



mandiri

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum

Asuransi Mandiri Corporate Health Plan

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum			
Nama Penerbit	PT AXA Mandiri Financial Services ("AXA Mandiri")	Jenis Produk	Asuransi Kesehatan Kumpulan
Nama Produk	Asuransi Mandiri Corporate Health Plan	Mata Uang	Rupiah
Deskripsi Produk	Asuransi Mandiri Corporate Health Plan merupakan produk asuransi kesehatan kumpulan yang dikeluarkan oleh PT AXA Mandiri Financial Services yang memberikan manfaat berupa penggantian biaya medis untuk Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan serta manfaat tambahan yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan yaitu berupa penggantian biaya untuk manfaat Rawat Jalan, manfaat Perawatan Gigi, manfaat Persalinan dan manfaat Kacamata.		

Fitur Utama Asuransi Mandiri Corporate Health Plan			
Usia Masuk Peserta	Bukan Anak: 17 – 74 Tahun Anak: 0 – 25 Tahun, belum menikah dan belum bekerja	Uang Pertanggungan	- Manfaat Rawat Inap: Rp75.000 – Rp5.000.000 per hari - Manfaat Rawat Jalan: Rp2.000.000 – Rp45.000.000 per tahun - Manfaat Rawat Gigi: Rp200.000 – Rp55.000.000 per tahun - Manfaat Persalinan: Rp1.500.000 – Rp30.000.000 per persalinan - Manfaat Kacamata: Rp100.000 – Rp5.000.000 per tahun
Premi	Premi sangat bervariasi karena bergantung pada pemilihan plan, karakteristik peserta (umur, jenis kelamin, dsb) dan jumlah peserta (<i>Tailor Made</i>)	Masa Pertanggungan	1 tahun dapat diperpanjang setiap habis masa kontrak hingga Peserta berusia 75 tahun namun tidak dijamin dapat diperbarui secara otomatis setiap tahunnya.
Masa Pembayaran Premi	1 tahun dapat diperpanjang setiap habis masa kontrak hingga Peserta berusia 75 tahun namun tidak dijamin dapat diperbarui secara otomatis setiap tahunnya	Cara Pembayaran Premi	Kuartalan, Semesteran dan Tahunan

Deskripsi Manfaat Asuransi	Risiko
Manfaat Asuransi Dasar 1. Manfaat Rawat Inap 1.1 Apabila Peserta menjalani Rawat Inap akibat Penyakit atau Cedera Tubuh, Penanggung akan membayarkan Manfaat Rawat Inap sebagaimana tercantum dalam kuitansi yang diberikan oleh Rumah Sakit dengan ketentuan tidak melebihi Manfaat Rawat Inap sebagaimana ditentukan pada Data Polis. 1.2 Tabel Manfaat Rawat Inap Pola Pelayanan: Provider & Non Provider	AXA Mandiri tidak akan membayar Manfaat Asuransi antara lain disebabkan: a. Hal-hal yang tercantum pada Pengecualian Polis. b. Diketahui 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. c. Telah melewati jangka waktu pengajuan klaim Manfaat Asuransi.

Manfaat	Batasan Maksimum	Batasan Maksimum Manfaat
Rawat Inap		Disesuaikan dengan permintaan Pemegang Polis
Kamar	Maksimum 90 hari per ketidakmampuan	
Unit perawatan intensif	Maksimum 30 hari termasuk dalam 90 hari per ketidakmampuan	
Pembedahan	Maksimum per ketidakmampuan	
Dokter Rawat Inap	Maksimum 90 hari per ketidakmampuan	
Aneka perawatan	Maksimum per ketidakmampuan	
Rawat Jalan dan gigi darurat karena Kecelakaan	Maksimum per ketidakmampuan	
Manfaat sebelum dan sesudah Rawat Inap	Maksimum per ketidakmampuan	
Perawat pribadi	Maksimum per hari	
Santunan duka	Maksimum per tahun	
Batas Tahunan		

Manfaat Asuransi Tambahan

2. Manfaat Rawat Jalan

2.1 Memberikan manfaat penggantian biaya Rawat Jalan berdasarkan plan yang dipilih meliputi biaya konsultasi Dokter Umum, konsultasi Dokter Spesialis, biaya pemeriksaan penunjang diagnostic, obat-obatan sesuai resep, dan biaya fisioterapi.

2.2 Tabel Manfaat Rawat Jalan

Pola Pelayanan: Provider & Non Provider

Manfaat	Batasan Maksimum	Batasan Maksimum Manfaat
Konsultasi Dokter Umum	Maksimum per kunjungan	Disesuaikan dengan permintaan Pemegang Polis
Konsultasi Dokter Spesialis	Maksimum per kunjungan	
Biaya pemeriksaan penunjang diagnostik	Maksimum per tahun	
Obat-obatan sesuai resep	Maksimum per tahun	
Fisioterapi	Maksimum per kunjungan	
Batas Tahunan		

2.3 Pengecualian Manfaat Rawat Jalan

- 1) Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan ini atas hal-hal yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, termasuk komplikasinya, sebagaimana diatur dalam Ketentuan Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar.
- 2) Ketentuan pada butir 1 (Pengecualian Manfaat Rawat Jalan) di atas berlaku, kecuali dinyatakan lain oleh Penanggung dalam Endorsemen dan/atau dokumen lainnya (jika ada).

3. Manfaat Perawatan Gigi

3.1 Memberikan manfaat penggantian biaya perawatan gigi berdasarkan plan yang dipilih meliputi perawatan gigi dasar, perawatan gigi kompleks, dan gigi palsu.

3.2 Tabel Manfaat Perawatan Gigi

Pola Pelayanan: Provider & Non Provider

Manfaat	Batasan Maksimum	Batasan Maksimum Manfaat
Perawatan Gigi dasar	Maksimum per tahun	Disesuaikan dengan permintaan Pemegang Polis
Penambalan gigi	Maksimum per tahun	
Pencabutan gigi tanpa pembedahan	Maksimum per tahun	
Perawatan pembengkakan	Maksimum per tahun	
Perawatan saluran akar gigi	Maksimum per tahun	

Perawatan gusi termasuk kuretase	Maksimum per tahun	
Pembersihan karang gigi dan pemolesan setelah penambalan gigi dengan amalgam	Maksimum per tahun	
Perawatan Gigi kompleks	Maksimum per tahun	
Gigi Palsu	Maksimum per tahun	
Batas Tahunan		

3.3 Pengecualian Manfaat Perawatan Gigi

- 1) *Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan ini atas hal-hal yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, termasuk komplikasinya, sebagaimana diatur dalam Ketentuan Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar dan juga atas hal-hal:*
 - a) *Pemutihan gigi;*
 - b) *Penutupan celah gigi (Diastema closure);*
 - c) *Segala jenis perawatan dan pembelian alat-alat yang berhubungan dengan orthodonti;*
 - d) *Perbaikan untuk irregular tooth color;*
 - e) *Pengobatan, perawatan, tindakan atau operasi gigi yang bukan atas tindakan medis termasuk untuk kecantikan dan yang tidak termasuk dalam manfaat pertanggungan.*
- 2) *Ketentuan pada butir 1 (Pengecualian Manfaat Perawatan Gigi) di atas berlaku, kecuali dinyatakan lain oleh Penanggung dalam Endorsemen dan/atau dokumen lainnya (jika ada).*

4. Manfaat Persalinan

- 4.1 Memberikan manfaat penggantian biaya persalinan berdasarkan plan yang dipilih meliputi melahirkan normal, melahirkan dengan pembedahan, keguguran, melahirkan dengan bidan serta biaya Rawat Jalan Kehamilan.

