

**RINGKASAN INFORMASI PRODUK
ASURANSI MANDIRI SOLUSI KESEHATAN**

1.	Nama Produk	Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan
2.	Nama Perusahaan	PT AXA Mandiri Financial Services
3.	Jenis Produk	Produk Asuransi Kesehatan Individu
4.	Data Ringkas / Karakteristik Produk	<p>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.</p> <p>Pembayaran premi dilakukan secara bulanan, kuartalan, semesteran atau tahunan. Produk ini memberikan pertanggung jawaban sampai dengan usia tertanggung mencapai 65 (enam puluh lima) tahun. Masa asuransi untuk produk ini adalah 1 (satu) tahun dan diperpanjang secara otomatis pada saat Ulang Tahun Polis.</p>
5.	Manfaat Asuransi (termasuk pengecualiannya)	<p><u>Manfaat Asuransi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. 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. 3. 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 Polis dengan jumlah santunan maksimum per tahun sebagaimana tercantum dalam Data Polis. 4. 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. 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.

Ketentuan huruf a, b, dan c diatas 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 Manfaat¹

Manfaat	Plan Onyx	Plan Emerald	Plan Diamond
Manfaat penggantian biaya harian kamar Rawat Inap Rumah Sakit (maks. 90 hari per tahun)	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 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 10.000.000	Rp 15.000.000	Rp 20.000.000
Manfaat penggantian biaya transportasi ke Rumah Sakit (per rawat inap)	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, jika tidak terjadi klaim dalam 5 tahun berturut-turut setelah Polis efektif.		

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

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 Maslahat 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

		<p>dan/atau Tertanggung atau orang yang berkepentingan dan ingin mengambil keuntungan atas pertanggungan asuransi ini; atau</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Segala bentuk penerbangan selain sebagai penumpang pada penerbangan komersial yang berjadwal; atau 4. Perang (baik dideklarasikan atau tidak), invasi, perlawanan rakyat, pemberontakan massa, aktifitas 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: <ol style="list-style-type: none"> 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
--	--	--

		<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>21. Bedah kosmetik dimana tidak ada indikasi objektif atau gejala-gejala kondisi kesehatan yang buruk; atau</p> <p>22. Setiap pembedahan fakultatif yang dipilih oleh Tertanggung tetapi bukan atas rekomendasi atau saran seorang Dokter dalam rangka Perawatan Cedera Tubuh atau Penyakit; atau</p> <p>23. Setiap prosedur pembedahan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit; atau</p> <p>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</p> <p>25. Kegiatan olahraga (sport) yang dilakukan secara tidak professional 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</p> <p>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 asbes, 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</p> <p>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.</p>
6.	Risiko	Risiko yang terkait dengan kemungkinan meningkatnya biaya medis di kemudian hari.

