

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum

Asuransi Tambahan Mandiri Medical Care

Nama Penerbit : PT AXA Mandiri Financial Services (AXA Mandiri) Jenis Produk : Asuransi Tambahan Kesehatan
Nama Produk : Asuransi Tambahan Mandiri Medical Care Mata Uang : Rupiah

Deskripsi Produk:

Asuransi Tambahan Mandiri Medical Care merupakan produk Asuransi Tambahan yang memberikan perlindungan kesehatan berupa Manfaat penggantian biaya Rawat Inap, Rawat Jalan, Tindakan Bedah, Santunan Tunai Harian, dan Santunan Kematian Akibat Kecelakaan.

FITUR UTAMA ASURANSI

Usia Masuk Tertanggung	15 hari - 65 tahun Catatan: <i>Usia mengacu pada ulang tahun terakhir</i>
Masa Asuransi Tambahan	Hingga Tertanggung mencapai usia 85 tahun
Premi Asuransi Tambahan	Biaya pertanggungan Asuransi Tambahan atau Premi Asuransi Tambahan ditentukan berdasarkan usia, jenis kelamin, Uang Pertanggungan Asuransi Tambahan, <i>Plan</i> yang dipilih, dan risiko-risiko lainnya yang berhubungan dengan Tertanggung yang dibebankan setiap bulan dari Nilai Tunai ¹⁾ sejak tanggal berlakunya Asuransi Tambahan Catatan: ¹⁾ Nilai Tunai adalah sejumlah uang yang nilainya sama dengan perkalian antara jumlah Unit dengan Harga Unit dari Subdana pada saat tertentu. Dalam hal ini, Unit merupakan satuan jumlah penyertaan dalam Subdana yang digunakan untuk menghitung Nilai Tunai dari Polis Asuransi Dasar
Masa Pembayaran Premi Asuransi Tambahan	Selama Masa Asuransi Tambahan berlaku
Masa Tunggu	Masa Tunggu 30 hari kalender (kecuali untuk Manfaat Meninggal Dunia Karena Kecelakaan), serta 24 bulan khusus untuk Penyakit tertentu sebagaimana tercantum pada Ketentuan Tambahan Polis

DESKRIPSI MANFAAT ASURANSI

1. Manfaat Rawat Inap

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap akibat Penyakit atau Cedera Tubuh yang memerlukan pelayanan yang Diperlukan Secara Medis, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Rawat Inap dengan ketentuan biaya tersebut tidak melebihi Manfaat Tahunan sebagaimana **Tabel 1. Manfaat Rawat Inap.**

2. Manfaat Rawat Jalan

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Jalan akibat Penyakit atau Cedera Tubuh yang memerlukan pelayanan yang Diperlukan Secara Medis, maka Penanggung akan membayarkan 80% dari setiap biaya Wajar dan Umum yang dibebankan oleh Rumah Sakit dengan ketentuan biaya tersebut tidak melebihi Manfaat Rawat Jalan sebagaimana **Tabel 2. Manfaat Rawat Jalan.**

3. Manfaat Santunan Tunai Harian

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit tetapi tidak mengajukan penggantian biaya yang dibebankan oleh Rumah Sakit ke Penanggung, maka Penanggung akan memberikan Manfaat Asuransi Tambahan berupa Santunan Tunai Harian sesuai dengan ketentuan pada **Tabel 3. Manfaat Santunan Tunai Harian.**

Tidak ada manfaat Rawat Inap lainnya yang dibayarkan jika Santunan Tunai Harian telah dibayarkan

4. Manfaat Santunan Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan

Apabila Tertanggung meninggal karena Kecelakaan, maka Penanggung akan memberikan Manfaat Santunan Meninggal Dunia akibat Kecelakaan sesuai dengan ketentuan pada **Tabel 4. Manfaat Santunan Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan.**

Manfaat Santunan Meninggal Dunia akibat Kecelakaan akan dibayarkan sekaligus.

RISIKO

AXA Mandiri tidak akan membayar Manfaat Asuransi antara lain disebabkan:

- Hal-hal yang tercantum pada pengecualian.
- Pemegang Polis, Termaslahat/Penerima Manfaat dan/atau pihak yang berkepentingan dengan Polis diketahui telah memberikan keterangan yang tidak benar atau memberikan keterangan palsu atau memanipulasi dokumen sehubungan pengajuan klaim Manfaat Asuransi Tambahan atau pengajuan klaim tidak sesuai dengan ketentuan Polis Asuransi Tambahan.
- Telah melewati jangka waktu pengajuan klaim Manfaat Asuransi Tambahan yang tercantum dalam ketentuan Polis Asuransi Tambahan.