4.2 Pola Pelayanan: Provider & Non Provider

Manfaat	Batasan Maksimum	Batasan Maksimum Manfaat
Melahirkan Normal	Per kehamilan	Disesuaikan dengan permintaan Pemegang Polis
Melahirkan dengan Pembedahan	Per kehamilan	
Keguguran	Per kehamilan	
Melahirkan oleh bidan	Per kehamilan	
Rawat Jalan Kehamilan	Per kehamilan	
Batas Tahunan		

4.3 Pengecualian Manfaat Persalinan

- 1) *Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan ini atas hal-hal yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, termasuk komplikasinya, sebagaimana diatur dalam Ketentuan Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar dan juga atas hal-hal:*
 - a) *Kelahiran dan Penyakit yang timbul berkaitan dengan kehamilan dan kelahiran yang terjadi dalam masa 280 (dua ratus delapan puluh) hari setelah Tanggal Berlakunya Pertanggungan;*
 - b) *Keguguran dan Penyakit yang timbul berkaitan dengan keguguran yang terjadi dalam masa 90 (sembilan puluh) hari setelah Tanggal Berlakunya Pertanggungan;*
 - c) *Melahirkan dengan pembedahan yang bukan atas indikasi medis maupun kemauan Peserta atau tanggungan atau dokter;*
 - d) *Pengobatan dan perawatan medis yang berhubungan dengan pengguguran kandungan yang bukan atas indikasi medis, sterilisasi, kontrasepsi, pemeriksaan dan / atau pengobatan kemandulan, termasuk komplikasi yang berhubungan dengannya;*
 - e) *Pelayanan kesehatan untuk bayi yang tidak bertujuan untuk pengobatan (seperti : vaksinasi, tindik, sunat);*
 - f) *Biaya Perawat Khusus;*
 - g) *Pelayanan yang tidak ada hubungannya secara medis untuk kehamilan atau kelahiran yang tidak terbatas pada pembalut, pemakaian jasa telepon, cuci pakaian dan makanan tambahan.*
- 2) *Ketentuan pada butir 1 (Pengecualian Manfaat Persalinan) di atas berlaku, kecuali dinyatakan lain oleh Penanggung dalam Endorsemen dan/atau dokumen lainnya (jika ada).*

5. Manfaat Kacamata

- 5.1 Memberikan manfaat penggantian biaya untuk pembelian Bingkai Kacamata dan Lensa serta Lensa Kontak.

5.2 Pola Pelayanan: Provider & Non Provider

Manfaat	Batasan Maksimum	Batasan Maksimum Manfaat
Bingkai Kacamata dan Lensa	Maksimum 1 kali per tahun	Disesuaikan dengan permintaan Pemegang Polis
Lensa Kontak	Maksimum 1 kali per tahun	
Batas Tahunan		

5.3 Pengecualian Manfaat Kacamata

- 1) *Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan ini atas hal-hal yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, termasuk komplikasinya, sebagaimana diatur dalam Ketentuan Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar dan juga atas hal-hal:*
 - a) *Pembelian Kacamata tanpa surat rekomendasi Dokter Spesialis Mata, dan/atau bukan atas indikasi medis.*
- 2) *Ketentuan pada butir 1 (Pengecualian Manfaat Kacamata) di atas berlaku, kecuali dinyatakan lain oleh Penanggung dalam Endorsemen dan/atau dokumen lainnya (jika ada).*

Biaya-biaya

Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah memperhitungkan:

- a. Komponen biaya-biaya; dan
- b. Sudah termasuk komisi bagi pihak Bank dan/atau pihak lainnya.

Pengecualian Manfaat Asuransi Dasar

Kecuali ditentukan lain dalam Data Polis, Manfaat Asuransi selain Manfaat Santunan Duka ini tidak berlaku untuk biaya perawatan atau pengobatan hal-hal yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, termasuk komplikasinya, sebagaimana yang tercantum di bawah ini:

1. Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-existing Condition) kecuali Peserta telah dipertanggungkan dalam polis ini secara terus menerus selama dua belas (12) bulan sejak Tanggal Berlaku Kepesertaan.
2. Pelayanan yang bukan merupakan Pelayanan Yang Dibutuhkan Secara Medis; pengobatan eksperimental atau yang belum disetujui/diakui oleh Departemen Kesehatan termasuk namun tidak terbatas pada Chiropractic, Naturopathy, Holistic, akupunktur yang tidak dilakukan oleh Dokter, dukun patah tulang, sinshei; obat herbal/tradisional; zat makanan pelengkap (food supplement), vitamin; vaksinasi dan imunisasi.
3. Penyakit atau Cedera Tubuh yang timbul akibat langsung atau tidak langsung dari terorisme, perang, invasi, serangan musuh asing, tindak kekerasan (baik perang diumumkan maupun tidak), perang sipil, pemberontakan, revolusi, keikutsertaan langsung dalam huru-hara, tindakan militer, perampasan kekuasaan, tugas aktif dalam angkatan bersenjata atau kepolisian, perkelahian, tindak kejahatan atau suatu percobaan tindak kejahatan.
4. Bedah atau perawatan kosmetika yang berhubungan dengan kecantikan seperti bedah plastik, kecuali bedah plastik rekonstruksi yang disebabkan oleh Kecelakaan yang dilakukan dalam kurun waktu tiga puluh (30) hari sejak terjadinya Kecelakaan.
5. Pemeriksaan fisik rutin; pemeriksaan kesehatan atau laboratorium atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan Ketidakmampuan Peserta atau bertujuan untuk pengecekan kesehatan saja (medical check up).
6. Penyakit menular yang direkomendasikan oleh institusi yang berwenang untuk diasingkan dan dikarantinakan.
7. Refraksi mata, pemakaian kaca mata, lensa kontak atau alat bantu pendengaran; gingivitis; setiap perawatan, pengobatan atau pembedahan gigi (termasuk bedah mulut) dalam bentuk apapun, kecuali perawatan darurat yang diperlukan karena rusaknya gigi asli akibat Kecelakaan selama jangka waktu pertanggungan.
8. Semua alat bantu di luar tubuh termasuk namun tidak terbatas pada tongkat, kursi roda, stagen, alat fisioterapi, alat penyangga bagian tubuh dan semua alat yang ditanamkan di dalam tubuh termasuk namun tidak terbatas pada alat pacu jantung, segala jenis implan, stent arteri koronaria jantung, screw (pen) untuk perawatan patah tulang, dan lain-lain.
9. Cedera Tubuh yang diakibatkan gangguan kejiwaan atau mencedera diri sendiri, atau segala perawatan yang berhubungan dengan gangguan kejiwaan, perawatan istirahat atau perawatan kejiwaan (contoh : neurasthenia, anxiety state), bulimia, perawatan untuk mengatasi kegemukan, penurunan atau menambah berat badan, penggunaan obat terlarang atau NAPZA (narkotika, alkohol, psikotropika atau zat adiktif lainnya) termasuk segala komplikasinya.

