500.000 = Rp4.000.000	0 hari
5	Anemia	3 hari 23 Okt – 25 Okt	0 hari	0 hari	0 hari

INFORMASI TAMBAHAN

1. Definisi-definisi penting

Alat Kesehatan	Instrumen, aparatus, mesin, yang tidak mengandung obat atau yang mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia.
BPJS Kesehatan	Badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
Evakuasi Medis	Layanan pemindahan Tertanggung dengan atau tanpa pendamping medis atas persetujuan Dokter yang merawat dan dalam keadaan darurat medis dari suatu fasilitas kesehatan yang kurang memadai ke suatu fasilitas kesehatan terdekat yang memadai sesuai kondisi Tertanggung.
Formularium Obat Inhealth (FOI)	Daftar obat dan/atau Alat Kesehatan yang disusun oleh Penanggung berdasarkan prinsip Indikasi Medis dan keamanan pasien dengan merujuk pada obat dan/atau Alat Kesehatan yang telah memperoleh persetujuan atau perizinan dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).
Formularium Obat Rumah Sakit (FORS)	Daftar obat standar yang ditetapkan oleh Rumah Sakit sebagai pedoman dalam memberikan obat bagi Tertanggung.
Implant	Suatu peralatan medis yang dibuat untuk menggantikan struktur dan fungsi suatu bagian tubuh dan ditanam dalam tubuh yang tidak terbatas pada IOL, Pen, dan Screw.
Indikasi Medis	Petanda/petunjuk yang diterima oleh Penanggung berdasarkan hasil konsultasi dengan Dokter untuk mendapatkan informasi tentang penyakit yang diderita dan/atau yang dikeluhkan, sehingga mengarahkan pada Diagnosa Penyakit pasien.
Kecelakaan	Suatu kejadian yang bersifat langsung dan timbul dari sumber apapun yang terjadi secara mendadak atau tiba-tiba, tidak terduga, datang dari luar, tidak ada unsur-unsur kesengajaan dan/atau mempunyai unsur kekerasan yang dapat dibuktikan atau melalui Diagnosa secara medis serta merupakan satu-satunya penyebab langsung terjadinya cedera atau kematian pada Tertanggung.

Klaim Reimbursement	Pengajuan pembayaran Manfaat Asuransi oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung kepada Penanggung yang telah memenuhi syarat klaim sesuai nilai ganti per layanan/sublayanan pada Tabel Manfaat.
Manfaat Asuransi	Manfaat yang akan diterima oleh Pemegang Polis, Tertanggung, dan/atau Penerima Manfaat jika syarat-syarat sudah terpenuhi sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
Masa Asuransi	Masa berlakunya perlindungan asuransi sebagaimana tercantum pada Data Polis, yaitu sejak Tanggal Berlakunya Asuransi sampai dengan Tanggal Berakhirnya Asuransi.
Masa Tunggu	Jangka waktu tertentu sejak Tanggal Berlakunya Asuransi sebagaimana tercantum pada Data Polis dimana Tertanggung tidak dapat mengajukan klaim Manfaat Asuransi dan Penanggung tidak berkewajiban membayarkan Manfaat Asuransi untuk risiko yang terjadi dalam periode tersebut, kecuali disebabkan oleh Kecelakaan. Lamanya Masa Tunggu yaitu sebagai berikut: a. 30 (tiga puluh) Hari Kalender untuk seluruh Manfaat Asuransi b. 90 (sembilan puluh) Hari Kalender untuk manfaat Rawat Inap yang disebabkan oleh Penyakit Kritis dan kondisi khusus sebagaimana tercantum dalam pengecualian.
Pemegang Polis	Pihak yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung, baik seseorang atau badan hukum maupun bukan badan hukum sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
Penanggung	PT AXA Mandiri Financial Services sebagai ketua dan PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia serta PT Asuransi Jiwa IFG sebagai anggota yang bertindak bersama-sama sebagai Penanggung atas Asuransi Kesehatan Proteksi Ekstra sebagaimana Polis ini dengan porsi risiko sebagai berikut: - PT AXA Mandiri Financial Services : 50% - PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia : 45% - PT Asuransi Jiwa IFG : 5%
Penerima Manfaat	Pihak yang memiliki hubungan kepentingan (insurable interest) dengan Tertanggung sebagaimana tercantum dalam Data Polis dan/atau Endorsemen serta berhak untuk menerima Manfaat Asuransi berdasarkan Polis ini berupa santunan Hospital Cash Plan dan ambulans dalam hal Tertanggung meninggal dunia dalam Masa Asuransi.
Penyakit Kritis	a. Serangan Jantung b. Stroke c. Kanker d. Gagal Ginjal Kronis Definisi detail penyakit kritis dapat dilihat pada ketentuan umum Polis
Premi	Sejumlah uang yang ditetapkan oleh Penanggung dan disetujui oleh Pemegang Polis dan wajib dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sesuai frekuensi pembayaran Premi yang tercantum dalam Data Polis dan/atau Endorsemen sehubungan dengan pertanggungan asuransi dalam Polis ini.
Rawat Inap	Layanan kesehatan untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosa, pengobatan, Rehabilitasi Medis dan/atau pelayanan medis lainnya yang dilakukan di Rumah Sakit untuk pemeliharaan kesehatan paling sedikit selama 6 (enam) jam berdasarkan rujukan dari Dokter Umum atau Dokter Spesialis maupun Keadaan Emergency.
Rehabilitasi Medis	Perawatan lanjutan yang direkomendasikan Dokter yang merawat untuk mengembalikan fungsi tubuh yang terganggu akibat cedera atau sakit pada saat Tertanggung menjalani Rawat Inap.
Surat Eligibilitas Peserta (SEP)	Surat keabsahan peserta sebagai Tertanggung yang diterbitkan oleh faskes BPJS Kesehatan sebagai syarat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bagi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional.
Tanggal Berakhirnya Asuransi	Tanggal berakhirnya pertanggungan asuransi sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
Tanggal Berlakunya Asuransi	Tanggal dimulainya pertanggungan asuransi sebagaimana tercantum dalam Data Polis.

