



mandiri

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum

Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan



Nama Penerbit	: PT AXA Mandiri Financial Services ("AXA Mandiri")	Mata Uang	: Rupiah
Nama Produk	: Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan	Jenis Produk	: Asuransi Kesehatan Individu
Deskripsi Produk	: Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan adalah produk asuransi kesehatan yang memberikan manfaat penggantian biaya harian kamar rawat inap Rumah Sakit, penggantian biaya harian kamar unit perawatan intensif, penggantian biaya pembedahan, santunan meninggal dunia karena Kecelakaan, penggantian biaya transportasi ke Rumah Sakit untuk setiap rawat inap serta manfaat pengembalian premi dengan ketentuan sebagaimana diatur di dalam Polis.		

FITUR ASURANSI

Usia Masuk Tertanggung	: 15 hari – 60 tahun (ulang tahun terakhir)	Premi	: Mulai dari Rp 653.100 /tahun
Masa Asuransi	: Sampai dengan Tertanggung mencapai usia 65 tahun	Periode Bayar Premi	: Bulanan/Kuartalan/Semesteran/Tahunan
Plan	: Plan A, Plan B, Plan C, Plan D		

DESKRIPSI MANFAAT ASURANSI

- Manfaat penggantian biaya harian kamar Rawat Inap Rumah Sakit
Penanggung akan membayarkan manfaat penggantian biaya harian kamar Rawat Inap Rumah Sakit kepada Pemegang Polis, apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap yang disebabkan oleh Penyakit dan/atau Cedera Tubuh dalam jumlah santunan per hari sebagaimana tercantum dalam Data Polis dan untuk jangka waktu yang tidak melebihi atau maksimum 90 (sembilan puluh) hari per tahun.
- Manfaat penggantian biaya harian kamar Unit Perawatan Intensif
Penanggung akan membayarkan manfaat penggantian biaya harian kamar Unit Perawatan Intensif kepada Pemegang Polis, apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif di Rumah Sakit yang disebabkan oleh Penyakit dan/atau Cedera Tubuh dalam jumlah santunan per hari sebagaimana tercantum dalam Data Polis dan untuk jangka waktu yang tidak melebihi 30 (tiga puluh) hari per tahun. Pembayaran manfaat ini merupakan bagian dari pembayaran manfaat penggantian biaya harian kamar Rawat Inap.
- Manfaat penggantian biaya Bedah
Penanggung akan membayarkan manfaat penggantian biaya Bedah kepada Pemegang Polis, apabila Tertanggung menjalani pembedahan yang dilakukan oleh Dokter di Rumah Sakit yang disebabkan oleh Penyakit dan/atau Cedera Tubuh sebesar perkalian persentase untuk pembedahan sesuai dengan daftar pembedahan sebagaimana dimaksud pada Ketentuan Umum Polis dengan jumlah santunan maksimum per tahun sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
- Manfaat penggantian biaya transportasi ke Rumah Sakit
Penanggung akan membayarkan manfaat penggantian biaya transportasi ke Rumah Sakit kepada Pemegang Polis, apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap yang disebabkan oleh Penyakit dan/atau Cedera Tubuh dalam jumlah santunan per Rawat Inap sebagaimana tercantum dalam Data Polis.

RISIKO

- AXA Mandiri tidak akan membayar manfaat asuransi antara lain disebabkan:
 - Hal-hal yang tercantum pada Pengecualian Polis.
 - 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.
- Risiko yang terkait dengan kemungkinan meningkatnya biaya medis di kemudian hari.

BIAYA-BIAYA

- Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah memperhitungkan:
- komponen biaya-biaya; dan
 - sudah termasuk komisi bagi pihak Bank.