10. Kelainan-kelainan bawaan dan penyakit keturunan baik diketahui ataupun tidak; Hernia yang terjadi pada Peserta dengan usia di bawah dua belas (12) tahun; sirkumsisi atau sunat oleh sebab apapun; perawatan yang berhubungan dengan ketidaksuburan atau perencanaan kelahiran; sterilisasi; pengobatan impotensi; kelainan tumbuh kembang, autisme.
11. Semua Penyakit Menular Seksual termasuk komplikasinya dan/atau penyakit kelamin.
12. Akibat donor organ tubuh dan/atau donor darah yang dilakukan oleh Peserta; atau biaya untuk memperoleh organ tubuh dan/atau total biaya pemeriksaan pendahuluan apabila Peserta adalah penerima donor organ tubuh dan/atau donor darah.
13. Keadaan atau perawatan sehubungan dengan rawat jalan, rawat gigi, kehamilan, termasuk yang berakibat melahirkan, keguguran, atau komplikasi yang timbul akibat kehamilan, kecuali secara jelas dimuat secara terpisah dalam satu ketentuan tambahan berdasarkan Polis ini.
14. Penyakit atau Cedera yang timbul akibat Peserta ikut ambil bagian dalam suatu perlombaan ketangkasan, kecepatan dan sebagainya dengan menggunakan kendaraan bermotor, sepeda, perahu, kuda, pesawat udara, atau sejenisnya, terjun payung, mendaki gunung, menyelam dengan scuba, sepak bola, tinju, karate, judo dan olahraga bela diri lainnya yang sejenis dan setiap kegiatan yang mengandung bahaya. Perjalanan dengan pesawat terbang atau semacamnya kecuali Peserta merupakan penumpang dari suatu penerbangan komersial dengan jadwal penerbangan yang tetap.
15. Perawatan yang dihasilkan dari atau yang berhubungan dengan infeksi karena HIV, AIDS, AIRC dan penyakit lain yang timbul dari HIV, AIDS, dan AIRC.
16. Upaya melukai diri sendiri secara sengaja atau percobaan Bunuh diri dan tindakan yang dilakukan oleh orang yang ingin mengambil keuntungan atas pertanggunggunaan ini.
17. Terkena reaksi nuklir, radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari bahan bakar nuklir atau proses pembuangan limbah atau bahan peledak atau senjata.
18. Segala Bentuk penerbangan selain sebagai penumpang pada penerbangan komersil yang terjadwal.
19. Rawat Inap yang dilakukan oleh dokter yang merupakan Tertanggung sendiri atau merupakan anggota keluarga dari Tertanggung dan/atau Pemegang Polis.
20. Perawatan yang tidak sesuai dengan diagnosis dan perawatan medis yang biasa dilakukan untuk penyakit atau tidak sesuai dengan standar praktek kedokteran yang baik atau bukan suatu keharusan atau perawatan untuk kenyamanan pihak manapun atau perawatan alternatif.
21. Perawatan yang berhubungan dengan hemodialisis (cuci darah).

Kecuali ditentukan khusus dalam Data Polis, Manfaat Santunan Duka tidak akan dibayarkan untuk kondisi sebagaimana yang tercantum di bawah ini:

1. Penanggung tidak akan membayar Manfaat Santunan Duka yang disebabkan oleh bunuh diri dalam jangka waktu dua belas (12) bulan pertama pertanggunggunaan Peserta, atau
2. Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-existing Condition) kecuali Peserta telah dipertanggungguikan dalam polis ini secara terus menerus selama dua belas (12) bulan sejak Tanggal Berlaku Kepesertaan.

Persyaratan dan Tata Cara

A. Persyaratan pengajuan Produk Asuransi Mandiri Corporate Health Plan

1. Peserta bukan anak berusia 17 – 74 tahun;
2. Peserta anak berusia 0 – 25 tahun denganketentuan Anak belum bekerja dan belum menikah;
3. Pemegang Polis menyerahkan data Peserta yang didaftarkan dalam Polis ini dan mengisi lengkap Surat Permintaan Asuransi Kumpulan (SPAK), menandatangani di atas materai dan cap perusahaan.
4. Kepesertaan atas Polis ini mulai berlaku sejak tanggal Peserta terdaftar dalam Daftar Peserta yang diterbitkan oleh Penanggung dan Premi telah dibayar lunas.
5. Masa Pertanggunggunaan selama maksimum 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang setiap habis masa kontrak namun tidak dijamin dapat diperbarui secara otomatis setiap tahunnya.
6. Selama Masa Asuransi Pemegang Polis dapat mengajukan permohonan penambahan Peserta baru dalam polis ini kepada Penanggung dan kepesertaannya akan berlaku setelah terdaftar dalam Daftar Peserta yang diterbitkan oleh Penanggung.
7. Bagi calon Peserta yang telah memenuhi syarat dan telah disetujui sebagai Peserta oleh AXA Mandiri, akan dicantumkan dalam Daftar Peserta.
8. Calon Pemegang Polis dan/atau Peserta wajib untuk mengisi dan menjawab semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang diberikan ("**Informasi Konsumen**") dalam Surat Permintaan Asuransi Kumpulan, formulir perubahan Polis, serta setiap formulir dan/atau dokumen lainnya yang disyaratkan oleh AXA Mandiri sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi, 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 Peserta di dalam Dokumen Permohonan, AXA Mandiri berhak mengakhiri Polis dan/atau kepesertaan sesuai dengan ketentuan Polis.

B. Prosedur/Tata Cara dan Syarat Klaim

1. Prosedur Pengajuan Klaim *Reimbursement*

a. Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim oleh Pemegang Polis dan/atau Peserta harus diajukan secara tertulis dan dalam jangka waktu sebagaimana yang tercantum dalam Data Polis dihitung sejak berakhirnya perawatan dan/atau kematian.

