RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN VERSI UMUM

GREAT Critical Extra

TENTANG PRODUK

- Nama Penerbit : PT Great Eastern Life Indonesia
- Nama Produk : GREAT Critical Extra
- Mata Uang : Rupiah
- Jenis Produk : Asuransi Kesehatan
- Deskripsi Produk : GREAT Critical Extra adalah produk asuransi kesehatan yang dikeluarkan oleh PT Great Eastern Life Indonesia. GREAT Critical Extra memberikan Manfaat Asuransi penyakit kritis sampai dengan Tertanggung berusia 80 (delapan puluh) tahun, pembebasan premi, manfaat meninggal dunia dan pengembalian premi.

DEFINISI

Ekstra Premi
sejumlah tambahan premi terhadap Premi Tunggal dan Premi Berkala yang besarnya ditetapkan oleh Perusahaan berdasarkan seleksi risiko.

Keadaan Yang Sudah Ada Sebelumnya
segala jenis kondisi, penyakit, cidera atau ketidakmampuan Tertanggung baik telah ataupun belum mendapatkan diagnosis, konsultasi, saran dan/atau perawatan dari Dokter, yang terjadi sebelum Tanggal Mulai Asuransi dan baik yang diketahui atau tidak diketahui Tertanggung.

Masa Leluasa
Tenggang waktu yang diberikan kepada Pemegang Polis untuk melaksanakan pembayaran Premi yang dihitung sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi.

Masa Tunggu
periode sejak Tanggal Mulai Asuransi sampai dengan tanggal Tertanggung mulai berhak atas Manfaat Asuransi. Masa Tunggu untuk asuransi ini adalah 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tanggal Mulai Asuransi.

Masa Mempelajari Polis (*Free Look Period*)
Masa yang ditetapkan oleh Perusahaan terhadap Pemegang Polis untuk mempelajari dan memastikan isi Polis telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Pemegang Polis.

Nilai tunai
sejumlah dana yang dibayarkan kepada Pemegang Polis dalam hal penebusan Polis sebelum Tanggal Akhir Asuransi.

Pemegang Polis
Orang perorangan atau badan (baik berbadan hukum ataupun tidak berbadan hukum) yang menjadi Pemegang Polis dalam produk asuransi jiwa sebagaimana tercantum dalam Data Polis.

Penyakit Kritis
jenis-jenis penyakit beserta definisi dan kriteria-nya, operasi dan/atau pembedahan sebagaimana disebutkan dalam lampiran Tabel Penyakit Kritis.

Perusahaan
PT Great Eastern Life Indonesia (atau penggantinya yang sah menurut hukum) yang merupakan perusahaan asuransi yang menyelenggarakan usaha asuransi jiwa.

Pinjaman Premi Otomatis (*Automatic Premium Loan*)
pembayaran Premi yang diberlakukan oleh Perusahaan secara otomatis apabila Polis telah mempunyai Nilai Tunai dan Premi tidak dibayar sampai berakhirnya masa leluasa (grace period).

Premi
Sejumlah nilai uang terdiri dari Premi untuk Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan (jika ada) yang harus dibayarkan oleh Pemegang Polis, bagi kepentingan Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat, kepada Perusahaan yang merupakan syarat diadakannya asuransi.

Premi Berkala
Premi yang dibayarkan secara berkala sesuai dengan frekuensi pembayaran Premi yang berlaku atas Polis sebagaimana disebutkan dalam Data Polis dan/atau Endorsemen yang berlaku.

Premi Tunggal
Premi yang dibayarkan secara tunggal atau satu kali oleh Pemegang Polis sebagai syarat penerbitan Polis.

Tertanggung
Orang yang diikutsertakan dalam kepesertaan asuransi jiwa dari kemungkinan risiko yang timbul atas dirinya sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Polis.

FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN

Metode Perhitungan Usia	**Metode ulang tahun terakhir**
Ketentuan Usia Masuk	**Tertanggung : 14 hari - 60 tahun** **Pemegang Polis : 18 tahun - 80 tahun**
Premi	**Berdasarkan jenis kelamin, uang pertanggungan dan usia**
Masa Pembayaran Premi	**Premi Berkala dengan Masa Pembayaran Premi : 1 tahun dan 5 tahun**
Masa Asuransi	**Sampai dengan Tertanggung berusia 80 tahun**
Uang Pertanggungan	**Minimal: Rp 250 juta** **Maksimal:** **Dewasa: Rp 5 milyar per jiwa** **Anak-anak (sampai usia 17 tahun): Rp. 2 milyar per jiwa** **Catatan: Sesuai dengan ketentuan underwriting**
Cara Pembayaran Premi	**a. Premi Berkala 1 tahun: dibayarkan 1 kali dengan cara pembayaran tahunan** **• dibayarkan dengan cara: transfer** **b. Premi Berkala dengan MPP 5 tahun dibayarkan secara tahunan, semesteran, bulanan.** **• Pembayaran pertama Premi Berkala: melalui transfer** **• Pembayaran Premi Lanjutan : Premi Berkala : melalui auto debit Rekening/Kartu Kredit**