5. Manfaat santunan meninggal dunia karena Kecelakaan
Penanggung akan membayarkan sejumlah uang yang merupakan manfaat santunan meninggal dunia karena Kecelakaan sebagaimana tercantum dalam Data Polis, apabila Tertanggung meninggal dunia. Dengan telah dilakukannya pembayaran Manfaat santunan meninggal dunia karena Kecelakaan oleh Penanggung maka untuk selanjutnya Polis dinyatakan berakhir.
6. Manfaat pengembalian Premi
Penanggung akan membayarkan manfaat pengembalian Premi pada akhir Ulang Tahun Polis ke-5 (lima) dan kelipatannya sebesar 50% (lima puluh persen) dari Premi yang telah dibayarkan selama 60 (enam puluh) bulan terakhir kepada Pemegang Polis apabila:
 - a. Polis tetap aktif sampai dengan Ulang Tahun Polis ke-5 (lima) sejak Tanggal Berlakunya Polis. Jika terjadi pemulihan Polis, maka manfaat pengembalian premi akan tetap dihitung dari Tanggal Berlakunya Polis di awal masa asuransi; dan
 - b. Tidak ada klaim Tertanggung yang dibayarkan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis dalam kurun waktu 5 (lima) tahun sejak Tanggal Berlakunya Polis dan selanjutnya untuk setiap kelipatan 5 (lima) tahun berikutnya; dan
 - c. Tidak ada Premi yang tertunggak.
 - d. Ketentuan huruf a, b, dan c di atas akan tetap berlaku disetiap kelipatan perpanjangan Polis per 5 (lima) tahun. Dalam hal manfaat pengembalian premi telah dibayarkan kepada pemegang polis, polis akan diperpanjang otomatis selama pendebitan premi berhasil dilakukan paling lambat pada tanggal jatuh tempo berikutnya.

TABEL MANFAAT ASURANSI MANDIRI SOLUSI KESEHATAN¹

Manfaat	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Manfaat penggantian biaya harian kamar Rawat Inap Rumah Sakit (maks. 90 hari per tahun)	Rp 300.000	Rp 600.000	Rp 900.000	Rp 1.200.000
Manfaat penggantian biaya harian kamar Unit Perawatan Intensif (maks. 30 hari per tahun) ²	Rp 600.000	Rp 1.200.000	Rp 1.800.000	Rp 2.400.000
Manfaat penggantian biaya bedah (dihitung dalam persentase tertentu sesuai dengan jumlah santunan maksimum per tahun dan diberikan secara sekaligus) ³	Rp 5.000.000	Rp 10.000.000	Rp 15.000.000	Rp 20.000.000
Manfaat penggantian biaya transportasi ke Rumah Sakit (per rawat inap)	Rp 250.000	Rp 500.000	Rp 750.000	Rp 1.000.000
Manfaat santunan meninggal dunia karena Kecelakaan	Rp 50.000.000			
Manfaat pengembalian Premi	50% (lima puluh persen) dari Premi yang telah dibayarkan oleh Pemegang Polis selama 60 (enam puluh) bulan terakhir dan diterima oleh Penanggung			

¹Produk Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan memiliki beberapa kondisi ketika manfaat tidak dapat dibayarkan pada saat pengajuan klaim. Hal ini tercantum dan dijelaskan lebih detail pada ketentuan pengecualian yang tertera pada Polis Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan dan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.

²Manfaat ini merupakan bagian dari pembayaran manfaat penggantian biaya harian kamar Rawat Inap Rumah Sakit.

³Persentase penggantian biaya bedah bervariasi (mulai dari 20% - 100%) sesuai dengan jenis pembedahan.

PENGECUALIAN

Penanggung berhak tidak membayarkan Masalah apa pun jika kejadian yang diajukan sebagai klaim terjadi secara langsung atau tidak langsung, secara disadari atau tidak, dari satu atau lebih kejadian yang berikut:

1. Kegiatan menyakiti diri sendiri, termasuk didalamnya melakukan bunuh diri atau bentuk upaya melakukan bunuh diri, atau secara sengaja berada dalam keadaan/kegiatan bahaya (kecuali merupakan usaha untuk menyelamatkan jiwa) atau turut serta dalam suatu perkelahian, tindakan kejahatan atau suatu percobaan tindak kejahatan baik aktif maupun tidak atau sebagai akibat keadaan tidak waras; atau