b. Dokumen Klaim

- 1) Permintaan pembayaran Manfaat Asuransi selain Santunan Duka harus dilengkapi dengan dokumen sebagai berikut:
 - a. Kuitansi asli bermeterai cukup atas semua biaya Perawatan yang terjadi.
 - b. Perincian atas semua biaya yang terjadi selama Perawatan.
 - c. Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta dan Dokter yang merawat dengan disertai cap dari Rumah Sakit dan/atau resume medis yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit.
 - d. Salinan perincian pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep yang berkaitan dengan Perawatan.
 - e. Surat Rujukan dari Dokter untuk Perawatan, konsultasi ke Dokter Spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan/atau terapi yang dilakukan Peserta.
 - f. Dokumen lain yang dinyatakan perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
- 2) Permintaan pembayaran Manfaat Santunan Duka harus dilengkapi dengan dokumen sebagai berikut:
 - a. Formulir Klaim Asuransi Jiwa Kumpulan yang telah diisi lengkap dan benar termasuk bagian yang diisi oleh Dokter yang merawat Peserta
 - b. Tanda bukti diri peserta (fotokopi KTP/SIM/Paspor)
 - c. Surat Keterangan Kematian/Akte Kematian asli dari pejabat instansi yang berwenang yang menyatakan sebab-sebab kematian, bila berupa fotokopi, maka harus telah dilegalisir oleh pihak yang telah menerbitkan aslinya tersebut.
 - d. Surat keterangan asli dari Dokter/Rumah Sakit/instansi kesehatan lainnya yang menyatakan sebab-sebab kematian, bila berupa fotokopi, maka harus telah di legalisir oleh pihak yang telah menerbitkan aslinya tersebut.
 - e. Surat Keterangan Asli dari Kepolisian (Berita Acara Kepolisian) bilamana sebab kematian Peserta adalah Kecelakaan atau perlu/harus melibatkan pihak kepolisian.
 - f. Surat Keterangan Kematian dari yang berwenang dilegalisir minimal oleh Konsulat Jenderal Republik Indonesia setempat, apabila Peserta meninggal di luar negeri.
 - g. Surat keterangan ahli waris disertai dengan dokumen yang membuktikan hubungan ahli waris dengan Peserta (antara lain: Kartu Keluarga/Surat Nikah/Akte Lahir/penetapan atau putusan pengadilan) bila Pemegang Polis menghendaki pembayaran manfaat langsung di transfer atas nama ahli waris yang ditunjuk.
 - h. Surat Pernyataan Pembebasan Ahli Waris
 - i. Dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung dalam proses klaim
- 3) Permintaan pembayaran Manfaat Asuransi Rawat Jalan kumpulan dengan dokumen sebagai berikut:
 - a. Kuitansi asli bermeterai cukup atas semua biaya Perawatan yang terjadi.
 - b. Perincian atas semua biaya yang terjadi selama Perawatan.
 - c. Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta dan Dokter yang merawat dengan disertai cap dari Rumah Sakit dan/atau resume medis yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit.
 - d. Salinan perincian pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep yang berkaitan dengan Perawatan.
 - e. Surat Rujukan dari Dokter untuk Perawatan, konsultasi ke Dokter Spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan/atau terapi yang dilakukan Peserta.
 - f. Dokumen lain yang dinyatakan perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
- 4) Permintaan pembayaran Manfaat Asuransi Perawatan Gigi kumpulan dengan dokumen sebagai berikut:
 - a. Kuitansi asli bermeterai cukup atas semua biaya perawatan yang terjadi.
 - b. Perincian atas semua biaya yang terjadi selama perawatan.
 - c. Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta dan Dokter yang merawat dengan disertai cap dari Rumah Sakit dan/atau resume medis yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit.
 - d. Salinan perincian pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep yang berkaitan dengan perawatan.
 - e. Surat rujukan dari Dokter untuk perawatan, konsultasi ke Dokter Spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan/atau terapi yang dilakukan Peserta.
 - f. Dokumen lain yang dinyatakan perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
- 5) Permintaan pembayaran Manfaat Asuransi Kumpulan Tambahan Melahirkan dengan dokumen sebagai berikut:

- a. Kuitansi asli bermeterai cukup atas semua biaya perawatan yang terjadi.
 - b. Perincian atas semua biaya yang terjadi selama perawatan.
 - c. Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta dan Dokter yang merawat dengan disertai cap dari Rumah Sakit dan/atau resume medis yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit.
 - d. Salinan perincian pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep yang berkaitan dengan perawatan.
 - e. Surat rujukan dari Dokter untuk perawatan, konsultasi ke Dokter Spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan/atau terapi yang dilakukan Peserta.
 - f. Dokumen lain yang dinyatakan perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
- 6) Permintaan pembayaran Manfaat Asuransi Kacamata dengan dokumen sebagai berikut:
- a. Kuitansi asli bermeterai cukup atas semua biaya perawatan yang terjadi.
 - b. Perincian atas semua biaya yang terjadi selama perawatan.
 - c. Resep Kacamata dari Dokter Spesialis Mata.
 - d. Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta dan Dokter Spesialis Mata yang merawat (termasuk Surat Keterangan Dokter).
 - e. Dokumen lain yang dinyatakan perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.

c. Keputusan Klaim

- 1) *Penanggung akan menginformasikan hasil dari proses klaim dalam kurun waktu 14 (empat belas) hari kerja atau 60 (enam puluh) hari kerja untuk klaim yang membutuhkan investigasi lebih lanjut setelah dokumen-dokumen yang dibutuhkan sebagaimana disebutkan dalam **butir 1 huruf b Persyaratan/Tata Cara dan Syarat Klaim Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini**, diterima dengan lengkap dan benar oleh Penanggung.*
- 2) 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, Peserta, Penerima Manfaat dan/atau pihak yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika Penanggung melakukan hal-hal berikut ini:
 - (i) Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - (ii) Membatalkan Polis dan/atau kepesertaan (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Asuransi Dasar dan/atau Asuransi Tambahan), 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);
 - (iii) Mengakhiri Polis dan/atau kepesertaan (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Asuransi Dasar dan/atau Asuransi Tambahan), 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;
 - (iv) Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi Dasar dan/atau setiap Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi yang harus dibayar; dan/atau
 - (v) 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 wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi.

d. Pembayaran Klaim

Pembayaran Manfaat Asuransi akan dibayarkan sesuai dengan kesepakatan yang tercantum dalam Polis dengan memperhatikan ketentuan **butir 1 huruf c Persyaratan/Tata Cara dan Syarat Klaim Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini**.

2. Prosedur Fasilitas Cashless

- a. Selain pengajuan pembayaran klaim secara *Reimbursement*, Penanggung menyediakan Fasilitas *Cashless* untuk Manfaat Asuransi kecuali ditentukan lain dalam Data Polis.
- b. Fasilitas *Cashless* tidak berlaku untuk *Manfaat Sebelum dan Sesudah Rawat Inap dan Manfaat Darurat Karena Kecelakaan*, kecuali ditentukan lain dalam Data Polis.
- c. Selama Polis dan pertanggungan Peserta berlaku, Peserta berhak mendapatkan Manfaat Asuransi dengan Fasilitas *Cashless* yang menjadi hak Peserta sesuai dengan syarat dan ketentuan dalam Polis, dengan ketentuan:
 1. Peserta mendapatkan Perawatan di Jaringan Layanan Kesehatan.
 2. Peserta menunjukkan Kartu Peserta kepada Jaringan Layanan Kesehatan.
 3. Penanggung telah memberikan persetujuan bahwa Peserta berhak untuk mendapatkan Manfaat Asuransi dengan Fasilitas *Cashless* ini dan, telah mengeluarkan Surat Jaminan kepada Jaringan Layanan Kesehatan tersebut.