Tertanggung	Seseorang yang atas dirinya diadakan pertanggungan asuransi dan disetujui oleh Penanggung untuk mendapatkan Manfaat Asuransi berdasarkan Polis, di mana terdapat kepentingan asuransi atau hubungan kepentingan asuransi dengan Pemegang Polis.
Tindakan Medis	Tindakan yang bersifat diagnostik, terapeutik, operatif dan non operatif yang dilaksanakan baik untuk tujuan diagnostik maupun pengobatan sesuai Indikasi Medis.
Top Up Kelas Rawat Inap BPJS Kesehatan	Setiap plan Asuransi Kesehatan Proteksi Ekstra dan manfaat yang ditetapkan dalam Data Polis dan Tabel Manfaat.

2. Catatan Penting

- Produk ini merupakan Produk Asuransi Bersama antara PT AXA Mandiri Financial Services sebagai ketua dan PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia serta PT Asuransi Jiwa IFG sebagai anggota yang bertindak bersama-sama sebagai Penanggung atas Asuransi Kesehatan Proteksi Ekstra sesuai porsi risiko masing-masing.
- AXA Mandiri berhak atas segala keputusan penerimaan atau penolakan permohonan Produk Asuransi Bersama Anda berdasarkan proses seleksi risiko (*underwriting*), persyaratan dan peraturan yang berlaku.
- Anda harus membaca dengan teliti RIPLAY Umum ini dan berhak bertanya kepada tenaga pemasar atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
- AXA Mandiri wajib untuk menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk Asuransi Bersama ini melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 (tiga puluh) Hari Kerja sebelum efektif berlakunya perubahan.
- Anda akan menerima penawaran produk lain dari pihak ketiga apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi Anda.
- RIPLAY Umum ini adalah informasi bagi nasabah mengenai Produk Asuransi Bersama yang bisa diunduh di [website www.axa-mandiri.co.id](http://www.axa-mandiri.co.id) dan bukan merupakan suatu bentuk jaminan atau dijadikan dasar atau pedoman sehubungan dengan suatu perjanjian atau komitmen apapun.
- Produk Asuransi Kesehatan Proteksi Ekstra ("Produk Asuransi Bersama") ini bukan merupakan tanggung jawab dan produk bank serta tidak dijamin oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS).
- RIPLAY Umum ini bukan merupakan bagian dari Polis dan bukan suatu bentuk perjanjian asuransi antara Penanggung dengan Pemegang Polis. Pemegang Polis, Tertanggung dan Penerima Manfaat terikat dengan Polis asuransi.
- Tidak satu bagian pun dari materi ini boleh disalin atau disebarluaskan, dikirimkan, dialih tulis, disimpan pada sistem pencarian, diterjemahkan dalam bentuk atau lewat cara apapun untuk diungkapkan kepada Pihak lain, tanpa izin tertulis terlebih dahulu dari AXA Mandiri.
- Apabila terdapat pertanyaan terkait syarat dan ketentuan Produk Asuransi Bersama ini, nasabah dapat menghubungi tenaga pemasar atau *call centre* AXA Mandiri di nomor 1500803, *email* ke customer@axa.mandiri.co.id atau *live chat* melalui *website* AXA Mandiri di www.axa-mandiri.co.id.
- Pastikan Anda membaca, mempelajari, dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Anda.
- Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah memperhitungkan komponen biaya-biaya dan sudah termasuk komisi bagi pihak bank.
- AXA Mandiri akan memberikan komisi kepada pihak pemasar dalam rangka pemasaran Produk Asuransi Bersama.

Penting:

Tenaga pemasar AXA Mandiri tidak boleh menerima pemberian dalam bentuk apapun dari nasabah. Nasabah dilarang membayar Premi dalam bentuk tunai kepada tenaga pemasar AXA Mandiri.



PT AXA Mandiri Financial Services berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Tanggal Cetak Dokumen
Mei 2026