Agregasi	• **Dewasa: Maksimal Rp 5.000.000.000 (lima miliar rupiah) per Tertanggung untuk semua Penyakit Kritis** • **Anak-anak (sampai usia 17 tahun): Maksimal Rp 2.000.000 (dua miliar rupiah) per Tertanggung untuk semua Penyakit Kritis** **Catatan: Sesuai dengan ketentuan Underwriting**
Masa Tunggu	**90 hari kalender, sejak Tanggal Mulai Asuransi** **Masa Tunggu berlaku untuk manfaat Penyakit Kritis dan Verfikasi Konfirmasi Diagnosis**
Seleksi Risiko	**Seleksi Risiko Penuh (*Full Underwriting*)**
Masa Leluasa Pembayaran Premi	**45 (empat puluh lima) hari kalender sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi**
Masa Mempelajari Polis (*Free look*)	**Pemegang Polis dapat mempelajari Polis selama 14 (empat belas) hari kalender, terhitung sejak tanggal Polis diterima oleh Pemegang Polis**

MANFAAT ASURANSI

1. **Manfaat Penyakit Kritis**
   Jika Tertanggung pertama kali terdiagnosis dengan salah satu Penyakit Kritis dalam Masa Asuransi dan setelah melewati Masa Tunggu sebagaimana terlampir dalam Tabel Penyakit Kritis maka 100% (seratus persen) Uang Pertanggungan akan dibayarkan dan Polis akan tetap berlanjut. Maksimal klaim Penyakit Kritis yang diperbolehkan yaitu sebanyak 4 (empat) kali dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut:
   a. Klaim Penyakit Kritis berikutnya akan dibayarkan apabila Penyakit Kritis tersebut berbeda dengan grup Penyakit Kritis sebagaimana terlampir dalam Tabel Penyakit Kritis yang telah dibayarkan sebelumnya.
   b. Klaim Penyakit Kritis berikutnya dapat dibayarkan apabila tanggal diagnosa Penyakit Kritis berikutnya minimal 1 (satu) tahun dari tanggal diagnosa Penyakit Kritis yang telah dibayarkan sebelumnya.
   c. Pembayaran manfaat Penyakit Kritis tidak akan mengurangi manfaat meninggal dunia.
   d. Manfaat Penyakit Kritis hanya akan dibayarkan apabila Tertanggung masih hidup pada saat terdiagnosis Penyakit Kritis. Dengan demikian apabila Tertanggung meninggal dunia dan baru diketahui penyebabnya karena Penyakit Kritis, maka Perusahaan hanya akan membayarkan manfaat meninggal dunia.
   e. Dalam hal terdapat lebih dari satu manfaat asuransi yang harus dibayarkan dalam waktu bersamaan, maka Perusahaan hanya akan membayarkan 1 (satu) manfaat Penyakit Kritis. Apabila setelah Tertanggung terdiagnosis Penyakit Kritis dan kemudian Tertanggung meninggal dunia, maka Perusahaan akan membayarkan manfaat Penyakit Kritis beserta manfaat meninggal dunia.

2. **Manfaat Pembebasan Premi**
   a. Jika Tertanggung pertama kali terdiagnosis dengan salah satu Penyakit Kritis dengan ketentuan sebagaimana tercantum dalam ayat 1 di atas, maka Perusahaan akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa pembebasan pembayaran Premi dan Ekstra Premi (jika ada) selama sisa masa pembayaran Premi setelah klaim di setujui oleh Perusahaan.

b. Premi Asuransi Dasar yang telah Pemegang Polis bayarkan, jika ada, sejak Tertanggung terdiagnosis menderita Penyakit Kritis *Major* sampai dengan manfaat pembebasan Premi dibayarkan oleh Perusahaan, maka Premi Asuransi Dasar yang telah dibayarkan tersebut akan dikembalikan tanpa bunga kepada Pemegang Polis.
c. Manfaat pembebasan premi hanya berlaku untuk pembayaran Premi Asuransi Dasar dengan pembayaran Premi Berkala.