7.	Persyaratan dan tata cara	<p>Persyaratan pengajuan produk Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia masuk Tertanggung: 15 hari - 60 tahun; 2. Pendaftaran Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan dilakukan melalui aktifitas <i>Bancassurance</i>; 3. Keikutsertaan dilakukan dengan konfirmasi yang dilakukan melalui <i>Bancassurance</i> diantaranya mengenai hal-hal di bawah ini: <ol style="list-style-type: none"> a. Pemegang Polis mengajukan permohonan asuransi kesehatan atas nama Tertanggung kepada Penanggung dengan mengisi Surat Permintaan Asuransi Kesehatan, formulir, dan /atau dokumen lain yang disyaratkan oleh Penanggung. Penanggung melakukan seleksi risiko dalam memutuskan untuk (atau untuk tidak) mempertanggungkan Tertanggung dan/atau menentukan ketentuan Asuransi dalam Polis, dengan merujuk kepada dan mengandalkan semua keterangan, data atau pernyataan dalam Surat Permintaan Asuransi Kesehatan. Formulir, dan/atau dokumen lain yang disyaratkan oleh Penanggung. b. Membayar Premi sesuai dengan cara bayar yang dipilih. c. Dokumen-dokumen lain yang PT AXA Mandiri Financial Services perlukan sebagai syarat penerbitan Polis. <p>Kewajiban Pemegang Polis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi dengan benar dan lengkap. 2. Membayar Premi sesuai dengan cara bayar (tahunan, semesteran, kuartalan, bulanan) sebelum atau pada tanggal jatuh tempo yang telah ditetapkan dalam Data Polis. 3. Mempelajari isi Polis dalam masa bebas lihat Polis yaitu 20 hari kalender sejak Polis diterima Pemegang 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. <p>Keberatan dispute/sanggahan/Keluhan Pemegang Polis terhadap persetujuan keikutsertaannya ditetapkan sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembatalan dapat dilakukan pemegang polis dengan menghubungi customer contact center PT AXA Mandiri Financial Services nomor : 021 - 3005 8788 (atau nomor perubahannya) 2. PT AXA Mandiri Financial Services memproses pembatalan yang diminta oleh nasabah dalam jangka waktu 3 (tiga) hari kerja sejak diterimanya permintaan pembatalan; 3. PT AXA Mandiri Financial Services mengirimkan konfirmasi pembatalan polis untuk pemegang polis ke alamat sesuai yang tertera dalam polis dalam jangka waktu 5 (lima) hari kerja sejak diterimanya permintaan pembatalan tersebut; <p>Pembayaran Manfaat Asuransi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan sebelum Tanggal Berakhirnya Polis, maka manfaat santunan meninggal dunia karena Kecelakaan akan dibayarkan kepada Termaalihat sesuai ketentuan dalam Polis. Apabila Termaalihat 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 Termaalihat yang sah menurut hukum dengan memberikan dokumen ahli waris yang sesuai dengan hukum yang berlaku. Apabila Penanggung telah membayarkan Manfaat Asuransi kepada ahli waris Termaalihat yang dianggap resmi tersebut, maka Penanggung tidak berkewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi apapun kepada ahli waris lain Termaalihat 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 akan dibayarkan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak Penanggung memberikan keputusan bahwa Manfaat Asuransi tersebut dapat dibayarkan dengan memperhatikan ketentuan dokumen 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 ini.*
4. Apabila Pemegang Polis, Tertanggung, Termaslahat, dan/atau pihak lain yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi 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 ini, maka Penanggung berhak untuk:
 - i. Menolak untuk membayar Manfaat Asuransi;
 - ii. Mengakhiri Polis ini;
 - iii. Mengajukan upaya dan tuntutan hukum sesuai ketentuan hukum yang berlaku untuk meminta kembali seluruh pembayaran Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan sebelumnya oleh Penanggung.
5. 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 sebagaimana termaksud diterima dengan lengkap oleh Penanggung.

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

		<p>penggantian biaya transportasi ke Rumah Sakit, maka Pemegang Polis wajib melampirkan dokumen-dokumen sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 dipakai selama 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. <p>2. Dokumen pengajuan klaim manfaat santunan meninggal dunia karena Kecelakaan, maka Pemegang Polis wajib melampirkan dokumen-dokumen sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <i>visum et repertum</i> 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. <p>3. Tidak ada dokumen yang harus diajukan oleh Pemegang Polis untuk pengajuan manfaat pengembalian Premi. Penanggung akan mengirimkan surat pemberitahuan mengenai pembayaran manfaat</p>
--	--	--

		<p>pengembalian Premi pada akhir Ulang Tahun Polis ke-5 (lima) dan kelipatannya.</p> <p>4. <i>Sehubungan dengan Dokumentasi Klaim sebagaimana dimaksud diatas, Penanggung berhak untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dari Pemegang Polis atau Tertanggung atau Termaslahat dan atau pihak lain yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi.</i></p> <p>5. <i>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.</i></p> <p>6. Biaya untuk mendapatkan bukti-bukti dalam pengajuan klaim sebagaimana dimaksud menjadi beban Pemegang Polis atau Termaslahat.</p> <p>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.</p> <p>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 (<i>sworn translator</i>) dan biaya penerjemah merupakan beban Pemegang Polis atau Termaslahat</p>
8.	Biaya	Biaya atas Premi adalah sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sehubungan dengan pertanggung pada polis Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan yang terdiri dari biaya pengelolaan dan ada bagian dari Premi yang diberikan kepada pihak bank sebagai komisi.
9.	Simulasi (ilustrasi produk)	<p>Pemegang Polis : Ibu Molly Tertanggung : Ibu Molly Usia : 32 tahun Cara Bayar Premi : Tahunan Pilihan Plan : Plan D Premi Tahunan : Rp 3.494.620,- Tanggal Berlakunya Polis : 1 Juli 2018</p> <p>Case 1 Ibu Molly mengajukan klaim rawat inap pada tanggal 1 Agustus 2018 sehubungan pembedahan amandel. Keputusan klaim : ditolak Alasan penolakan klaim : Pembedahan amandel masuk ke dalam pengecualian polis :</p> <p>19. <i>Perawatan atau Pembedahan amandel, adenoid, hernia hingga Tertanggung telah dilindungi oleh pertanggung asuransi ini selama 180 (seratus delapan puluh) hari sejak Tanggal Berlakunya Polis dan perpanjangan masa berlakunya secara terus menerus; atau</i></p>