4. Penanggung berhak membatalkan Surat Jaminan apabila Perawatan yang dijalani Peserta tidak sesuai dengan syarat dan ketentuan dalam Polis ini.
5. Penanggung hanya menanggung Manfaat Asuransi dengan Fasilitas *Cashless* yang menjadi hak Peserta sesuai dengan syarat dan ketentuan dalam Polis.
6. Pemegang Polis dan Peserta memenuhi proses standar yang berlaku di Jaringan Layanan Kesehatan untuk mendapatkan Fasilitas *Cashless* untuk Manfaat Asuransi yang sudah disetujui Penanggung.
7. Peserta wajib melakukan pembayaran langsung atas seluruh biaya Perawatan yang terjadi, yang tidak dijamin dalam Surat Jaminan kepada Jaringan Layanan Kesehatan sebelum meninggalkan Rumah Sakit.
8. Seluruh Premi atas Polis ini telah dibayar lunas.
- d. Pemegang Polis harus bertanggung jawab dan membayar Kelebihan Biaya yang terjadi akibat Perawatan yang dilakukan oleh Peserta kepada Penanggung dalam jangka waktu yang ditentukan dalam Data Polis.
- e. Apabila terjadi ketidaksesuaian pada besarnya Kelebihan Biaya yang ditagihkan oleh Jaringan Layanan Kesehatan kepada Peserta, Pemegang Polis diwajibkan untuk membayar terlebih dahulu Kelebihan Biaya tersebut. Pemegang Polis atau Peserta dapat menyampaikan ketidaksesuaian ini kepada Penanggung. Apabila setelah dihitung ulang oleh Penanggung memang terdapat ketidaksesuaian maka Penanggung akan mengembalikan selisih pembayaran ketidaksesuaian tersebut kepada Pemegang Polis secara sekaligus.
- f. Apabila Penanggung tidak menerima penggantian Kelebihan Biaya dalam jangka waktu yang telah ditetapkan Polis ini, kecuali ditentukan lain dalam Data Polis, maka Penanggung secara sepihak berhak:
 1. Menghentikan Fasilitas *Cashless* bagi seluruh Peserta dan/atau;
 2. Menunda dan/atau memotong pembayaran klaim *reimbursement* dari Peserta yang terkait dengan Kelebihan Biaya dan/atau dari seluruh Peserta dan/atau;
 3. Mengakhiri Polis.

3. Koordinasi Manfaat

- a. Apabila Peserta memiliki Polis kumpulan maupun perorangan yang memberikan manfaat serupa sebagaimana ditentukan dalam Polis ini, maka Penanggung berhak mengkoordinasikan manfaat yang dibayarkan dengan ketentuan jumlah manfaat seluruhnya yang diterima oleh Peserta dari Penanggung dan/atau pihak lain, maksimum adalah sama dengan 100% (seratus persen) dari biaya yang dikeluarkan.
- b. Dalam hal Peserta telah menerima Manfaat Asuransi dari Penanggung dan ingin mengurus pembayaran Manfaat Asuransi dari Penanggung lain, maka Penanggung hanya akan melayani pengurusan administrasi klaim koordinasi manfaat dalam jangka waktu maksimum 30 (tiga puluh) hari kalender setelah Peserta menerima Manfaat Asuransi dari Penanggung baik saat Penanggung sebagai penanggung pertama maupun sebaliknya.

4. Pembayaran Klaim

Manfaat Asuransi yang disetujui oleh Penanggung akan dibayarkan kepada Pemegang Polis atau Peserta atau ahli waris Peserta atau pihak lainnya yang berkepentingan atas Polis ini dengan cara transfer ke nomor rekening sebagaimana diinformasikan secara tertulis oleh Pemegang Polis kepada Penanggung.

5. Pengiriman Dokumen Klaim

Dokumen-dokumen klaim sebagaimana disebutkan pada **butir 1 huruf b Prosedur/Tata Cara dan Syarat klaim Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini** dapat:

Dikirimkan ke:	Atau mengantarkan langsung ke:
PT AXA Mandiri Financial Services AXA Tower, lantai 8 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City Jakarta 12940, Indonesia	Customer Care Centre PT AXA Mandiri Financial Services AXA Tower, lantai dasar, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City Jakarta 12940, Indonesia

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

- a. Menghubungi *Financial Advisor*/Tenaga Pemasar AXA Mandiri di cabang Bank Mandiri terdekat;
- b. Menghubungi layanan *call centre* AXA Mandiri di nomor 1500803 atau email ke: CorporateSolutions@axa-mandiri.co.id;
- c. Download/unduh melalui website: www.axa-mandiri.co.id

C. Prosedur/Tata Cara Pembatalan Polis, Pengembalian Premi dan Pengaduan

1. Pembatalan Polis

- Pemegang Polis dapat mengajukan permintaan pembatalan/pengakhiran Polis dengan mengirimkan dokumen terkait pembatalan/pengakhiran Polis ini yang telah diisi dengan lengkap dan benar;
- Informasi terkait dokumen untuk pembatalan/pengakhiran Polis dapat menghubungi Client Relation AXA Mandiri melalui PIC perwakilan dari Pemegang Polis;
- Pembatalan/pengakhiran Polis ini dapat dilakukan Pemegang Polis dengan menghubungi PIC perwakilan dari Pemegang Polis untuk diteruskan ke Client Relation AXA Mandiri atau menghubungi *call centre* AXA Mandiri di nomor: 1500803 (atau nomor perubahannya);
- AXA Mandiri akan memproses pengajuan pembatalan/pengakhiran Polis ini dalam jangka waktu paling lambat 14 (empat belas) hari kerja disetujuinya pembatalan Polis oleh AXA Mandiri.

2. Pengembalian Premi

Apabila pertanggungans Peserta Berakhir, maka Penanggung akan mengembalikan Premi berdasarkan formula dibawah ini:

Faktor x Premi yang diterima oleh Penanggung

Tabel Faktor:

Cara Pembayaran Premi	Masa Asuransi (x)	Faktor
Tahunan	$x \leq 1$ minggu	90%
	1 minggu < $x \leq 1$ bulan	75%
	1 bulan < $x \leq 2$ bulan	65%
	2 bulan < $x \leq 3$ bulan	50%
	3 bulan < $x \leq 4$ bulan	35%
	4 bulan < $x \leq 6$ bulan	25%
	6 bulan < $x \leq 9$ bulan	10%
	$x > 9$ bulan	-
Semesteran	$x \leq 1$ minggu	75%
	1 minggu < $x \leq 1$ bulan	60%
	1 bulan < $x \leq 2$ bulan	40%
	2 bulan < $x \leq 3$ bulan	25%
	3 bulan < $x \leq 4$ bulan	10%
	$x > 4$ bulan	-
Kuartalan	$x \leq 1$ minggu	70%
	1 minggu < $x \leq 1$ bulan	40%
	1 bulan < $x \leq 2$ bulan	10%
	$x > 2$ bulan	-

3. Pengaduan

- Pengaduan dapat dilakukan Pemegang Polis dengan menghubungi *Customer Care Centre – Corporate Solutions* AXA Mandiri di nomor: 1500803 (atau nomor perubahannya) atau *email* ke CorporateSolutions@axa-mandiri.co.id.
- Untuk penyelesaian pengaduan lisan (melalui *Customer Care Centre – Corporate Solutions* 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. GF

Simulasi

PT Angkasa membeli Produk Asuransi Mandiri Corporate Health Plan AXA Mandiri dengan informasi berikut:

Pemegang Polis	:	PT Angkasa
Jumlah Peserta	:	85 Peserta
Cara Pembayaran Premi	:	Tahunan
Pilihan Program Manfaat	:	Manfaat Rawat Inap
Plan yang dipilih	:	IP200 (Inpatient 200)