2. Secara langsung maupun tidak langsung melakukan tindakan kejahatan, melanggar hukum yang disengaja oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung atau orang yang berkepentingan dan ingin mengambil keuntungan atas pertanggungan asuransi ini; atau
3. Segala bentuk penerbangan selain sebagai penumpang pada penerbangan komersial yang berjadwal; atau
4. Perang (baik dideklarasikan atau tidak), invasi, perlawanan rakyat, pemberontakan massa, aktivitas teroris, pemogokan, kerusuhan, tindakan militer, setiap senjata atau alat yang mengakibatkan letusan fusi atom atau gas radioaktif atau setiap kegiatan yang mirip operasi perang; atau
5. Terkena reaksi nuklir, radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari bahan bakar nuklir atau proses pembuangan limbah atau bahan peledak atau senjata; atau
6. 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 mana pun (termasuk Bedah plastik atau kosmetik); atau
7. Rawat Inap yang muncul atau terjadi dalam 30 (tiga puluh) hari setelah Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis, mana yang paling akhir, kecuali Rawat Inap yang disebabkan Kecelakaan; atau
8. Kehamilan dan segala komplikasinya, kelahiran (termasuk kelahiran dengan pembedahan), keguguran, Perawatan pra dan pasca kelahiran, aborsi, sterilisasi, kontrasepsi, kesuburan beserta komplikasinya; atau
9. Pemeriksaan kesehatan berkala atau uji fisik rutin, vaksinasi, imunisasi, konsultasi dan rawat jalan, Perawatan atau pengobatan preventif, penurunan berat badan atau Perawatan obesitas; atau
10. Khitan selain yang diperlukan secara medis; atau
11. Pengobatan atau Perawatan atau operasi gigi, kecuali disebabkan oleh karena kecelakaan; atau
12. Pemeriksaan atau Perawatan atau pengobatan atau operasi mata, kecuali disebabkan oleh karena kecelakaan; atau
13. Penyakit kelainan bawaan, keturunan, dan kelainan pertumbuhan; atau
14. Perawatan di Rumah Sakit untuk pengobatan penyakit mental dan syaraf, alkoholisme, ketergantungan obat, bulimia, anorexia nervosa atau pengobatan yang terjadi akibat penyakit ketuaan, psikis ketuaan, dan kondisi psikis lainnya; atau
15. Perawatan di rumah perawatan untuk memulihkan kesehatan, klinik pengobatan tradisional atau sejenisnya, health spa atau rawat baring; atau
16. Perawatan yang dihasilkan dari atau yang berhubungan dengan:
 - a. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) seperti diketahui oleh World Health Organization dan didiagnosa oleh Dokter; atau
 - b. Keberadaan virus AIDS seperti yang terlihat dari antibody positif AIDS; atau
 - c. Penyakit lain yang timbul sebagai akibat dari yang tersebut pada huruf a dan huruf b di atas.
17. Penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual; atau
18. Rawat Inap yang dilakukan di Rumah Sakit milik Pemegang Polis, Tertanggung, pihak yang berkepentingan atas Polis atau keluarga dari Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau pihak yang berkepentingan atas Polis atau merupakan anggota keluarga dari Tertanggung dan / atau Pemegang Polis, serta dirawat oleh Dokter yang merupakan Pemegang Polis, Tertanggung, pihak yang berkepentingan atas Polis atau keluarga dari Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau pihak yang berkepentingan atas Polis atau merupakan anggota keluarga dari Tertanggung dan / atau Pemegang Polis; atau
19. Perawatan atau Pembedahan amandel, adenoid, hernia hingga Tertanggung telah dilindungi oleh pertanggungan asuransi ini selama 180 (seratus delapan puluh) hari sejak Tanggal Berlakunya Polis dan perpanjangan masa berlakunya secara terus menerus; atau
20. Rawat Inap di Rumah Sakit yang diakibatkan oleh kondisi medis dan/atau kondisi lainnya yang berhubungan dengan Perawatan dan pengobatan Tertanggung yang termasuk kedalam kondisi Keadaan Yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-Existing Condition) hingga Tertanggung telah dilindungi oleh pertanggungan asuransi ini selama 1 (satu) tahun sejak Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis yang disetujui oleh Penanggung sebagaimana tercantum dalam Polis, mana yang paling akhir; atau
21. Bedah kosmetik dimana tidak ada indikasi objektif atau gejala-gejala kondisi kesehatan yang buruk; atau
22. Setiap pembedahan fakultatif yang dipilih oleh Tertanggung tetapi bukan atas rekomendasi atau saran seorang Dokter dalam rangka Perawatan Cedera Tubuh atau Penyakit; atau
23. Setiap prosedur pembedahan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit; atau
24. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung bertempat tinggal atau mengalami kejadian yang terjadi di negara-negara yang memiliki tingkat risiko tinggi dalam hal politik, mengalami perang atau situasi keamanan yang tidak stabil, seperti tetapi tidak terbatas pada Afghanistan, Irak, Libya, Nigeria, Korea Utara, wilayah Palestina, Somalia, Sudan Selatan, Sudan, Suriah, Yaman, Iran, Belarus, Kuba, Republik Demokratik Kongo, Zimbabwe, Rusia, dan Ukraina; atau