3. Verifikasi Konfirmasi Diagnosis

Jika Tertanggung terdiagnosis salah satu Penyakit Kritis dalam Masa Asuransi dan setelah melewati Masa Tunggu, maka Tertanggung dapat mengajukan Verifikasi Konfirmasi Diagnosis untuk Penyakit Kritis sebagaimana tercantum dalam Tabel Penyakit Kritis atas persetujuan Perusahaan dengan ketentuan sebagai berikut:

a. Klaim Verifikasi Konfirmasi Diagnosis berikutnya dapat dilakukan minimal 1 (satu) tahun dari klaim Verifikasi Konfirmasi Diagnosis sebelumnya.
b. Maksimal biaya yang dapat diganti untuk manfaat ini adalah sebesar Rp 5.000.000 (lima juta rupiah) untuk setiap pengajuan klaim manfaat Penyakit Kritis dengan maksimal 4 (empat) kali pengajuan selama Masa Asuransi.
c. Klaim Verifikasi Konfirmasi Diagnosis dapat dilakukan setelah dan/atau bersamaan dengan pengajuan Manfaat Penyakit Kritis sebagaimana tercantum dalam ayat 1 di atas.
d. Apabila hasil Verifikasi Konfirmasi Diagnosis menyatakan bahwa Penyakit Kritis yang didiagnosis tidak sesuai dengan definisi dan kriteria sebagaimana tercantum dalam Tabel Penyakit Kritis, maka klaim akan ditolak dan Perusahaan hanya akan membayarkan manfaat Verifikasi Konfirmasi Diagnosis.

4. Manfaat Meninggal Dunia

Apabila dalam Masa Asuransi Tertanggung meninggal dunia, maka Perusahaan akan mengembalikan seluruh Premi yang telah dibayarkan (tidak termasuk Ekstra Premi), kemudian Polis berakhir.

5. Manfaat Akhir Asuransi

Apabila Polis masih berlaku hingga Tanggal Akhir Asuransi, maka Perusahaan akan mengembalikan seluruh Premi yang telah dibayarkan (tidak termasuk Ekstra Premi).

Manfaat Asuransi sebagaimana tercantum pada point 5 di atas yang tidak diambil sejak Perusahaan menyatakan bahwa Manfaat Asuransi tersebut dapat dibayarkan maka Manfaat Asuransi tersebut tidak diberikan bunga atau tingkat investasi dan/atau ganti rugi apapun.

Manfaat Asuransi yang dibayarkan akan dikurangi terlebih dahulu dengan kewajiban-kewajiban lainnya, termasuk dengan seluruh Premi yang tertunggak beserta bunganya (jika ada).

RISIKO-RISIKO

Risiko Likuiditas

Risiko yang berkaitan dengan kemampuan Perusahaan untuk membayar kewajiban terhadap nasabah. Perusahaan akan terus mempertahankan kinerja untuk meningkatkan kecukupan modal yang ditentukan oleh peraturan yang berlaku.

Risiko Operasional

Risiko yang disebabkan karena tidak berjalannya atau gagalnya proses internal, sumber daya manusia dan sistem, serta kondisi eksternal yang mempengaruhi kondisi operasional internal.

BIAYA-BIAYA

Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya akuisisi, administrasi, pengelolaan dana, komisi bank dan komisi tenaga pemasar (jika ada).

PENGECUALIAN

1. ***Pengecualian untuk Manfaat Penyakit Kritis***
   Perusahaan tidak akan membayarkan Uang Pertanggungan Penyakit Kritis dalam hal Tertanggung mengalami kondisi yang telah memenuhi seluruh kriteria salah satu atau lebih Penyakit Kritis sebagai akibat terjadinya salah satu atau lebih kejadian sebagaimana berikut ini:
   a. ***Keadaan Yang Sudah Ada Sebelumnya;***
   b. ***Penyakit Kritis di mana diagnosis dan tanda-tanda dan / atau gejala pertama terjadi dalam Masa Tunggu;***
   c. ***Penyakit bawaan, kelainan bawaan, dan / atau cacat bawaan;***
   d. ***Terdapat infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) di dalam tubuh Tertanggung atau disebabkan secara langsung atau tidak langsung oleh Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau penyakit yang berkaitan dengan Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS);***
   e. ***Efek penyalahgunaan alkohol, penyalahgunaan narkoba atau ketergantungan lainnya; dan***
   f. ***Setiap Cedera yang dilakukan sendiri secara sengaja atau tindakan lain apa pun terhadap tujuan yang sama, apakah dilakukan dalam keadaan waras atau tidak.***