1. Rincian Perhitungan Premi:

▪ Premi Tahunan per Peserta

Peserta	Premi Tahunan IP200
Pria	Rp694.000
Wanita	Rp820.200
Anak	Rp490.000

▪ Distribusi Peserta

Peserta	Jumlah Peserta
Pria	37
Wanita	29
Anak	19
Total	85

▪ Total Premi Tahunan yang harus dibayarkan oleh Pemegang Polis

Peserta	Premi Tahunan
Pria	Rp25.308.000
Wanita	Rp23.785.800
Anak	Rp9.310.000
Total Premi Tahunan	Rp58.403.800

2. Tabel Manfaat Rawat Inap

(dalam Rupiah)

Manfaat	Batasan Maksimum	IP200
Biaya Kamar & Makan per hari	Maksimum 365 hari per ketidakmampuan	200,000
Biaya Perawatan Intensif per hari	Maksimum 365 hari per ketidakmampuan	400,000
Biaya kunjungan dokter per hari	Maksimum 365 hari per ketidakmampuan	200,000
Biaya konsultasi dokter spesialis per kunjungan/ per tahun	Maksimum 365 hari per ketidakmampuan	200,000
Biaya Aneka Perawatan	Maksimum per ketidakmampuan	3,000,000
Biaya Pembedahan		
Pembedahan <i>Complex</i>		26,000,000
Pembedahan <i>Major</i>	Maksimum per ketidakmampuan	17,000,000
Pembedahan <i>Intermediate</i>		9,000,000
Pembedahan <i>Minor</i>		4,000,000
Biaya Rawat Jalan dan Gigi Darurat Karena Kecelakaan	Maksimum per ketidakmampuan	1,000,000
Biaya Pemeriksaan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap:	30 hari sebelum dan 90 hari Sesudah Rawat Inap	
Biaya Konsultasi Dokter		200,000
Biaya test diagnostik, obat dan konsultasi		2,000,000
Biaya Ambulans	Maksimum per ketidakmampuan	200,000
Biaya Perawat pribadi	Maksimum per hari	150,000
Santunan Duka		30,000,000
Limit Tahunan		Tidak Terbatas

Informasi Tambahan

A. Definisi

1. Anak

Anak sah dari Karyawan yang belum menikah dan secara keuangan bergantung kepada Karyawan.

2. Ambulan

Transportasi darat yang digunakan oleh Peserta menuju ke Rumah Sakit dengan menggunakan fasilitas kendaraan yang dilengkapi dengan fasilitas kesehatan yang disediakan Rumah Sakit atau lembaga penyedia layanan kesehatan atau lembaga penyedia jasa ambulan untuk tujuan mendapatkan pelayanan kesehatan bagi Peserta.

3. Bidan

Seseorang yang memiliki kualifikasi dan berijazah sebagai bidan menurut ilmu kedokteran barat, terdaftar dan memiliki izin praktek sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

4. Bingkai Kacamata

Alat bantu untuk mendudukkan lensa pada tempat yang sesuai.

5. Cedera Tubuh

Cedera atau luka badan yang diderita oleh Peserta selama Masa Pertanggungan yang penyebab langsung dan satu-satunya adalah Kecelakaan.

6. Daftar Peserta

Sebuah daftar yang diterbitkan oleh Penanggung yang berisikan nama-nama dari Karyawan dan Tanggungan dari Pemegang Polis yang telah memenuhi persyaratan yang ditentukan dalam Polis ini dan didaftarkan oleh Pemegang Polis sebagai Peserta dan disetujui oleh Penanggung.

7. Data Polis

Bagian dari Polis yang memuat informasi yang berkaitan dengan pertanggungan asuransi untuk tujuan identifikasi, yang dapat diubah dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

8. Dokter Gigi

Seseorang yang memiliki kualifikasi dan berijazah menurut ilmu kedokteran sebagai dokter khusus yang menangani gigi dan mulut, serta terdaftar dan memiliki izin praktek sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

9. Dokter Spesialis

Dokter yang memiliki kualifikasi dan berijazah sebagai Dokter Spesialis menurut ilmu kedokteran barat, terdaftar dan memiliki izin praktik sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

10. Dokter Spesialis Mata

Seseorang yang memiliki kualifikasi dan berijazah sebagai dokter spesialis dalam kedokteran mata menurut ilmu kedokteran barat, terdaftar dan memiliki izin praktek sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

11. Dokter Umum

Seseorang yang memiliki kualifikasi dan berijazah sebagai dokter umum menurut ilmu kedokteran barat, terdaftar dan memiliki izin praktek sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

12. Fasilitas *Cashless*

Fasilitas yang diberikan untuk layanan kesehatan bagi Peserta dengan menggunakan Jaringan Layanan Kesehatan dimana Peserta tidak perlu membayar terlebih dahulu saat mendapatkan Perawatan sesuai dengan Manfaat Asuransi berdasarkan Polis ini dengan syarat dan ketentuan penggunaan sebagaimana diatur dalam Polis.

13. Jangka Waktu Bebas Perawatan

Selang (interval) waktu antara tanggal akhir Rawat Inap yang sebelumnya dengan tanggal mulai Rawat Inap yang berikutnya yang ditetapkan selama 30 (tiga puluh) hari kalender.

14. Jaringan Layanan Kesehatan

Penyedia-penyedia jasa Perawatan yang telah ditunjuk oleh Penanggung untuk memberikan Perawatan kepada Peserta, yang dapat diubah dari waktu ke waktu oleh Penanggung.

15. Kacamata

Lensa kacamata, lensa kontak dan bingkai kacamata yang bertujuan untuk membantu fungsi penglihatan.

16. Kamar

Kamar Perawatan kesehatan untuk Rawat Inap di Rumah Sakit.

17. Kartu Peserta

Kartu yang diterbitkan oleh Penanggung sebagai tanda pengenalan bagi Peserta kepada Jaringan Layanan Kesehatan.

18. Karyawan

Seseorang yang dipekerjakan oleh Pemegang Polis.

19. 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 di diagnosa secara medis.

20. Keguguran

Suatu proses keluar dengan sendirinya atau dikeluarkan suatu embrio atau janin belum cukup bulan yang mana tindakan tersebut atas menurut indikasi medis dari tenaga medis yang berwenang dan bukan atas kemauan pasien.

21. Kelahiran dengan Pembedahan

Proses melahirkan dengan tindakan pembedahan (Sectio Caesarian).

22. Kelahiran Normal

Proses melahirkan melalui jalan lahir secara alami termasuk dengan bantuan alat-alat khusus (seperti forceps, ekstraksi vakum dan lain lain) tanpa suatu tindakan pembedahan.

23. Kelebihan Biaya

Biaya diluar hak Peserta yang terjadi akibat penggunaan Fasilitas *Cashless*, termasuk namun tidak terbatas kepada:

- a. Biaya Perawatan yang terjadi melebihi batas maksimum dalam Data Polis;
- b. Perawatan yang dijalani Peserta termasuk dalam Pengecualian sebagaimana diatur dalam Polis ini; atau
- c. Biaya Perawatan yang bukan termasuk Manfaat Asuransi sebagaimana yang tercantum dalam Data Polis.

24. Layak dan Lazim

Segala biaya medis yang ditagih untuk Perawatan, pengadaan atau pelayanan kesehatan yang dibutuhkan secara medis untuk merawat kondisi Peserta dan tidak melebihi biaya yang lazim untuk Perawatan, pengadaan atau pelayanan kesehatan yang serupa di wilayah dimana biaya tersebut dibebankan dan tidak termasuk biaya yang seharusnya tidak ada, jika tidak terdapat perlindungan asuransi.