25. Kegiatan olahraga (sport) yang dilakukan secara tidak profesional dan/atau olahraga yang dilakukan pada musim dingin, misalnya tetapi tidak terbatas pada selancar air, skating es, dan kegiatan olahraga lainnya yang dilakukan secara kompetitif dimana akan menghasilkan uang atau pembayaran dari melakukan olahraga tersebut dan gaya hidup berisiko tinggi; atau
26. 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
27. Perawatan, atau penggunaan obat, yang belum ditetapkan secara efektif atau yang bersifat eksperimental atau dalam uji klinis. Namun Penanggung akan membayar untuk Perawatan atau penggunaan obat, jika ada persetujuan terlebih dahulu oleh Penanggung secara tertulis, dan juga disediakan Perawatan atau obat yang telah mendapatkan lisensi dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) jika Tertanggung menerima Perawatan di Indonesia, atau European Medicines Agency jika Tertanggung menerima pengobatan di Eropa, atau Food and Drug Administration (FDA) jika Tertanggung menerima Perawatan di tempat lain di dunia, dan digunakan dalam persyaratan lisensi tersebut.

PERSYARATAN DAN TATA CARA

A. Persyaratan Pengajuan Produk Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan

1. Pemegang Polis berusia 18 tahun sampai dengan 60 tahun (ulang tahun terakhir)
2. Tertanggung berusia 15 hari sampai dengan 60 tahun (ulang tahun terakhir)
3. Pendaftaran Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan dilakukan melalui aktivitas “telemarketing”;
4. Keikutsertaan dilakukan dengan konfirmasi yang dilakukan dengan Telemarketing diantaranya mengenai hal-hal di bawah ini :
 - a. Informasi manfaat asuransi dan Pengecualian.
 - b. Informasi biaya asuransi.
 - c. Persetujuan dari nasabah mengenai keikutsertaan/pendaftaran produk asuransi.
 - d. Persetujuan pembebanan biaya Premi dari Produk Asuransi.
 - e. Pernyataan mengenai pihak yang menyediakan produk Asuransi.
5. 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 Surat Permintaan Asuransi Kesehatan, formulir perubahan Polis, serta setiap formulir, rekaman percakapan melalui VRS 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. Kewajiban Pemegang Polis:

1. Memberikan informasi dengan benar dan lengkap.
2. Membayar Premi sesuai dengan cara bayar sebelum atau pada tanggal jatuh tempo yang telah ditetapkan dalam Data Polis.
3. Mempelajari isi Polis dalam waktu 20 hari *cooling off period* (Masa Bebas Lihat Polis) untuk memastikan Polis dapat aktif dan sesuai dengan kebutuhan nasabah.
4. Apabila Premi tidak dibayarkan, maka akan terjadi risiko dimana klaim bisa tidak dibayarkan pada saat pengajuan.

C. Prosedur/Tata Cara, dan Syarat Klaim Pembayaran Manfaat Asuransi

1. Dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan sebelum Tanggal Berakhirnya Polis, maka manfaat santunan meninggal dunia karena Kecelakaan akan dibayarkan kepada Termaslahat sesuai ketentuan dalam Polis. Apabila Termaslahat meninggal dunia bersamaan dengan Tertanggung atau pada hari yang sama atau dinyatakan hilang

berdasarkan penetapan Pengadilan Negeri setempat, maka Manfaat Asuransi akan dibayarkan kepada ahli waris Termaslahat yang sah menurut hukum dengan memberikan dokumen ahli waris yang sesuai dengan hukum yang berlaku. Apabila Penanggung telah membayarkan Manfaat Asuransi kepada ahli waris Termaslahat yang dianggap resmi tersebut, maka Penanggung tidak berkewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi apapun kepada ahli waris lain Termaslahat yang dianggap resmi secara hukum yang mengajukan setelahnya.