BIAYA

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

TABEL MANFAAT ASURANSI

Tabel 1. Manfaat Rawat Inap

Manfaat Asuransi		Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Manfaat Tahunan		150.000.000	250.000.000	750.000.000	2.000.000.000
Wilayah Pertanggungungan		Negara-negara ASEAN			
Biaya Kamar & Akomodasi		300.000	500.000	1.000.000	2.000.000
		Per hari, maksimal 150 hari per tahun			
Biaya Kamar & Akomodasi mulai ulang tahun asuransi tambahan ke 4 (empat) – Jika tidak ada klaim dalam 3 tahun pertama		425.000	700.000	1.400.000	2.800.000
		Per hari, maksimal 150 hari per tahun			
Biaya Kamar & Akomodasi mulai ulang tahun asuransi tambahan ke 7 (tujuh) – Jika tidak ada klaim dalam 6 tahun pertama		600.000	1.000.000	2.000.000	4.000.000
		Per hari, maksimal 150 hari per tahun			
Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU)		600.000	1.000.000	2.000.000	Sesuai Tagihan
		Per hari, maksimal 45 hari per tahun			
Biaya Kunjungan Dokter Umum		125.000	200.000	400.000	Sesuai Tagihan
		Maksimal 1 kunjungan per hari			
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis		200.000	350.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
		Maksimal 1 kunjungan per hari			
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit		4.600.000	7.600.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
		Per periode rawat inap			
Biaya Tindakan Bedah					
Complex	Per 1 kali Tindakan bedah	50.000.000	80.000.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Major		18.000.000	35.000.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Intermediate		11.000.000	18.000.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Minor		6.500.000	11.000.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap		800.000	1.500.000	3.000.000	10.000.000
		Maksimal 30 hari sebelum tanggal rawat inap			
Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap		800.000	1.500.000	3.000.000	10.000.000
		Maksimal 60 hari setelah tanggal rawat inap			
Biaya Ambulans		200.000	400.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
		Per periode rawat inap			
Biaya Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan		3.000.000	5.000.000	10.000.000	Sesuai Tagihan
		Per tahun, perawatan dilakukan maksimal 24 jam setelah kecelakaan			
Biaya Rawat Darurat Gigi Karena Kecelakaan		3.000.000	5.000.000	7.500.000	Sesuai Tagihan
		Per tahun, perawatan dilakukan maksimal 24 jam setelah kecelakaan			
Biaya Perawatan oleh Perawat Setelah Rawat Inap		200.000	300.000	350.000	500.000
		Minimal 4 jam per hari; maksimal 120 hari per tahun dan 180 hari per polis			
Biaya Perawatan Kanker (termasuk kemoterapi dan radiologi dan juga efek samping yang disebabkan oleh kemoterapi dan radiologi)		30.000.000	50.000.000	150.000.000	500.000.000
		Per tahun			
Biaya Perawatan Cuci Darah Sesudah Rawat Inap		22.500.000	37.500.000	125.000.000	250.000.000
		Per tahun, maksimal 15 kali perawatan			
Biaya Akomodasi Pendamping (khusus untuk Tertanggung Anak)		100.000	200.000	500.000	1.000.000
		Per hari, maksimal 150 hari per tahun			
Biaya Tindakan Bedah Rawat Jalan		Tersedia sebagai bagian dari Tindakan Bedah. Batasan Manfaat mengikuti ketentuan Tindakan Bedah			
		Per periode rawat inap			

Tabel 2. Manfaat Rawat Jalan

Manfaat Rawat Jalan Per Tahun				
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Manfaat Tahunan	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	5.000.000	10.000.000
Dibayar oleh Pemegang Polis	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	20% dari total biaya perawatan	20% dari total biaya perawatan
Biaya Konsultasi Dokter Untuk Rawat Jalan	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	400.000	Sesuai Tagihan
	Maksimal 5 kunjungan per tahun			
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis Untuk Rawat Jalan	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
	Maksimal 5 kunjungan per tahun			
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit Untuk Rawat Jalan	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
	Per tahun			

Tabel 3. Manfaat Santunan Tunai Harian

Manfaat Santunan Tunai Harian			
Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
300.000	500.000	1.000.000	2.000.000
Manfaat per hari dengan maksimal 150 hari per tahun			

Tabel 4. Manfaat Santunan Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan

Manfaat Santunan Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan			
Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
12.500.000	20.000.000	50.000.000	100.000.000
Per polis			

Catatan:

- Dalam hal diatur ketentuan Masa Tunggu (jika ada) pada Manfaat Asuransi, Pemegang Polis wajib memilih untuk memberlakukan atau tidak memberlakukan Masa Tunggu, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - Jika Pemegang Polis memilih untuk memberlakukan Masa Tunggu, apabila terjadi risiko pada Tertanggung selama Masa Tunggu, maka Penanggung berhak untuk membatalkan Polis dan tidak ada pertanggungan asuransi apapun yang menjadi kewajiban Penanggung kepada Pemegang Polis atau Termaslahat/Penerima Manfaat atau pihak yang berkepentingan atas Polis selain kewajiban Penanggung untuk melakukan pembayaran atas Manfaat Nilai Tunai (jika sudah terbentuk).
 - Jika Pemegang Polis memilih untuk tidak memberlakukan Masa Tunggu disertai pelaksanaan pemeriksaan kesehatan atas Tertanggung sesuai yang disyaratkan oleh Penanggung dan telah mendapatkan persetujuan dari Penanggung, apabila terjadi risiko Tertanggung meninggal dunia pada Masa Tunggu, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar 50% (lima puluh persen) dari Manfaat Asuransi dengan tetap memerhatikan ketentuan-ketentuan dalam Polis.
- Ketentuan lebih rinci untuk Manfaat Asuransi Tambahan dapat merujuk ke Ketentuan Polis Asuransi Tambahan.

PENGECUALIAN

Penanggung berhak tidak membayarkan Manfaat Asuransi Tambahan jika kejadian yang diajukan sebagai klaim terjadi secara langsung atau tidak langsung, secara disadari atau tidak, dari satu atau lebih kejadian berikut:

- Rawat Inap, Rawat Jalan atau Tindakan Bedah apapun untuk Penyakit sebagaimana diuraikan dibawah ini yang terjadi dalam 24 bulan pertama sejak Tanggal Berlakunya Polis/Tanggal Berlakunya Asuransi atau tanggal disetujuinya peningkatan manfaat Asuransi Tambahan oleh Penanggung (jika ada) sebagaimana tercantum dalam Endosemen, tergantung tanggal mana yang paling akhir, baik Tertanggung telah mengetahui atau tidak mengetahui, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya, baik secara langsung maupun tidak langsung, yaitu:
 - Epilepsi