25. Lensa

Kaca/plastik yang dipergunakan sebagai alat bantu penglihatan akibat kelainan refraksi.

26. Lensa Kontak

Alat bantu yang dilekatkan pada mata yang dipergunakan sebagai alat bantu penglihatan akibat kelainan refraksi.

27. Manfaat Asuransi

Jenis dan besarnya manfaat produk asuransi ini sebagaimana dicantumkan pada Data Polis.

28. Masa Bebas Lihat

Periode waktu tertentu sebagaimana diatur dalam Data Polis terhitung sejak tanggal diterimanya Polis oleh Pemegang Polis yang merupakan waktu yang diberikan kepada Pemegang Polis untuk mempelajari dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan tersebut telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Pemegang Polis.

29. Masa Leluasa

Jangka waktu sebagaimana tercantum dalam Data Polis yang akan dihitung sejak Tanggal Jatuh Tempo di mana Polis akan tetap berlaku walaupun Premi belum dibayar lunas.

30. Masa Tunggu

Masa dimana Manfaat Asuransi yang tercantum dalam Polis ini tidak ditanggung oleh Penanggung sebagaimana disebutkan dalam Data Polis.

31. Obat-obatan

Suatu bahan kimiawi yang digunakan untuk penyembuhan kesehatan karena Penyakit atau Cedera Tubuh yang direkomendasikan oleh Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis dan dibeli di apotek yang terdaftar.

32. Pelayanan Yang Dibutuhkan Secara Medis

Pelayanan kesehatan atau pengobatan yang memenuhi semua ketentuan berikut:

- a. Pelayanan kesehatan dengan biaya yang *Layak dan Lazim*; dan
- b. Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan secara medis dan yang dirujuk oleh Dokter.
- c. Fakta bahwa Dokter telah memberikan penanganan secara medis atau fakta bahwa pengobatan tersebut merupakan satu-satunya cara untuk mengobati luka, Penyakit atau pengobatan mental bukan berarti hal tersebut merupakan Pelayanan Yang Dibutuhkan Secara Medis.
- d. Tanpa mengesampingkan ketentuan di atas, Penanggung mempunyai hak untuk menentukan apakah pelayanan kesehatan atau pengobatan tersebut merupakan Pelayanan Yang Dibutuhkan Secara Medis.

33. Pemegang Polis

Badan hukum yang didirikan berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku di Indonesia dan mengadakan perjanjian Asuransi Kumpulan dengan Penanggung.

34. Penanggung

PT AXA Mandiri Financial Services ("AXA Mandiri").

35. Penerima Manfaat

Pihak yang berhak untuk mendapatkan Manfaat Asuransi berdasarkan Polis ini, ditunjuk oleh Pemegang Polis dan berhak untuk menerima Maslahat berdasarkan Polis ini.

36. Penyakit

Kondisi fisik Peserta yang ditandai dengan penyimpangan patologi dari kondisi normal yang sehat.

37. Perawat

Seseorang yang memiliki kualifikasi dan berijazah sebagai Perawat menurut ilmu keperawatan, terdaftar dan memiliki izin praktik sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

38. Perawat Khusus

Seseorang yang memiliki kualifikasi dan berijazah sebagai perawat menurut ilmu keperawatan, terdaftar dan memiliki izin praktek sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku yang bertugas untuk merawat pasien secara khusus.

39. Perawatan

Layanan medis yang diterima oleh Peserta sehubungan dengan Penyakit atau Cedera Tubuh yang dideritanya.

40. Perawatan Gigi

Perawatan dan pengobatan gigi yang dilakukan oleh Dokter Gigi.

41. Peserta

Karyawan dan Tanggungan yang telah memenuhi syarat kepesertaan dalam Polis ini dan tercantum dalam Daftar Peserta yang dikeluarkan oleh Penanggung.

42. Polis

Dokumen yang memuat perjanjian asuransi antara Pemegang Polis dan Penanggung yang terdiri dari antara lain Data Polis, Ketentuan Umum dan/atau Ketentuan Khusus dan/atau Ketentuan Tambahan Polis dan/atau perubahan lain di dalamnya, termasuk Surat Permintaan Asuransi Kumpulan serta formulir dan dokumen lain yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan atau dinyatakan sebagai bagian dari Polis.

43. Premi

Jumlah uang yang wajib dibayar Pemegang Polis kepada Penanggung yang merupakan salah satu syarat memperoleh pertanggungan asuransi berdasarkan Polis ini.

44. Produk Asuransi

Produk Asuransi Mandiri Corporate Health Plan.

45. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Produk Asuransi.

46. Rawat Inap

Tinggal di Rumah Sakit secara berkelanjutan sekurang-kurangnya enam (6) jam atas dasar saran dari Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis dan yang dapat dibuktikan dengan tagihan kamar dan makan harian yang diterbitkan secara sah oleh Rumah Sakit.

47. Rawat Jalan Kehamilan

Rawat jalan dalam masa kehamilan sampai dengan 40 (empat puluh) hari setelah melahirkan.

48. Reimbursement

Pembayaran kembali kepada Pemegang Polis atau Peserta untuk jumlah yang diajukan sebagai permintaan pembayaran Manfaat Asuransi berdasarkan Polis.

49. Rumah Sakit

Badan usaha yang sah yang memiliki izin operasi dan terdaftar sebagai Rumah Sakit dari pemerintah setempat untuk memberikan pelayanan Perawatan dan pengobatan kepada orang sebagai pasien yang sakit atau cedera tubuh, memiliki Dokter dan tenaga perawat, memiliki fasilitas diagnostik dan operasi yang memadai, memiliki fasilitas untuk rawat inap, menyediakan pelayanan Perawatan dan pengawasan 24 (dua puluh empat) jam oleh tenaga medis atau Dokter yang berkualifikasi, termasuk di dalamnya Puskesmas Kecamatan bukan hanya sebagai klinik, bukan balai pengobatan, bukan rumah bersalin, bukan tempat bagi para pecandu alkohol atau obat bius, bukan tempat Perawatan bagi lanjut usia atau sejenisnya, bukan tempat untuk Perawatan untuk memulihkan kesehatan atau rawat istirahat dan memungut / mengenakan biaya kepada pasien atas fasilitas Perawatan pengobatan yang telah disediakan, serta bukan Rumah Sakit milik Peserta atau keluarga atau agen asuransi atau pihak yang berkepentingan atas Polis ini.

50. Satu Ketidakmampuan

Segala Ketidakmampuan yang terjadi dari sebab yang sama dengan segala komplikasinya, termasuk Ketidakmampuan yang terjadi pada waktu yang sama tetapi oleh penyebab yang lain selama masa Rawat Inap, kecuali Ketidakmampuan tersebut terjadi setelah "Jangka Waktu Bebas Perawatan" maka Perawatan berikutnya untuk sebab yang sama akan dianggap sebagai Ketidakmampuan yang sebelumnya (lama).