2. ***Pengecualian untuk Manfaat Meninggal Dunia***
   a. ***Tindakan bunuh diri, baik dalam keadaan sadar maupun tidak sadar, tindakan pencederaan diri sendiri dan/atau tindakan pencederaan yang dilakukan oleh orang lain atas perintah pihak yang berkepentingan atas Polis, yang terjadi dalam kurun waktu 2 (dua) tahun terhitung sejak Tanggal Mulai Asuransi atau tanggal pemulihan terakhir;***
   b. ***Pihak yang berkepentingan atas Polis melakukan tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan, pelanggaran hukum atau percobaan pelanggaran hukum, atau perlawanan pada saat terjadinya penahanan atas diri pihak yang berkepentingan tersebut yang dilaksanakan oleh pihak yang berwenang;***
   c. ***Dieksekusi hukuman mati oleh pihak yang berwenang berdasarkan putusan pengadilan yang telah berkekuatan hukum tetap;***
   d. ***Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan (jika ada) adalah ODHA (Orang Dengan HIV (Human Immunodeficiency Virus) dan/atau AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)), ARC (AIDS Related Complex) atau infeksi yang disebabkan oleh HIV (Human Immunodeficiency Virus) baik langsung maupun tidak langsung; atau***
   e. ***Perang (baik dideklarasikan atau tidak), operasi sejenis perang, invasi, tindakan dari musuh asing, perang saudara, kegiatan militer, pemberontakan, demonstrasi, huru hara, terorisme, pemogokan, revolusi, perlawanan terhadap pemerintah, perebutan kekuasaan oleh militer, kekacauan sipil, kriminal atau aktivitas illegal, penolakan penahanan, pembajakan atau penculikan.***

3. ***Perusahaan dapat membayar Manfaat Asuransi apabila Tertanggung meninggal dunia karena sebab sebagaimana dimaksud ayat 2 huruf d di atas dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut:***
   a. ***Infeksi HIV terjadi karena transfusi darah yang dilakukan di Indonesia setelah Tanggal Mulai Asuransi atau tanggal pemulihan Polis yang terakhir;***
   b. ***Sumber infeksi HIV dipastikan berasal dari lembaga yang menyelenggarakan transfusi darah dan lembaga tersebut dapat melacak asal dari darah yang terinfeksi tersebut;***
   c. ***Perusahaan harus memiliki akses ke semua sampel darah yang dicurigai dan dapat melakukan tes sendiri dari sampel tersebut;***
   d. ***Tertanggung bukan homoseksual, biseksual, pengguna obat terlarang melalui intravena atau pekerja seks;***

e. ***Tertanggung tidak menderita haemofilia dan thalasemia mayor; dan***
f. ***Berlaku masa tunggu pengajuan klaim Manfaat Asuransi selama 5 (lima) tahun sejak Tanggal Mulai Asuransi atau tanggal pemulihan Polis yang terakhir.***

PERSYARATAN

1. Pemegang Polis wajib mengisi, menjawab semua pertanyaan, memberikan informasi dan/atau keterangan serta pernyataan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ) dengan benar dan lengkap dan memberikan data, informasi dan keterangan tentang Tertanggung serta dokumen-dokumen terkait lainnya yang diperlukan dan telah ditandatangani oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung. SPAJ beserta data, informasi, keterangan, dan dokumen-dokumen lainnya menjadi dasar diadakannya kepesertaan asuransi dan merupakan satu-kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

2. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung berkewajiban untuk memberikan dan menyediakan data dan informasi yang diperlukan secara benar dan lengkap kepada Perusahaan dalam rangka penerbitan atau pemulihan Polis dan/atau proses penyelesaian klaim.

3. Dalam hal Pemegang Polis dan/atau Tertanggung telah menerima Polis dan ternyata ditemukan kekeliruan atau ketidakbenaran data, informasi dan keterangan dalam Polis tersebut, maka Pemegang Polis dan/atau Tertanggung berkewajiban untuk memberitahukan secara tertulis kepada Perusahaan dalam Masa Mempelajari Polis untuk diadakan perubahan sesuai dengan keadaan sebenarnya.

PINJAMAN PREMI OTOMATIS *(AUTOMATIC PREMIUM LOAN)*

Apabila pembayaran Premi lanjutan tidak diterima oleh Perusahaan hingga berakhirnya Masa Leluasa (*grace period*) oleh sebab apapun, maka Premi secara otomatis dibayarkan dengan cara Pinjaman Premi Otomatis (*Automatic Premium Loan*) apabila total dari Nilai Tunai lebih besar atau sama dengan Premi tertunggak beserta bunganya, dengan ketentuan sebagai berikut:

a. Setiap Pinjaman Premi Otomatis (*Automatic Premium Loan*) akan dikenakan bunga yang ditentukan oleh Perusahaan dari waktu ke waktu dan dihitung sejak tanggal jatuh tempo sesuai dengan kebijakan Perusahaan.
b. Dalam hal Pinjaman Premi Otomatis masih berlaku, Pemegang Polis tetap wajib melakukan pembayaran Premi tertunggak beserta bunganya.
c. Dalam hal total dari Nilai Tunai menjadi lebih kecil dari Premi yang tertunggak beserta bunganya, maka Polis otomatis akan berakhir. Polis yang telah berakhir tersebut hanya dapat dipulihkan kembali apabila seluruh Premi yang tertunggak beserta bunganya telah dilunasi.
d. Pinjaman Premium Otomatis akan dikenakan bunga majemuk bulanan sesuai dengan kebijakan Perusahaan.