- b. *Fistula*
- c. *Gagal Ginjal dan segala komplikasinya baik dari stage 1-5*
- d. *Hipertensi dan semua komplikasi dan faktor predisposisi dan pengobatan pencegahan*
- e. *Histerektomi (dengan atau tanpa salpingo - ooforektomi)*
- f. *Intervertebral disc prolapse*
- g. *Katarak*
- h. *Kencing Manis dan seluruh komplikasinya dan pengobatan pencegahan*
- i. *Penyakit dan/atau kelainan pada Tonsil, Adenoid, Sinus dan Septum*
- j. *Penyakit jantung dan pembuluh darah (Kardiovaskuler)*
- k. *Penyakit kelenjar tiroid dan segala komplikasi*
- l. *Penyakit pembuluh darah otak*
- m. *Penyakit saluran pernapasan, termasuk asthma dan bronchitis*
- n. *Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)*
- o. *Radang dan batu pada sistem kandung empedu*
- p. *Radang dan batu pada sistem saluran kemih*
- q. *Semua jenis Hepatitis, dan Sirosis hati*
- r. *Semua jenis Hernia termasuk Herniasi Nukleus Pulposus (HNP) pada tulang belakang*
- s. *Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk namun tidak terbatas pada Varikokel, Endometriosis, Fibroid/Miom di rahim*
- t. *Semua jenis tumor/benjolan/kista/kanker*
- u. *Tuberkolosis*
- v. *Tukak lambung dan dyspepsia*
- w. *Tukak usus*
- x. *Wasir (Hemmoroid; atau*
- b. *Perawatan yang tidak sesuai dengan diagnosis dan tidak sesuai dengan standar praktek kedokteran yang baik atau bukan suatu keharusan atau Perawatan untuk kenyamanan pihak mana pun; atau*
- c. *Biaya non medis termasuk namun tidak terbatas pada biaya lotion, bedak, pembalut, telpon, faksimili, salon, video, televisi, sauna, laundry, mini bar, serta lain-lain hal yang tidak ada hubungannya dengan perawatan/pengobatan; atau*
- d. *Pemeriksaan fisik rutin, pemeriksaan kesehatan atau laboratorium atau pengobatan yang tidak berhubungan yang bertujuan untuk pengecekan kesehatan saja (medical check up); atau*
- e. *Penyakit yang dinyatakan sebagai penyakit wabah yang dinyatakan oleh Pemerintah atau Penyakit menular yang direkomendasikan oleh institusi yang berwenang untuk diasingkan dan dikarantinakan; atau*
- f. *Setiap perawatan, pengobatan atau Pembedahan gigi (termasuk bedah mulut) dalam bentuk apapun, kecuali perawatan medis darurat yang diperlukan karena rusaknya gigi asli akibat Kecelakaan; atau*
- g. *Cedera tubuh yang diakibatkan gangguan kejiwaan atau mencederai 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 atau gaya hidup beresiko tinggi (segala aktivitas atau pekerjaan yang dapat memperburuk kesehatan); atau*
- h. *Biaya untuk mendapatkan organ-organ donor untuk bedah pencangkokan, biaya Perawatan orang yang mendonorkan organnya atau biaya administrasi apapun yang terkait sekalipun apabila pencangkokan itu diperbolehkan menurut Polis Asuransi Tambahan; atau*
- i. *Setiap Penyakit (kecuali disebabkan oleh Kecelakaan) dan gejala atau tanda-tanda yang muncul pada Masa Tunggu; atau*
- j. *Semua perawatan yang diperoleh di luar Wilayah Pertanggunggunaan kecuali yang berhubungan dengan Kecelakaan sebagaimana dimaksud dalam Ketentuan Polis Asuransi Tambahan; atau*
- k. *Upaya melukai diri sendiri secara sengaja atau percobaan Bunuh diri dan tindakan yang dilakukan oleh orang yang ingin mengambil keuntungan atas pertanggunggunaan ini; atau*
- l. *Bedah kosmetik dimana tidak ada indikasi medis yang objektif; atau*
- m. *Semua jenis perawatan alternatif termasuk namun tidak terbatas seperti pengobatan chiropractic, homeopathy, osteopathy, pengobatan Cina dan akupunktur; atau*
- n. *Khiton selain yang Diperlukan Secara Medis; atau*
- o. *Pemeriksaan mata, kelainan refraksi mata, pembelian kacamata/lensa, kecuali disebabkan oleh karena Kecelakaan; atau*