51. Surat Jaminan

Setiap jaminan tertulis yang diterbitkan oleh Penanggung atau Pengelola Administrasi Medis untuk dan atas nama Penanggung kepada Jaringan Layanan Kesehatan untuk memberikan jaminan bahwa Penanggung akan membayar setiap biaya Perawatan sebagaimana ditentukan dalam Data Polis.

52. Surat Rujukan

Surat yang diterbitkan oleh Dokter Umum untuk memperoleh diagnosa Perawatan, dan/atau pengobatan dari Dokter Spesialis yang ditunjuk oleh Dokter Umum.

53. Tabel Manfaat

Tabel yang dilampirkan dalam Polis ini dan Ketentuan Tambahan sebagai batasan nilai maksimum Manfaat Asuransi yang diberikan dalam jumlah dan jangka waktu tertentu, terdiri dari:

- a. Tabel Manfaat Rawat Inap.
- b. Tabel Manfaat Rawat Jalan (jika mengambil Asuransi Tambahan Manfaat Rawat Jalan).
- c. Tabel Manfaat Rawat Gigi (jika mengambil Asuransi Tambahan Manfaat Rawat Gigi).
- d. Tabel Manfaat Persalinan (jika mengambil Asuransi Tambahan Manfaat Persalinan).
- e. Tabel Manfaat Kacamata (jika mengambil Asuransi Tambahan Manfaat Kacamata).

54. Tahun Polis

Tenggang waktu antara Tanggal Berlaku Polis dengan tanggal Ulang Tahun Polis berikutnya atau antara satu Ulang Tahun Polis dengan Ulang Tahun Polis berikutnya yang perhitungannya dimulai dari Tanggal Berlaku Polis.

55. Tanggal Berakhir Polis

Tanggal pertanggungan dalam Polis ini berakhir sebagaimana ditentukan dalam Data Polis.

56. Tanggal Berlaku Kepesertaan

Tanggal saat pertanggungan asuransi Peserta sesuai dengan yang tercantum pada Daftar Peserta.

57. Tanggal Berlaku Polis

Tanggal mulai berlakunya pertanggungan di dalam Polis ini sebagaimana ditentukan dalam Data Polis.

58. Tanggal Jatuh Tempo

Tanggal dimana Premi harus dibayarkan sebagaimana ditentukan oleh Penanggung.

59. Tanggungan

Suami atau Isteri dan/atau Anak (sampai dengan anak ke-tiga) dan/atau keluarga (apabila disetujui Penanggung) yang sah dari Karyawan tersebut dan memenuhi persyaratan yang tercantum dalam Data Polis dan syarat kepesertaan serta tercatat dalam Daftar Peserta yang dikeluarkan oleh Penanggung.

60. Uang Pertanggungan

Sejumlah nilai uang yang tercantum dalam Data Polis sehubungan dengan pertanggungan asuransi

61. Ulang Tahun Polis

Setiap tanggal dan bulan dari setiap tahun yang sama dan bulan dari Tanggal Berlaku Polis sebagaimana tercantum dalam Data Polis.

62. Unit Perawatan Intensif

Suatu bagian Perawatan Rumah Sakit untuk Penyakit atau Cedera Tubuh atas diri Peserta yang membutuhkan Perawatan intensif dan pengawasan khusus secara berkesinambungan oleh Dokter yang memiliki kualifikasi untuk menangani Perawatan di Unit Perawatan Intensif dibantu oleh perawat-perawat khusus, termasuk dalam definisi ini adalah High Care Unit, Intensive Coronary Care Unit, Neonatal Intensive Care Unit.

63. Usia

Usia pada ulang tahun terakhir Peserta pada saat Tanggal Berlaku Polis atau pada saat Ulang Tahun Polis.

64. Usia Masuk

Usia Peserta pada saat Tanggal Berlaku Kepesertaan sebagaimana dicantumkan pada Data Polis.

B. Catatan Penting

1. AXA Mandiri dapat menolak permohonan produk Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ("RIPLAY Umum") ini dan berhak bertanya kepada tenaga pemasar atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
3. AXA Mandiri wajib untuk menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk Asuransi 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.
4. Anda akan menerima penawaran produk lain dari pihak ketiga apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi Anda.

5. RIPLAY Umum ini adalah informasi bagi Nasabah mengenai Produk Asuransi yang dapat diunduh di website www.axa-mandiri.co.id dan bukan merupakan suatu bentuk jaminan atau dijadikan dasar atau pedoman sehubungan dengan suatu perjanjian atau komitmen apapun.
6. Produk Asuransi Mandiri Corporate Health Plan adalah produk asuransi dan bukan merupakan tanggung jawab dan produk Bank serta tidak dijamin oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS).
7. RIPLAY Umum ini bukan merupakan bagian dari Polis dan bukan suatu bentuk perjanjian asuransi antara AXA Mandiri dengan Pemegang Polis. Pemegang Polis, Peserta dan ahli waris Peserta terikat dengan Polis Asuransi.
8. 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 dari AXA Mandiri.
9. Pemegang Polis wajib membaca, memahami, dan menyepakati RIPLAY Umum ini. Apabila terdapat pertanyaan terkait syarat dan ketentuan Produk Asuransi ini, Nasabah dapat menghubungi tenaga pemasar atau *Customer Care Centre – Corporate Solution* AXA Mandiri di nomor 1500803, atau email ke CorporateSolutions@axa-mandiri.co.id.
10. Pastikan Anda membaca, mempelajari, dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Anda.
11. Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah memperhitungkan komponen biaya-biaya dan AXA Mandiri akan memberikan komisi kepada pihak bank dan/atau pihak lainnya yang bekerja sama dengan Penanggung dalam rangka pemasaran produk asuransi.
12. AXA Mandiri merupakan perusahaan asuransi jiwa yang berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

Penting:

Tenaga pemasar tidak diperbolehkan menerima tanda terima kasih, Premi, atau pemberian dalam bentuk apa pun dari nasabah. Nasabah dilarang membayar Premi dalam bentuk tunai kepada tenaga pemasar.

Disclaimer (penting untuk dibaca)

1. AXA Mandiri dapat menolak permohonan produk Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini dan berhak bertanya kepada Financial Advisor atau tenaga pemasar atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini.
3. Pastikan Anda membaca, mempelajari, dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Anda. Selama Masa Bebas Lihat, Polis telah berlaku. Namun demikian Pemegang Polis dapat mengajukan pembatalan Polis kepada Penanggung secara tertulis dan Polis dikembalikan kepada Penanggung pada Masa Bebas Lihat. Atas hal tersebut, Polis secara otomatis menjadi batal sejak Tanggal Berlaku Polis dan tidak ada pertanggungan asuransi apapun yang menjadi kewajiban Penanggung kepada Pemegang Polis dan Peserta.
4. Setelah menerima permintaan pembatalan Polis sebagaimana pada poin 3 diatas, Penanggung akan mengembalikan kepada Pemegang Polis, Premi yang telah dibayarkan yang dikurangi biaya administrasi untuk cetak Polis dan/atau biaya medis (jika ada).
5. Apabila pada Masa Bebas Lihat, Penanggung tidak menerima suatu pemberitahuan pembatalan Polis maka seluruh ketentuan pada Polis tetap berlaku secara sah dan mengikat sejak Tanggal Berlaku Polis.



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

Tanggal Cetak Dokumen
Juni 2026