2. Dalam hal pembayaran manfaat penggantian biaya harian kamar Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat penggantian biaya harian kamar Unit Perawatan Intensif, manfaat penggantian biaya Bedah, manfaat penggantian biaya transportasi ke Rumah Sakit dan manfaat pengembalian Premi sebagaimana diatur dalam Polis, maka pembayaran manfaat penggantian biaya harian kamar Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat penggantian biaya harian kamar Unit Perawatan Intensif, manfaat penggantian biaya Bedah, manfaat penggantian biaya transportasi ke Rumah Sakit dan manfaat pengembalian Premi akan dibayarkan kepada Pemegang Polis.
3. Pembayaran Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud akan dibayarkan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak Penanggung memberikan keputusan bahwa Manfaat Asuransi tersebut dapat dibayarkan dengan memperhatikan ketentuan dokumentasi klaim.
4. Biaya-biaya yang timbul berkenaan dengan pembayaran Manfaat Asuransi, termasuk biaya transfer dan provisi, sepenuhnya menjadi beban pihak yang menerima pembayaran Manfaat Asuransi.

Pengajuan Klaim

1. Setiap pengajuan klaim pembayaran Manfaat Asuransi harus dilakukan secara tertulis dan diajukan kepada Penanggung oleh Pemegang Polis. Apabila Pemegang Polis Berhalangan, maka yang berhak mengajukan adalah Termaslahat. Apabila Termaslahat Berhalangan, maka ahli waris dari Termaslahat yang sah menurut hukum yang berhak mengajukan klaim pembayaran Manfaat Asuransi.
2. Apabila Termaslahat terdiri dari beberapa orang, maka salah seorang diantara Termaslahat tersebut dapat di tunjuk sebagai kuasa untuk mengajukan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi.
3. Pengajuan klaim harus disertai dengan dokumen-dokumen asli yang diminta oleh Penanggung dalam kurun waktu tidak lebih dari 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tertanggung keluar dari Rumah Sakit atau tanggal tagihan, mana yang paling akhir. Penanggung memiliki hak untuk meminta informasi tambahan untuk melakukan proses administrasi klaim. Apabila dokumen-dokumen klaim tidak dapat disampaikan dalam waktu yang ditentukan, maka Penanggung mempunyai hak untuk menolak pembayaran klaim atas Polis.
4. 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. Periode waktu diatas dimulai setelah dokumen – dokumen yang dibutuhkan diterima dengan lengkap oleh Penanggung.
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, Termaslahat dan/atau pihak yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi **SEPAKAT DAN MENSETUJUI** 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 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);
 - (iii) 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;
 - (iv) 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
 - (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, Tertanggung, Termaslahat dan/atau pihak yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi.