- p. Vitamin dan zat makanan pelengkap (food supplement), tidak terkecuali yang memiliki komposisi herbal dan ekstrak; atau
- q. Alat bantu/protesa yang tidak ditanam dalam tubuh termasuk namun tidak terbatas pada kursi roda, arm sling dan penyangga tubuh kecuali pemasangan spalk pada anak berumur dibawah 5 (lima) tahun untuk tujuan infus atau transfusi darah yang merupakan pelayanan yang Diperlukan Secara Medis; atau
- r. Imunisasi, termasuk Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya; atau
- s. Juru Rawat pribadi (private nursing care), yang tidak mengarah kepada pemulihan kondisi Tertanggung dan tidak berkaitan dengan indikasi medis; atau
- t. Perawatan terhadap suatu kondisi medis yang timbul dengan cara apapun akibat infeksi HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) dan ARC (AIDS Related Complex); atau
- u. Kelainan bawaan dan Penyakit keturunan baik diketahui ataupun tidak; atau
- v. Kehamilan dan segala komplikasinya, kelahiran (termasuk kelahiran dengan pembedahan), keguguran, Perawatan pra dan pasca kelahiran, aborsi, sterilisasi, kontrasepsi, kesuburan beserta komplikasinya; atau
- w. Penyakit Menular Seksual (PMS) dan/atau semua Penyakit yang disebabkan oleh penyimpangan seksual; atau
- x. 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; atau
- y. 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, secara sengaja berada dalam keadaan/kegiatan bahaya (kecuali merupakan usaha untuk menyelamatkan jiwa), turut serta dalam suatu perkelahian, tindakan kejahatan atau suatu percobaan tindak kejahatan baik aktif maupun tidak; atau
- z. Melakukan tindakan melanggar hukum/peraturan/aturan, kriminal, melawan penahanan yang sah, dan diserang karena tindakan provokasi yang dilakukannya; atau
- aa. Peserta 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
- bb. Keikutsertaan dalam aktivitas atau olahraga berbahaya seperti mendaki gunung, panjat tebing, panjat gedung, arum jeram, olahraga berkuda, olahraga yang dilakukan pada musim dingin, tinju dan segala jenis olahraga bela diri, segala aktivitas terbang di udara (terjun payung, terbang layang, balon udara, sky diving dan lain-lain), menyelam dengan scuba dan segala aktivitas lomba kecepatan dengan kendaraan bermesin (balap motor, mobil, perahu dan lain-lain); atau
- cc. 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
- dd. Terkena reaksi nuklir, radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari bahan bakar nuklir atau proses pembuangan limbah atau bahan peledak atau senjata.

PERSYARATAN DAN TATA CARA

A. Pengajuan Pendaftaran Produk Asuransi Tambahan

- a. Tenaga pemasar menawarkan dan/atau menjelaskan produk Asuransi Tambahan kepada calon Pemegang Polis yang telah memiliki Polis Asuransi Dasar yang menyediakan pilihan Asuransi Tambahan ini.
- b. Apabila calon Pemegang Polis setuju atas penawaran tersebut maka calon Pemegang Polis harus mengisi dan melengkapi dokumen sebagai berikut:
 - Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ),
 - RIPLAY versi Personal;

- Melampirkan fotokopi kartu identitas yang masih berlaku;
 - Dokumen-dokumen lain yang AXA Mandiri perlukan sebagai syarat penerbitan Polis Asuransi Tambahan.
- c. Untuk beberapa kondisi tertentu dapat dimungkinkan calon Pemegang Polis dan/atau Tertanggung diminta untuk mengikuti pemeriksaan kesehatan.
- d. Pengajuan Asuransi Tambahan dinyatakan diterima apabila semua syarat dan ketentuan yang ditentukan oleh AXA Mandiri sudah terpenuhi.
- e. Calon Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib untuk mengisi dan menjawab semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang diberikan ("**Informasi Konsumen**") dalam SPAJ, formulir perubahan Polis, serta setiap formulir dan/atau dokumen lainnya yang disyaratkan oleh AXA Mandiri sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi, permohonan pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya) ("**Dokumen Permohonan**") dengan jujur, benar, lengkap serta menyetujui dan/atau menandatangani semua Dokumen Permohonan, termasuk memberikan data tambahan lainnya yang diminta AXA Mandiri sebagai syarat diterbitkannya Polis. Jika ditemukan Informasi Konsumen dalam Dokumen Permohonan tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, maka sesuai dengan kesepakatan dan persetujuan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung di dalam Dokumen Permohonan, AXA Mandiri berhak membatalkan atau mengakhiri Polis sesuai dengan ketentuan Polis.

B. Prosedur/Tata Cara Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi

1. Pengajuan Klaim

- a. Klaim manfaat Asuransi Tambahan dapat dibayarkan dengan 2 cara yaitu dengan menggunakan fasilitas non tunai sesuai yang tercantum pada Ketentuan Tambahan Polis atau dengan mengajukan penggantian biaya kepada Penanggung (*reimbursement*). Apabila klaim dibayarkan secara *reimbursement* maka klaim dapat diajukan kepada Penanggung oleh Pemegang Polis atau Tertanggung atau pihak lain yang berkepentingan atas Polis secara tertulis dan/atau melalui media lain yang disediakan oleh Penanggung.
- b. Pengajuan Klaim untuk Manfaat Asuransi Tambahan dengan metode *reimbursement* harus disertai dengan dokumen-dokumen yang diminta oleh Penanggung dalam kurun waktu tidak lebih dari 90 hari kalender terhitung sejak Tertanggung keluar dari Rumah Sakit. 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.
- c. 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 Tambahan **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika Penanggung melakukan hal-hal berikut ini:
- i. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi Tambahan yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi Tambahan;
 - ii. Membatalkan Polis Asuransi Tambahan, dengan pengembalian Premi Asuransi Tambahan (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi Tambahan yang telah dibayarkan, dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis Asuransi Tambahan (jika ada);
 - iii. Mengakhiri Polis Asuransi Tambahan, tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi Asuransi Tambahan dan/atau Biaya Asuransi Tambahan 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 Asuransi Tambahan, termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggungan Asuransi Tambahan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi Asuransi Tambahan dan/atau Biaya Asuransi Tambahan yang harus dibayar; dan/atau
 - v. Menagih kekurangan Premi Asuransi Tambahan dan/atau Biaya Asuransi Tambahan dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi Asuransi Tambahan dan/atau Biaya Asuransi Tambahan yang harus

dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis Asuransi Tambahan. Penanggung juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Manfaat Asuransi Tambahan yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Pemegang Polis, Tertanggung, Termaslahat dan/atau pihak yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi Tambahan wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi Asuransi Tambahan dan/atau Biaya Asuransi Tambahan.