		<p>Case 2 Ibu Molly mengajukan klaim rawat inap karena batu ginjal dan melakukan tindakan ESWL (<i>Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy</i>) pada tanggal Oktober 2018. Kwitansi rumah sakit : - Operasi pembedahan ESWL : 20 Juta - Rawat inap 5 hari Keputusan klaim : diterima Manfaat yang didapatkan adalah sebagai berikut : Manfaat penggantian biaya harian kamar rawat inap rumah sakit. (5 hari x Rp 1.200.000) = Rp 6.000.000 Manfaat penggantian biaya transportasi ke rumah sakit. = Rp 1.000.000 Operasi Pembedahan (ESWL masuk ke dalam operasi intermediate (50%)) = Rp 10.000.000 Total klaim yang dibayarkan = Rp 17.000.000</p> <p><i>Note :</i> Manfaat pembedahan tidak dibayarkan 100% sehubungan pembedahan ESWL masuk ke dalam intermediate.</p> <p>Case 3 Ibu Molly mengajukan klaim rawat inap 3 hari pada tanggal 1 Desember 2018 sehubungan penyakit demam berdarah. Keputusan klaim : diterima Manfaat yang didapatkan adalah sebagai berikut : Manfaat penggantian biaya harian kamar rawat inap rumah sakit. (3 hari x Rp 1.200.000) = Rp 3.600.000 Manfaat penggantian biaya transportasi ke rumah sakit. = Rp 1.000.000 Total klaim yang dibayarkan = Rp 4.600.000</p>
10.	Informasi tambahan	<p><u>Dokumen klaim dapat dikirimkan ke:</u> PT AXA Mandiri Financial Services AXA Tower, lantai 8 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City Jakarta 12940, atau</p> <p><u>Mengantar langsung ke:</u> Customer Care Center PT AXA Mandiri Financial Services AXA Tower, lantai dasar, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City Jakarta 12940</p> <p>Formulir klaim dan Formulir Surat Keterangan Dokter bisa didapatkan dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menghubungi layanan <i>Customer Care</i> AXA Mandiri Financial Services di: Telp: (021) 3005 8788 atau <i>email</i>: customer@axa-mandiri.co.id Download/Unduh melalui website:www.axa-mandiri.co.id

Catatan Penting

1. Ringkasan Informasi Produk Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan (“Ringkasan Produk”) ini dibuat dan dipersiapkan oleh PT AXA Mandiri Financial Services (“AXA Mandiri”). Ringkasan Produk ini dipergunakan sebagai informasi bagi Nasabah mengenai Produk Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan (“Produk Asuransi”).
2. Produk asuransi yang dipasarkan bukan merupakan produk dan tanggung jawab Bank serta tidak termasuk dalam cakupan program penjaminan dari Lembaga Penjamin Simpanan (LPS).
3. Ringkasan Produk dibuat hanya memberikan informasi dan bukan merupakan suatu bentuk jaminan atau dijadikan dasar dari atau yang dapat dijadikan pedoman sehubungan dengan suatu perjanjian atau komitmen apapun.
4. Ringkasan Produk ini bukan merupakan bagian dari Polis Produk Asuransi Mandiri Solusi Kesehatan (“Polis Asuransi”) dan bukan suatu bentuk perjanjian asuransi antara AXA Mandiri dengan Nasabah. Nasabah terikat secara penuh dengan setiap ketentuan-ketentuan yang terdapat didalam Polis Asuransi Nasabah.
5. Ringkasan Produk ini merupakan Hak Cipta Tunggal dan dilindungi, oleh karenanya tidak satu bagianpun 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 dari AXA Mandiri.
6. Semua Pihak yang membaca dan menggunakan Ringkasan Produk ini agar memperhatikan syarat- syarat penggunaan yang berlaku dan dengan membaca Ringkasan Produk ini maka Pembaca telah sepakat untuk mematuhi syarat-syarat yang ditetapkan tersebut. Apabila terdapat pertanyaan, keluhan atau informasi lanjutan, Nasabah dapat menghubungi AXA Mandiri *Customer Care Centre*.
7. AXA Mandiri merupakan perusahaan asuransi yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan sesuai dengan Ijin Usaha Menteri berdasarkan surat keputusan No. S-071/MK.06/2004 tanggal 11 Februari 2004.
8. Premi Asuransi yang Pemegang Polis bayarkan sudah memperhitungkan komponen biaya-biaya antara lain biaya akuisisi, biaya administrasi dan komisi bagi pihak bank.