PENEBUSAN POLIS DAN NILAI TUNAI

1. Selama Polis masih berlaku dan Tertanggung masih hidup, Pemegang Polis dapat melakukan penebusan seluruh Polis secara tertulis kepada Perusahaan dengan mengisi formulir yang disediakan oleh Perusahaan dan disertai dengan dokumen pendukung yang lengkap dan menyerahkannya kepada Perusahaan pada hari kerja. Permohonan yang diterima pada akhir suatu hari kerja akan dianggap diterima pada hari kerja berikutnya. Pemegang Polis tidak dapat menarik kembali atau membatalkan pengajuan penebusan Polis yang telah disetujui oleh Perusahaan.

2. Atas permohonan penebusan Polis, maka Perusahaan akan membayar Nilai Tunai yang terdapat pada Polis kepada Pemegang Polis dan mengenakan kewajiban yang tertunggak (jika ada) pada hari kerja berikutnya setelah permohonan disetujui oleh Perusahaan sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh Perusahaan dan selanjutnya asuransi ini berakhir.

3. Perusahaan memberlakukan syarat dan ketentuan atas pembayaran Nilai Tunai sebagai berikut:
   a. Pemegang Polis tidak dapat mengambil sebagian dari Nilai Tunai;
   b. Nilai Tunai tersedia sejak tahun pertama, dan berlaku pro-rata;
   c. Nilai Tunai yang dibayar Perusahaan kepada Pemegang Polis adalah Nilai Tunai sebagaimana tercantum dalam Tabel Nilai Tunai yang terdapat pada Lampiran Polis; dan
   d. Apabila Polis dibatalkan bukan pada saat Ulang Tahun Polis, maka Perusahaan akan memperhitungkan Nilai Tunai yang akan dibayarkan kepada Pemegang Polis secara proporsional dengan memperhitungkan waktu penebusan.

4. Dokumen Penebusan Polis
   Perusahaan menetapkan dokumen penebusan Polis sebagai berikut:
   a. Polis asli; Dalam hal Polis diterbitkan secara digital/elektronik, maka hanya perlu menginformasikan nomor Polis;
   b. Formulir Penebusan Polis yang dikeluarkan oleh Perusahaan, dan yang telah diisi dengan lengkap dan benar oleh Pemegang Polis; dan
   c. Bukti identitas diri, berupa Kartu Tanda Penduduk, Kartu Keluarga, paspor atau keterangan lain yang diterbitkan oleh pihak yang berwenang (asli atau Salinan yang telah dilegalisir) yang berlaku atas Pemegang Polis.

5. Pemegang Polis berkewajiban untuk menyampaikan seluruh dokumen penebusan Polis sebagaimana dimaksud tersebut dan menanggung seluruh biaya pengadaan atas keseluruhan dokumen dimaksud.
6. Dalam hal Pemegang Polis mengajukan dokumen penebusan Polis yang tidak lengkap, maka Perusahaan menganggap sebagai permohonan yang belum diajukan. Oleh karenanya, Pemegang Polis berkewajiban untuk melengkapi kembali dokumen penebusan Polis.
7. Perusahaan berhak untuk meminta dokumen pendukung lain yang ditentukan oleh Perusahaan jika dipandang perlu sehubungan dengan Penebusan Polis tersebut di atas. Dokumen tersebut dapat diserahkan kepada Perusahaan melalui media elektronik tanpa menyertakan *hardcopy* (berbentuk salinan elektronik).

PERUBAHAN POLIS

a. Pemegang Polis tidak dapat melakukan perubahan Uang Pertanggungan.
b. Pemegang Polis tidak dapat melakukan perubahan masa pembayaran Premi.
c. Pemegang Polis dapat melakukan perubahan frekuensi pembayaran premi.