- d. Penanggung akan menginformasikan hasil dari proses klaim dalam kurun waktu 14 hari kerja atau 60 hari kerja untuk klaim yang membutuhkan investigasi lebih lanjut, dan akan menginformasikan kembali jika dibutuhkan waktu tambahan untuk menyelesaikan investigasi tersebut. Periode waktu diatas dimulai setelah dokumen-dokumen yang dibutuhkan sebagaimana termaksud dalam poin e dan/atau poin f di bawah telah diterima dengan lengkap oleh Penanggung.
- e. Dokumen pengajuan klaim dengan metode *reimbursement* Manfaat Rawat Inap, Manfaat Rawat jalan, dan Manfaat Santunan Tunai Harian adalah sebagai berikut:
 - i. Formulir klaim yang telah dilengkapi (asli); dan
 - ii. Khusus untuk pengajuan Klaim Manfaat Rawat Inap dan Manfaat Rawat Jalan, diperlukan kuitansi/bukti pembayaran dari Rumah Sakit selama Perawatan Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah dan Rawat Jalan (asli); dan
 - iii. Khusus untuk pengajuan Klaim Manfaat Santunan Tunai Harian, diperlukan kuitansi /bukti pembayaran dari Rumah Sakit selama Perawatan Rawat Inap (asli atau fotokopi yang dilegalisir oleh Rumah Sakit); dan
 - iv. Perincian nama dan harga obat-obatan yang diberikan selama Perawatan Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah dan Rawat Jalan, nama dan harga alat-alat medis yang dipakai selama Perawatan, serta nama dan harga pemeriksaan kesehatan (laboratorium, X-ray dan lain-lain) selama Perawatan Rawat Inap (asli atau fotokopi yang telah dilegalisir oleh Rumah Sakit); dan
 - v. Hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnostik yang dilakukan selama Perawatan Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah dan Rawat Jalan (asli atau fotokopi yang telah dilegalisir oleh Rumah Sakit); dan
 - vi. Surat Keterangan Dokter untuk klaim Perawatan Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah dan Rawat Jalan dari dokter yang merawat (asli); dan
 - vii. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang berkaitan dengan klaim dan dianggap perlu oleh Penanggung.
- f. Dokumen pengajuan klaim Manfaat Santunan Meninggal Dunia karena Kecelakaan adalah sebagai berikut:
 - i. Polis (asli); dan
 - ii. 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; (fotokopi) dan
 - iii. Surat kuasa asli dari Pemegang Polis atau Termaslahat yang bermeterai cukup dan ditandatangani (apabila dikuasakan); dan
 - iv. Formulir klaim meninggal yang telah diisi dengan benar dan lengkap (asli); dan
 - v. 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
 - vi. Akta kematian dari instansi yang berwenang (asli atau fotokopi yang telah dilegalisir); dan
 - vii. Surat keterangan kematian/bukti pemakaman/pengabuan dari instansi yang berwenang (asli/ fotokopi yang telah dilegalisir); dan
 - viii. 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
 - ix. Surat keterangan *visum et repertum* atau surat keterangan otopsi dari Dokter atau Rumah Sakit pemeriksa jenazah Tertanggung dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan (asli/ fotokopi yang telah dilegalisir); dan
 - x. Surat keterangan dari Kepolisian dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan (asli/ fotokopi yang telah dilegalisir); dan
 - xi. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.

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

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

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

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

atau

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

2. Pembayaran Manfaat Asuransi

- Manfaat Asuransi Tambahan dapat dibayarkan dengan menggunakan fasilitas non tunai atau dengan mengajukan penggantian biaya (*reimbursement*).
- Tertanggung berhak mendapatkan Manfaat Asuransi Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah dan Manfaat Rawat Jalan menggunakan fasilitas non tunai dengan tetap memperhatikan syarat dan ketentuan pada Polis Asuransi Tambahan.
- Pembayaran Manfaat Asuransi Tambahan untuk pengajuan klaim secara reimbursement akan dibayarkan paling lambat 5 hari kerja sejak Penanggung memberikan keputusan bahwa klaim Manfaat Asuransi Tambahan dapat dibayarkan dengan memperhatikan setiap ketentuan pada Polis Asuransi Tambahan.
- Biaya untuk mendapatkan bukti-bukti dalam pengajuan klaim menjadi beban Pemegang Polis atau Termaslahat.
- Pembayaran suatu klaim tidak membebaskan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dari kewajiban untuk memenuhi syarat dan ketentuan Polis Asuransi Tambahan.
- Biaya-biaya yang timbul berkenaan dengan pembayaran Manfaat Asuransi Tambahan, termasuk biaya transfer dan provisi, sepenuhnya menjadi beban pihak yang menerima pembayaran klaim.
- Ketentuan lebih rinci terkait pembayaran Manfaat Asuransi Tambahan dapat merujuk pada Polis Asuransi Tambahan.

C. Prosedur/Tata Cara Pembatalan/Pengakhiran, Masa Pembelajaran Polis dan Pengaduan Asuransi Tambahan Mandiri Medical Care

1. Pembatalan/Pengakhiran

- Pemegang Polis dapat mengajukan permintaan pembatalan/pengakhiran Asuransi Tambahan dengan mengirimkan dokumen terkait pembatalan/pengakhiran asuransi ini yang telah diisi dengan lengkap dan benar;
- Informasi terkait dokumen untuk pembatalan/pengakhiran asuransi dapat dilihat di *website* AXA Mandiri www.axa-mandiri.co.id;
- Pembatalan/pengakhiran Asuransi Tambahan ini dapat dilakukan dengan Pemegang Polis mengajukan penutupan Polis kepada AXA Mandiri dengan mengisi formulir dan/atau media lain yang disediakan dan disetujui oleh AXA Mandiri;
- AXA Mandiri akan memproses pengajuan pembatalan/pengakhiran asuransi ini dalam jangka waktu paling lambat 7 hari kerja setelah dokumen pembatalan/pengakhiran Asuransi ini diterima dengan lengkap oleh AXA Mandiri.