Dokumentasi Klaim

1. Dokumen pengajuan klaim manfaat penggantian biaya harian kamar Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat penggantian biaya harian kamar Unit Perawatan Intensif, manfaat penggantian biaya Bedah dan manfaat penggantian biaya transportasi ke Rumah Sakit, maka Pemegang Polis wajib melampirkan dokumen-dokumen sebagai berikut :
 - a. Formulir klaim yang telah dilengkapi;
 - b. Kuitansi/bukti pembayaran asli atau fotokopi yang dilegalisir oleh Rumah Sakit yang bersangkutan selama Perawatan Rawat Inap dan memberikan keterangan lebih lanjut tentang alasan memberikan kuitansi dalam bentuk fotokopi;
 - c. Perincian nama dan harga obat-obatan yang diberikan selama Perawatan Rawat Inap, nama dan harga alat-alat medis yang dipakaiselama Perawatan serta nama dan harga pemeriksaan kesehatan (laboratorium, X-ray dan lain-lain) selama Perawatan Rawat Inap (untuk fotokopi harus dilegalisir oleh Rumah Sakit yang bersangkutan);
 - d. Hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnostik yang dilakukan selama Perawatan Rawat Inap (untuk fotokopi harus dilegalisir oleh Rumah Sakit yang bersangkutan);
 - e. Surat Keterangan Dokter untuk klaim Perawatan Rawat Inap dari dokter yang merawat (untuk fotokopi harus dilegalisir oleh Rumah Sakit yang bersangkutan);
 - f. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang berkaitan dengan klaim dan dianggap perlu oleh Penanggung.
2. Dokumen pengajuan klaim manfaat santunan meninggal dunia karena Kecelakaan, maka Pemegang Polis wajib melampirkan dokumen- dokumen sebagai berikut :
 - a. Polis; dan
 - b. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP)/Passpor dan KITAS (jika WNA) yang masih berlaku dari Pemegang Polis, Tertanggung, Termaslahat dan /atau pihak yang mengajukan klaim sesuai ketentuan Polis; dan
 - c. Surat kuasa asli dari Pemegang Polis atau Termaslahat yang bermeterai cukup dan ditandatangani (apabila dikuasakan); dan
 - d. Formulir klaim meninggal yang telah diisi dengan benar dan lengkap (asli); dan
 - e. Formulir keterangan dari Dokter yang sah dan berwenang yang telah ditandatangani oleh Dokter dan diberi stempel dari Rumah Sakit yang bersangkutan tentang sebab-sebab kematian (asli); dan
 - f. Akta kematian dari instansi yang berwenang (asli atau fotokopi legalisir); dan
 - g. Surat keterangan kematian/bukti pemakaman/pengabuan dari instansi yang berwenang (asli/ fotokopi legalisir); dan
 - h. Apabila Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan di luar wilayah Republik Indonesia, maka surat keterangan meninggal dunia harus dilegalisir oleh KBRI (Kedutaan Besar Republik Indonesia) setempat; dan
 - i. Surat keterangan *visum et repertum* atau surat keterangan otopsi asli dari Dokter atau Rumah Sakit pemeriksa jenazah Tertanggung dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan (asli/ fotokopi legalisir); dan
 - j. Surat keterangan dari Kepolisian dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan (asli/ fotokopi legalisir); dan
 - k. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
3. Tidak ada dokumen yang harus diajukan oleh Pemegang Polis untuk pengajuan manfaat pengembalian Premi. Penanggung akan mengirimkan surat pemberitahuan mengenai pembayaran manfaat pengembalian Premi pada akhir Ulang Tahun Polis ke-5 (lima) dan kelipatannya.
4. Sehubungan dengan Dokumentasi Klaim, Penanggung berhak untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dari Pemegang Polis atau Tertanggung atau Termaslahat dan atau pihak lain yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi.
5. Penanggung setiap saat berhak untuk melakukan investigasi pada saat proses penyelesaian klaim, termasuk tidak terbatas untuk melakukan pemeriksaan ulang atas diri Tertanggung pada Dokter, Rumah Sakit, dan/atau laboratorium yang ditunjuk oleh Penanggung serta mendapatkan informasi dari sumber lainnya yang dapat memberikan informasi mengenai diri Tertanggung.
6. Biaya untuk mendapatkan bukti-bukti dalam pengajuan klaim menjadi beban Pemegang Polis atau Termaslahat.
7. Penanggung tidak akan memberikan jaminan atau membayar klaim berdasarkan Polis ini jika hal itu akan menyebabkan Penanggung melanggar sanksi ekonomi internasional, hukum atau peraturan, termasuk tetapi tidak terbatas yang ditetapkan oleh Uni Eropa, Inggris, Amerika Serikat atau di bawah resolusi Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB). Jika ditemukan potensi pelanggaran, dimana memungkinkan, Penanggung akan memberitahu Pemegang Polis secara tertulis secepatnya.
8. Seluruh dokumen pengajuan klaim Manfaat Asuransi harus diajukan kepada Penanggung dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris. Jika dokumen diajukan dalam bahasa selain Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris maka dokumen

tersebut wajib diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh penerjemah tersumpah (sworn translator) dan biaya penerjemah merupakan beban Pemegang Polis atau Termaslahat.