PEMULIHAN POLIS

1. Polis dapat dipulihkan kembali atas permintaan Pemegang Polis dan disetujui oleh Perusahaan dengan ketentuan sebagai berikut:
   a. Pemulihan Polis tidak lebih dari 2 (dua) tahun sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi Asuransi Dasar terakhir dengan membayar seluruh Premi Asuransi Dasar tertunggak berikut bunga yang diberlakukan oleh Perusahaan;
   b. Pemulihan Polis dapat dilakukan selama Tertanggung masih hidup;
   c. Permintaan pemulihan Polis dapat dilakukan dengan mengisi formulir pemulihan dan pernyataan kesehatan disertai dengan pembayaran seluruh Premi Asuransi Dasar yang tertunggak beserta bunga tunggakan Premi Asuransi Dasar dan biaya lainnya (jika ada) yang besarannya ditentukan oleh Perusahaan sejak tanggal jatuh tempo;
   d. Apabila diperlukan, Perusahaan berhak untuk melakukan seleksi risiko kembali atas diri Tertanggung;
   e. Semua biaya yang timbul akibat pemulihan Polis akan ditanggung oleh Pemegang Polis; dan
   f. Pengajuan pemulihan oleh Pemegang Polis dapat diterima atau ditolak berdasarkan keputusan Perusahaan.

2. Jika pemulihan Polis disetujui, tanggal mulai berlakunya pemulihan Polis adalah sesuai dengan tanggal terakhir disetujuinya pemulihan Polis oleh Perusahaan.

3. Masa Tinjau Ulang dalam 2 (dua) tahun, akan berlaku sejak tanggal pemulihan.

4. Apabila tidak ada pemulihan sampai dengan berakhirnya tanggal pemulihan maka Polis akan berakhir, nilai tunai (jika ada) akan dikembalikan ke rekening Pemegang Polis.

LAYANAN NASABAH

Pemegang Polis dapat menyampaikan pertanyaan dan pengaduan melalui:

Customer Contact Centre:
(+62) 21 2554 3800 (Senin-Jumat, 09.00-17.00 WIB)

WhatsApp:
(+62) 811 956 3800 (Senin-Jumat, 09.00-17.00 WIB)

Website:
www.greateasternlife.com/id

Email:
wecare-id@greateasternlife.com

GreatEasternid GreatEasternLifeID GreatEastern_ID

PT Great Eastern Life Indonesia Menara Karya Lt. 5 Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2 Jakarta Selatan 12950 - Indonesia

Pertanyaan dan/atau pengaduan selama 24 jam dapat disampaikan melalui whatsapp dan email wecare-ID@greateasternlife.com. Petugas kami akan menindaklanjuti pertanyaan dan/atau pengaduan tersebut sesuai hari dan jam kerja yang berlaku.

Pengaduan tertulis akan ditindaklanjuti dan diselesaikan selambatnya 10 (sepuluh) hari kerja, dalam hal terdapat kondisi tertentu, maka Perusahaan dapat memperpanjang batas waktu penyelesaian keluhan sampai dengan 10 (sepuluh) hari kerja berikutnya dengan melakukan pemberitahuan kepada Pemegang Polis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku dan untuk pengaduan secara lisan akan diselesaikan selambatnya 5 (lima) hari kerja.

TATA CARA PENGAJUAN KLAIM

1. Pemegang Polis atau Tertanggung atau Penerima Manfaat berkewajiban untuk memberitahukan kepada Perusahaan jika terjadi suatu risiko (klaim) berdasarkan ketentuan Polis dengan mengisi formulir klaim yang telah ditentukan oleh Perusahaan dan melengkapi persyaratan dokumen klaim serta menyerahkannya kepada Perusahaan.
2. Jangka waktu pengajuan klaim untuk Manfaat Asuransi atas Polis adalah 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak terjadinya risiko yang dipertanggungkan dalam Polis. Dalam hal pengajuan klaim atas Manfaat Asuransi telah melewati jangka waktu yang ditetapkan tersebut, maka klaim menjadi kadaluarsa. Oleh karenanya, Perusahaan akan menolak untuk memproses pengajuan klaim atas Manfaat Asuransi berdasarkan Polis.
3. Perusahaan akan melakukan pembayaran atas klaim Manfaat Asuransi sesuai dengan persetujuan Perusahaan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja sejak klaim Manfaat Asuransi disetujui oleh Perusahaan.
4. Perusahaan berhak untuk meminta dokumen pendukung lain yang ditentukan oleh Perusahaan jika dipandang perlu sehubungan dengan pembayaran Manfaat Asuransi tersebut di atas. Dokumen tersebut dapat diserahkan kepada Perusahaan melalui media elektronik tanpa menyertakan *hardcopy* (berbentuk salinan elektronik).
5. Perusahaan menetapkan dokumen pendukung sebagai berikut:
   - 5.1. Manfaat Penyakit Kritis
     - 5.1.1. Formulir klaim Penyakit Kritis yang dikeluarkan oleh Perusahaan, yang telah diisi dengan lengkap dan benar oleh Pemegang Polis/dan/atau Penerima Manfaat;
     - 5.1.2. Surat Keterangan Dokter yang asli untuk klaim Penyakit Kritis sesuai dengan jenis Penyakit Kritis yang dialami oleh Tertanggung;
     - 5.1.3. Catatan medis/resume medis Pemegang Polis atau dokumen pendukung medis lainnya (hasil lab, CT scan, MRI, rontgen, dan lain-lain) yang relevan;
     - 5.1.4. Surat Berita Acara Kepolisian yang asli apabila Penyakit Kritis disebabkan oleh Kecelakaan;
     - 5.1.5. Bukti identitas diri, berupa Kartu Tanda Penduduk, Kartu Keluarga, paspor atau keterangan lain yang diterbitkan oleh pihak yang berwenang (asli atau salinan yang telah dilegalisir); dan
     - 5.1.6. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Perusahaan yang berkaitan dengan klaim tersebut.