2. Pengaduan

- Pengaduan dapat dilakukan Pemegang Polis dengan menghubungi *call centre* AXA Mandiri di nomor: 1500803 (atau nomor perubahannya), *email* ke customer@axa-mandiri.co.id atau *live chat* melalui *website* AXA Mandiri di www.axa-mandiri.co.id
- Untuk penyelesaian pengaduan lisan (melalui *Customer Care Centre* AXA Mandiri):
 - Paling lama 5 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 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 hari kerja berikutnya, dengan

memberitahukan secara tertulis kepada Pemegang Polis yang mengajukan pengaduan sebelum jangka waktu 10 hari kerja pertama berakhir, sehingga total jangka waktu penyelesaian pengaduan adalah 20 hari kerja.

Anda dapat menyampaikan pertanyaan dan pengaduan melalui:

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

SIMULASI

Nama Pemegang Polis	: Budi	Nama Tertanggung	: Ayu
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Jenis Kelamin	: Perempuan
Tanggal Lahir	: 1 Januari 1990	Tanggal Lahir	: 1 Januari 1990
Usia	: 35 Tahun	Usia	: 35 Tahun
Pekerjaan	: Pegawai Swasta	Pekerjaan	: Pegawai Swasta
Produk Asuransi Dasar: Asuransi Mandiri Elite Plan – Plan Protection		Produk Asuransi Tambahan: Asuransi Tambahan Mandiri Medical Care	
Tanggal Berlakunya Asuransi Dasar	: 20 Januari 2025	Tanggal Berlakunya Asuransi Tambahan	: 20 Januari 2025
Masa Asuransi Dasar	: Sampai dengan Tertanggung berusia 100 tahun	Masa Asuransi Tambahan	: Sampai dengan Tertanggung berusia 85 tahun
Uang Pertanggungan	: Rp100.000.000	Pilihan Plan	: Plan C
Total Premi Asuransi Dasar	: Rp66.000.000/tahun	Premi Asuransi Tambahan (Tahun Pertama)	: Rp854.973/bulan

RINGKASAN ILUSTRASI

Jenis Manfaat	Penjelasan Manfaat	Batas Penggantian Manfaat
Manfaat Rawat Inap		
Manfaat Tahunan		750.000.000
Wilayah Pertanggungan		Negara-negara ASEAN
Biaya Kamar & Akomodasi	Per hari, maksimal 150 hari per tahun	1.000.000
Biaya Kamar & Akomodasi mulai ulang tahun asuransi tambahan ke 4 (empat) – Jika tidak ada klaim dalam 3 tahun pertama	Per hari, maksimal 150 hari per tahun	1.400.000
Biaya Kamar & Akomodasi mulai ulang tahun asuransi tambahan ke 7 (tujuh) – Jika tidak ada klaim dalam 6 tahun pertama	Per hari, maksimal 150 hari per tahun	2.000.000

Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU)	Per hari, maksimal 45 hari di ICU per tahun (termasuk dalam batas maksimum perawatan di kamar)	2.000.000
Biaya Kunjungan Dokter Umum	Maksimal 1 kunjungan per hari	400.000
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Maksimal 1 kunjungan per hari	Sesuai Tagihan
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	Per periode rawat inap	Sesuai Tagihan
Biaya Tindakan Bedah		-
• Complex	Per 1 kali Tindakan Bedah	Sesuai Tagihan
• Major	Per 1 kali Tindakan Bedah	Sesuai Tagihan
• Intermediate	Per 1 kali Tindakan Bedah	Sesuai Tagihan
• Minor	Per 1 kali Tindakan Bedah	Sesuai Tagihan
Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap	Maksimal 30 hari sebelum tanggal rawat inap	3.000.000
Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap	Maksimal 60 hari setelah tanggal rawat inap	3.000.000
Biaya Ambulans	Per periode rawat inap	Sesuai Tagihan
Biaya Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan	Per tahun, perawatan dilakukan maksimal 24 jam setelah kecelakaan	10.000.000
Biaya Rawat Darurat Gigi Karena Kecelakaan	Per tahun, perawatan dilakukan maksimal 24 jam setelah kecelakaan	7.500.000
Biaya Perawatan oleh Perawat Setelah Rawat Inap	Minimal 4 jam per hari ; maksimal 120 hari per tahun dan 180 hari per polis	350.000
Biaya Perawatan Kanker Sesudah Rawat Inap (termasuk kemoterapi dan radiologi dan juga efek samping yang disebabkan oleh kemoterapi dan radiologi)	Per Tahun	150.000.000
Biaya Perawatan Cuci Darah Sesudah Rawat Inap	Per tahun, maksimal 15 kali perawatan	125.000.000
Biaya Akomodasi Pendamping (khusus untuk Tertanggung Anak)	Per hari, maksimal 150 hari per tahun	500.000
Biaya Tindakan Bedah Rawat Jalan	Per periode rawat inap	Tersedia sebagai bagian dari Tindakan Bedah. Batasan Manfaat mengikuti ketentuan Tindakan Bedah
Manfaat Rawat Jalan		
Manfaat Tahunan		5.000.000
Dibayar oleh Pemegang Polis		20% dari Total Biaya Perawatan
Biaya Konsultasi Dokter Untuk Rawat Jalan	Maksimal 5 kunjungan per tahun	400.000
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis Untuk Rawat Jalan	Maksimal 5 kunjungan per tahun	Sesuai Tagihan
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit Untuk Rawat Jalan	Per Tahun	Sesuai Tagihan
Manfaat Lainnya		