D. Pengiriman Dokumen Klaim

Dokumen-dokumen klaim sebagaimana disebutkan pada bagian C. Prosedur/Tata Cara dan Syarat Klaim Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dapat:

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

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

1. Menghubungi Financial Advisor AXA Mandiri di cabang Bank Mandiri terdekat;
2. Menghubungi layanan *call centre* AXA Mandiri di nomor 1500803 atau email ke: customer@axa-mandiri.co.id;
3. Download/unduh melalui website: www.axa-mandiri.co.id

E. Prosedur/Tata Cara Pembatalan/Pengakhiran dan Pengaduan Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan

1. Pembatalan/Pengakhiran Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan

- a. Pemegang Polis dapat mengajukan permintaan pembatalan/pengakhiran Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan 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. Selama masa pandemi, pembatalan/pengakhiran Asuransi ini dapat dilakukan Pemegang Polis dengan menghubungi *call centre* AXA Mandiri di nomor: 1500803 (atau nomor perubahannya);
- d. AXA Mandiri akan memproses pengajuan pembatalan/pengakhiran Asuransi ini dalam jangka waktu paling lambat 7 (tujuh) hari kerja setelah dokumen pembatalan/pengakhiran Asuransi ini diterima dengan lengkap oleh AXA Mandiri.

2. Pengaduan

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City

Jakarta 12940, Indonesia

Tel: 1500803

Whatsapp: 0811-1500803

Email: customer@axa-mandiri.co.id

Simulasi

Nama Tertanggung	:	Ibu Molly	Mata Uang	:	Rupiah
Jenis Kelamin	:	Wanita	Premi	:	Rp 3.429.300/tahun
Tanggal Lahir	:	1 Januari 1989	Masa Asuransi	:	s.d. 65 tahun
Usia Tertanggung	:	32 tahun	Metode Pembayaran Premi	:	Tahunan
Pilihan Plan	:	Plan D			

Ibu Molly membeli produk Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan Plan D untuk pertanggungannya, maka manfaat yang akan didapatkan Ibu Molly:

Manfaat	Plan D
Manfaat penggantian biaya harian kamar Rawat Inap Rumah Sakit (maks. 90 hari per tahun)	Rp 1.200.000
Manfaat penggantian biaya harian kamar Unit Perawatan Intensif (maks. 30 hari per tahun)	Rp 2.400.000
Manfaat penggantian biaya bedah (dihitung dalam persentase tertentu sesuai dengan jumlah santunan maksimum per tahun dan diberikan secara sekaligus)	Rp 20.000.000
Manfaat penggantian biaya transportasi ke Rumah Sakit (per rawat inap)	Rp 1.000.000
Manfaat santunan meninggal dunia karena Kecelakaan	Rp 50.000.000
Manfaat pengembalian Premi	50% (lima puluh persen) dari Premi yang telah dibayarkan oleh Pemegang Polis selama 60 (enam puluh) bulan terakhir dan diterima oleh Penanggung

INFORMASI TAMBAHAN

1. Definisi-definisi penting

a. Bedah

Merupakan suatu tindakan atau prosedur medis dengan tujuan untuk mengobati atau menyembuhkan atau mengembalikan fungsi dari jaringan atau organ tubuh yang mengalami kerusakan dan mendapatkan perawatan minimal 12 (dua belas) jam secara terus menerus di Rumah Sakit.

b. 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 kematian pada Tertanggung.

c. Keadaan Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-Existing Condition*)

Rawat Inap di Rumah Sakit yang diakibatkan oleh kondisi medis dan/atau kondisi lainnya, yang berakibat secara langsung atau tidak langsung dan termasuk kedalam kondisi Keadaan Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-Existing Condition*) hingga Tertanggung telah dilindungi oleh pertanggungan asuransi ini selama 1 (satu) tahun sejak Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis yang disetujui oleh Penanggung, mana yang paling akhir.

d. Manfaat Asuransi

Manfaat yang akan diterima oleh Pemegang Polis atau Tertanggung jika syarat-syarat sudah terpenuhi sesuai dengan ketentuan dalam Polis yang terdiri dari manfaat penggantian biaya harian kamar Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat penggantian biaya harian kamar Unit Perawatan Intensif, manfaat penggantian biaya Bedah, manfaat penggantian biaya transportasi ke Rumah Sakit, manfaat santunan meninggal dunia karena Kecelakaan dan manfaat pengembalian Premi sebagaimana diatur dalam Polis.

e. Masa Asuransi

Masa berlakunya pertanggungan asuransi berdasarkan Polis ini sebagaimana tercantum dalam Data Polis.

f. Masa Tunggu (*Waiting Period*)