   - 5.2. Verifikasi Konfirmasi Diagnosis
     - 5.2.1. Formulir Surat Keterangan Dokter Untuk Konfirmasi Diagnosa Klaim Penyakit Kritis;
     - 5.2.2. Kuitansi dan perincian biaya yang asli terkait biaya medis yang dilakukan untuk Konfirmasi Diagnosa Klaim Penyakit Kritis;
     - 5.2.3. Bukti identitas diri, berupa Kartu Tanda Penduduk, Kartu Keluarga, paspor atau keterangan lain yang diterbitkan oleh pihak yang berwenang (asli atau salinan yang telah dilegalisir); dan
     - 5.2.4. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Perusahaan yang berkaitan dengan klaim tersebut.

   - 5.3. Manfaat Meninggal Dunia
     - 5.3.1. Polis asli; Dalam hal Polis diterbitkan secara digital/elektronik, maka hanya perlu menginformasikan nomor Polis;
     - 5.3.2. Formulir Klaim Meninggal Dunia yang dikeluarkan oleh Perusahaan, dan yang telah diisi dengan lengkap dan benar oleh Penerima Manfaat;
     - 5.3.3. Surat Keterangan Dokter yang asli mengenai penyebab meninggal dunia;
     - 5.3.4. Bukti identitas diri, berupa Kartu Tanda Penduduk, paspor atau keterangan lain yang diterbitkan oleh pihak yang berwenang (asli atau salinan yang telah dilegalisir);

5.3.5. Akta Kematian (asli atau salinan yang telah dilegalisir). Jika meninggal di luar negeri, maka instansi yang berwenang, serendah-rendahnya, adalah Konsulat Jenderal Republik Indonesia;
5.3.6. Surat keterangan pemakaman atau kremasi dari instansi yang berwenang (asli atau salinan yang telah dilegalisir);
5.3.7. Surat keterangan Kecelakaan atau berita acara dari kepolisian apabila Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan.

5.4. Manfaat Akhir Asuransi
5.4.1. Polis asli; Dalam hal Polis diterbitkan secara digital/elektronik, maka hanya perlu menginformasikan nomor Polis;
5.4.2. Formulir Klaim manfaat akhir asuransi yang dikeluarkan oleh Perusahaan, yang telah diisi dengan lengkap dan benar oleh Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat;
5.4.3. Bukti identitas diri, berupa Kartu Tanda Penduduk, paspor atau keterangan lain yang diterbitkan oleh pihak yang berwenang (asli atau salinan yang telah dilegalisir.

6. Perusahaan berhak melakukan investigasi terhadap seluruh klaim yang diajukan oleh Penerima Manfaat, dan Penerima Manfaat berkewajiban untuk memberikan dan/atau memperlihatkan dokumen-dokumen asli yang diperlukan oleh Perusahaan serta memberikan keterangan kepada Perusahaan apabila diperlukan.

7. Untuk klaim Manfaat Asuransi sehubungan dengan Penyakit Kritis, Perusahaan berhak meminta Tertanggung untuk menjalani pemeriksaan medis oleh Dokter yang ditunjuk oleh Perusahaan. Khusus Penyakit Kritis *Major*, dalam hal biaya dapat diajukan sebagai pengajuan klaim Verifikasi Konfirmasi Diagnosis.

BERAKHIRNYA ASURANSI

Asuransi ini akan berakhir pada tanggal mana yang lebih dahulu dari:
a. Terjadinya salah satu dari hal-hal yang menyebabkan berakhirnya asuransi berdasarkan Ketentuan Umum Polis;
b. Tanggal Akhir Asuransi;
c. Tanggal pada saat Penebusan Polis;
d. Tertanggung meninggal dunia;
e. Pengakhiran Polis oleh Pemegang Polis atau Perusahaan;
f. Premi Asuransi Dasar tidak dibayarkan oleh Pemegang Polis sampai dengan akhir Masa Leluasa pembayaran Premi;
g. Nilai Tunai tidak cukup untuk membayar Pinjaman Premi Otomatis.