Manfaat Santunan Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan	Per Polis	50.000.000
Manfaat Santunan Tunai Harian	Per hari, maksimal 150 hari dan tidak ada penggantian biaya Rumah Sakit yang diajukan ke Penanggung	1.000.000

Skenario 1:
Apabila setelah melewati Masa Tunggu pada 20 April 2025, Ibu Ayu terkena penyakit Demam Berdarah sehingga harus menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit dengan rincian sebagai berikut:

Perincian Perawatan	Biaya Perawatan	Hari	Total	Manfaat Asuransi
Kamar Perawatan	Rp1.000.000/hari	4	Rp4.000.000	Rp1.000.000/hari
Aneka Perawatan	Rp10.000.000	-	Rp10.000.000	Sesuai Tagihan
Kunjungan Dokter Spesialis	Rp500.000/hari	4	Rp2.000.000	Sesuai Tagihan
Total			Rp16.000.000	

Maka **total pembayaran Manfaat Asuransi** Tambahan Mandiri Medical Care untuk perawatan Ibu Ayu adalah **sebesar Rp16.000.000**.

Skenario 2:
Apabila pada tanggal 1 Februari 2026 Ibu Ayu mengalami gejala penyakit Gerd sehingga Ibu Ayu menjalani Rawat Jalan di Rumah Sakit dengan rincian sebagai berikut:

Perincian Perawatan	Biaya Perawatan	Manfaat Asuransi
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis untuk Rawat Jalan	Rp500.000	Sesuai Tagihan
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit untuk Rawat Jalan	Rp400.000	Sesuai Tagihan
Total	Rp900.000	

Maka **total pembayaran Manfaat Asuransi** Tambahan Mandiri Medical Care untuk perawatan Ibu Ayu adalah **sebesar Rp900.000**.

Skenario 3:
Apabila pada tanggal 8 September 2028 Ibu Ayu menjalani Rawat Inap selama 7 hari karena penyakit Demam Tifoid namun Ibu Ayu tidak mengajukan biaya yang dibebankan Rumah Sakit ke Penanggung, maka Ibu Ayu mendapatkan Manfaat Santunan Tunai Harian dengan rincian sebagai berikut:

Perincian Perawatan	Manfaat Asuransi	Hari	Total	Manfaat Asuransi
Santunan Tunai Harian	Rp1.000.000/hari	7	Rp7.000.000	Rp1.000.000/hari
Total			Rp7.000.000	

Maka **total pembayaran Manfaat Asuransi** Tambahan Mandiri Medical Care untuk perawatan Ibu Ayu adalah **sebesar Rp7.000.000**.

Skenario 4:
Apabila Ibu Ayu **Meninggal Dunia** karena kecelakaan pada 25 Desember 2035, maka Penanggung memberikan **Manfaat Santunan Meninggal Dunia** karena kecelakaan sebesar Rp 50.000.000, kemudian Polis berakhir.

Ibu Ayu mendapatkan total pembayaran Manfaat senilai Rp73.900.000

Ilustrasi pada RIPLAY Umum ini hanya bertujuan untuk ilustrasi saja dan bersifat tidak mengikat. Perhitungan akan berbeda untuk masing-masing profil Tertanggung.

INFORMASI TAMBAHAN

1. Definisi-Definisi Penting

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 dan dilakukan di ruangan operasi atau ruangan khusus untuk pembedahan.
Cedera Tubuh	Hilang dan atau kerusakan suatu jaringan tubuh yang dialami Tertanggung, yang semata-mata merupakan akibat langsung dari Kecelakaan.
Diperlukan Secara Medis	Suatu pelayanan, penyediaan jasa medis, atau Perawatan yang dianjurkan oleh Dokter dan: a. ditujukan untuk pengobatan terhadap suatu Penyakit atau Cedera Tubuh secara langsung, b. tepat dan konsisten dengan keluhan/gejala, diagnosis dan pengobatan dari Penyakit atau Cedera Tubuh, c. sesuai dengan standar praktik kedokteran yang berlaku, d. bukan untuk mencari keuntungan atau kepentingan bagi Tertanggung atau Dokter, klinik atau Rumah Sakit, e. biaya yang dikenakan adalah biaya yang Wajar dan Umum untuk Penyakit atau Cedera Tubuh tersebut, dan f. dalam hal Tertanggung menjalani Rawat Inap, maka Penyakit atau Cedera Tubuh tersebut harus tidak dapat ditangani secara Rawat Jalan. <i>Penanggung mempunyai hak untuk menentukan apakah pelayanan kesehatan atau pengobatan tersebut merupakan perawatan yang Diperlukan Secara Medis atau tidak, dengan tetap memperhatikan praktik kedokteran yang Wajar dan Umum berdasarkan standar pelayanan medis di Indonesia.</i>
Manfaat Asuransi Tambahan	Manfaat asuransi yang diberikan oleh Penanggung berdasarkan Ketentuan Tambahan.
Manfaat Tahunan	Batas maksimal Manfaat Asuransi Tambahan, sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan Mandiri Medical Care, yang dapat dibayarkan selama 1 (satu) tahun Polis untuk setiap Tertanggung sesuai dengan jenis <i>Plan</i> .
Masa Tunggu (<i>Waiting Period</i>)	Jangka waktu 30 hari kalender sejak Tanggal Berlakunya Polis/Tanggal Berlakunya Asuransi 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 Tambahan, selain klaim manfaat santunan meninggal dunia akibat Kecelakaan.
Penyakit	Keadaan fisik dan/atau psikis yang ditandai dengan adanya keadaan tanda dan gejala klinis, kelainan hasil laboratorium, radiologi yang menimbulkan kondisi kelainan patologis.
Perawat	Seseorang yang memiliki kualifikasi dan berijazah sebagai perawat menurut ilmu keperawatan, terdaftar dan memiliki izin sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
Perawatan	Sebuah prosedur medis yang dilakukan oleh seorang Dokter untuk kondisi medis yang memenuhi syarat dalam hal perawatan Rawat Inap.
<i>Plan</i>	Pilihan Manfaat Asuransi Tambahan yang tersedia dan dipilih oleh Pemegang Polis seperti tercantum dalam Data Polis dengan mengacu pada Tabel Manfaat Asuransi Tambahan Mandiri Medical Care.
Rawat Inap	Tinggal dan menerima Perawatan di Rumah Sakit secara berkelanjutan sekurang-kurangnya 6 (enam) jam atas dasar saran dari Dokter dan yang dapat dibuktikan dengan tagihan kamar yang diterbitkan secara sah oleh Rumah Sakit.
Rawat Jalan	Perawatan medis yang dilakukan tanpa Rawat Inap akibat suatu Penyakit atau Kecelakaan yang dapat dilakukan oleh seorang Dokter dan/atau Dokter Spesialis di Rumah Sakit.
Tindakan Bedah Rawat Jalan	Penggunaan fasilitas Rumah Sakit atau klinik oleh Tertanggung yang menjalani tindakan Bedah tanpa Rawat Inap.
Unit Perawatan Intensif atau Intensive Care	Suatu ruangan di Rumah Sakit yang secara permanen dirancang sebagai "unit perawatan intensif", dan menyediakan jasa 24 (dua puluh empat) jam dibawah pengawasan paling tidak seorang Dokter