Jangka waktu 30 (tiga puluh) hari sejak Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis yang disetujui Penanggung, mana yang paling akhir, dimana pada periode ini Pemegang Polis tidak diperkenankan untuk mengajukan klaim Manfaat Asuransi, selain klaim manfaat santunan meninggal dunia karena Kecelakaan.

g. Pemegang Polis

Seseorang yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung dan yang namanya tertulis dalam Data Polis.

h. Penanggung

PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES.

i. Penyakit

Keadaan fisik dan/atau psikis yang ditandai dengan adanya keadaan tanda dan gejala klinis, kelainan hasil laboratorium, radiologi, patologis atau psikopatologis dari keadaan kesehatan normal atau biasa yang menyebabkan ketidaknyamanan dan disfungsi.

j. Plan

Setiap Manfaat Asuransi dari Polis ini yang tercatat dalam Data Polis.

k. Polis

Dokumen yang memuat perjanjian asuransi dalam bentuk cetak atau elektronik antara Pemegang Polis dan Penanggung yang terdiri dari ketentuan umum ini, Tabel Manfaat, Data Polis, endosemen, dan/atau perubahan-perubahan sebagaimana Penanggung beritahukan secara tertulis dan dinyatakan sebagai bagian dari Polis.

l. Premi

Sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sehubungan dengan pertanggungan asuransi dalam Polis.

m. Rawat Inap

Perawatan rawat-inap di Rumah Sakit yang menyebabkan Tertanggung diharuskan menginap di Rumah Sakit untuk satu malam atau beberapa malam. Pengecualian diperuntukan untuk semua jenis perawatan alternatif termasuk namun tidak terbatas seperti pengobatan chiropractic, homeopathy, osteopathy, pengobatan Cina dan akupunktur.

n. Tertanggung

Orang yang atas dirinya diadakan pertanggungan asuransi, di mana terdapat kepentingan asuransi atau hubungan kepentingan asuransi dengan Pemegang Polis dan disebutkan dalam Data Polis.

2. Prosedur, Tata Cara dan Syarat

- a. Persyaratan Pengajuan Produk Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan
- b. Kewajiban Pemegang Polis
- c. Prosedur/Tata Cara, dan Syarat Klaim
- d. Pengiriman Dokumen Klaim
- e. Prosedur/Tata Cara Pembatalan/Pengakhiran dan Pengaduan Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan

Persyaratan dan tata cara di atas dapat dilihat pada bagian Persyaratan dan Tata Cara pada Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.

3. Catatan Penting

- a. 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 hari kerja sebelum efektif berlakunya perubahan.
- b. Anda akan menerima penawaran produk lain dari pihak ketiga apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi Anda.
- c. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini adalah informasi bagi Nasabah mengenai Produk Asuransi yang bisa 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.
- d. Produk Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan adalah Produk Asuransi dan bukan merupakan tanggung jawab dan produk Bank serta tidak dijamin oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS).
- e. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini bukan merupakan bagian dari Polis dan bukan suatu bentuk perjanjian asuransi antara AXA Mandiri dengan Pemegang Polis. Pemegang Polis, Tertanggung dan Termaslahat terikat dengan Polis Asuransi.
- f. 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 ijin tertulis terlebih dahulu dari AXA Mandiri.
- g. Pemegang Polis wajib membaca, memahami, dan menyepakati Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini. Apabila terdapat pertanyaan terkait syarat dan ketentuan Produk Asuransi 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.
- h. AXA Mandiri merupakan perusahaan asuransi jiwa yang berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

Penting:

Financial Advisor atau Tenaga Pemasar AXA Mandiri tidak boleh menerima pemberian dalam bentuk apapun dari nasabah. Nasabah dilarang membayar Premi dalam bentuk tunai kepada Financial Advisor atau Tenaga Pemasar AXA Mandiri.

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 ini dan berhak bertanya kepada Financial Advisor atau Tenaga Pemasar atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan 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 Berlakunya Polis dan tidak ada pertanggungan asuransi apapun yang menjadi kewajiban Penanggung kepada Pemegang Polis dan Tertanggung.
4. Setelah menerima permintaan pembatalan Polis sebagaimana pada poin 3 di atas, 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 Berlakunya Polis.



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

Tanggal Cetak Dokumen
Mei 2026