Unit (HCU/ICU/CCU/PICU)	dan ahli kesehatan lainnya yang izin, kualifikasi, dan pelayanannya khusus menyediakan perawatan kritis, dan dilengkapi peralatan khusus untuk perawatan kondisi kritis yang membutuhkan fasilitas penunjang kehidupan, dan menyediakan tingkat perawatan dan pengawasan yang lebih intensif dari ruangan Rumah Sakit biasa, sebagaimana ditetapkan oleh Dokter yang ditunjuk oleh Penanggung.
Wajar dan Umum	Wajar dan Umum berdasarkan pada rata-rata biaya untuk perawatan di jaringan yang berlaku terhadap <i>Plan</i> Tertanggung di wilayah di mana perawatan itu diterima. Apabila biaya-biaya yang dikenakan lebih tinggi dari yang Wajar dan Umum maka Penanggung hanya akan membayar jumlah yang menurut pengalaman penanggung, Wajar dan Umum dikenakan dan Pemegang Polis atau Tertanggung akan membayar sisanya. Harap diperhatikan bahwa perhitungan biaya yang Wajar dan Umum untuk biaya-biaya Rawat Inap adalah berdasarkan biaya-biaya yang berhubungan dengan kamar yang tingkatannya disebutkan dalam manfaat Biaya Kamar dan Akomodasi sesuai dengan <i>Plan</i> yang dimiliki.
Wilayah atau Wilayah Pertanggung	Wilayah berlakunya Manfaat Asuransi Tambahan ini yang mencakup negara-negara ASEAN, sesuai dengan ketentuan <i>Plan</i> yang dipilih oleh Pemegang Polis dan mengacu pada Tabel Manfaat Asuransi Tambahan Mandiri Medical Care.

2. Catatan Penting

- AXA Mandiri dapat menolak permohonan produk Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
- Anda harus membaca dengan teliti RIPLAY Umum ini dan berhak bertanya kepada tenaga pemasar atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
- AXA Mandiri wajib untuk menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan produk asuransi 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.
- Anda akan menerima penawaran produk lain dari pihak ketiga apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi Anda.
- RIPLAY Umum ini adalah informasi bagi nasabah mengenai produk asuransi yang bisa diunduh di [website www.axa-mandiri.co.id](http://www.axa-mandiri.co.id) dan bukan merupakan suatu bentuk jaminan atau dijadikan dasar atau pedoman sehubungan dengan suatu perjanjian atau komitmen apapun.
- Produk Asuransi Tambahan Mandiri Medical Care adalah produk Asuransi Tambahan dan bukan merupakan tanggung jawab dan produk bank serta tidak dijamin oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS).
- RIPLAY Umum ini bukan merupakan bagian dari Polis dan bukan suatu bentuk perjanjian asuransi antara AXA Mandiri dengan Pemegang Polis. Pemegang Polis, Tertanggung dan Termaslahat/Penerima Manfaat terikat dengan Polis asuransi.
- Tidak satu bagian pun dari materi ini boleh disalin atau disebarluaskan, dikirimkan, dialih tulis, disimpan pada sistem pencarian, diterjemahkan dalam bentuk atau lewat cara apapun untuk diungkapkan kepada Pihak lain, tanpa izin tertulis terlebih dahulu dari AXA Mandiri.
- Apabila terdapat pertanyaan terkait syarat dan ketentuan produk asuransi ini, nasabah dapat menghubungi tenaga pemasar atau *call centre* AXA Mandiri di nomor 1500803, *email* ke customer@axa-mandiri.co.id atau *live chat* melalui *website* AXA Mandiri di www.axa-mandiri.co.id.
- Pastikan Anda membaca, mempelajari, dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Anda.
- Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah memperhitungkan komponen biaya-biaya dan sudah termasuk komisi bagi pihak bank.
- AXA Mandiri akan memberikan komisi kepada pihak pemasar dalam rangka pemasaran produk asuransi.

Penting:

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