SIMULASI

Usia/Jenis Kelamin Tertanggung : 23 tahun/wanita
Premi : Rp 99.990.000
Uang Pertanggungan : Rp 1.000.000.000

Akhir tahun Polis ke	Usia Tertanggung (th)	Premi [1]	Manfaat Panyakit Kritis [2]	Manfaat Meninggal Dunia	Manfaat Akhir Asuransi	Nilai Tunai
1	24	99.990.000	1.000.000.000	99.990.000	-	12.178.782
2	25	-	1.000.000.000	99.990.000	-	12.948.705
3	26	-	1.000.000.000	99.990.000	-	13.798.620
4	27	-	1.000.000.000	99.990.000	-	14.888.511
5	28	-	1.000.000.000	99.990.000	-	16.018.398
6	29	-	1.000.000.000	99.990.000	-	17.208.279
7	30	-	1.000.000.000	99.990.000	-	18.458.154
8	31	-	1.000.000.000	99.990.000	-	19.758.024
9	32	-	1.000.000.000	99.990.000	-	21.117.888
10	33	-	1.000.000.000	99.990.000	-	22.537.746
15	38	-	1.000.000.000	99.990.000	-	30.386.961
20	43	-	1.000.000.000	99.990.000	-	38.906.109
25	48	-	1.000.000.000	99.990.000	-	49.025.097
30	53	-	1.000.000.000	99.990.000	-	67.993.200
32	55	-	1.000.000.000	99.990.000	-	77.892.210
35	58	-	1.000.000.000	99.990.000	-	96.360.363
37	60	-	1.000.000.000	99.990.000	-	111.778.821
40	63	-	1.000.000.000	99.990.000	-	141.425.856
42	65	-	1.000.000.000	99.990.000	-	152.814.717
43	66	-	1.000.000.000	99.990.000	-	158.394.159
45	68	-	1.000.000.000	99.990.000	-	167.983.200
47	70	-	1.000.000.000	99.990.000	-	173.922.606
50	73	-	1.000.000.000	99.990.000	-	172.722.726
52	75	-	1.000.000.000	99.990.000	-	163.063.692
55	78	-	1.000.000.000	99.990.000	-	127.167.282
57	80	-	1.000.000.000	99.990.000	99.990.000	-

1) *Premi yang dimaksud adalah premi standar dan tidak termasuk extra premi (jika ada).*
2) *Maksimal klaim Penyakit Kritis sebanyak 4 (empat) kali dengan syarat dan ketentuan sebagai disebutkan pada Ringkasan Manfaat.*

Catatan:
Simulasi pada Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini hanya merupakan gambaran dan bisa berubah apabila ada perubahan Data Tertanggung termasuk perubahan Premi dan Uang Pertanggungan

INFORMASI TAMBAHAN

1. Perusahaan dapat melakukan perubahan berkenaan dengan Manfaat Asuransi, biaya, risiko, syarat dan ketentuan asuransi sebagaimana diatur dalam Polis. Sehubungan dengan perubahan tersebut, maka Perusahaan berkewajiban untuk memberikan pemberitahuan secara tertulis kepada Pemegang Polis, dengan menggunakan cara yang diperkenankan oleh ketentuan hukum yang berlaku, selambat lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum tanggal efektif perubahan tersebut.
2. Pemegang Polis dapat melakukan pembatalan Polis dengan menyampaikan pemberitahuan secara tertulis kepada Perusahaan. Syarat dan ketentuan sesuai dengan yang berlaku pada Perusahaan.

DISCLAIMER (penting untuk dibaca)

1. Pemegang Polis telah membaca, menerima penjelasan, dan memahami produk asuransi kesehatan sesuai Ringkasan Informasi Produk dan Layanan.
2. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini bukan merupakan kontrak asuransi. Hak dan Kewajiban sebagai Pemegang Polis/Tertanggung dan ketentuan mengenai produk asuransi ini tercantum dalam ketentuan Polis.
3. Pemegang Polis wajib untuk tetap membaca, memahami, dan menandatangani pengajuan asuransi dan Polis.
4. Informasi yang tercakup dalam Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini berlaku sejak tanggal cetak dokumen sampai dengan adanya pengubahan pada Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.
5. Perusahaan dapat menolak pengajuan asuransi dari Pemegang Polis apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
6. Pemegang Polis harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini sebelum menyetujui pembelian produk dan berhak bertanya kepada pegawai Perusahaan atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.
7. Pemegang Polis memahami bahwa terdapat syarat dan ketentuan yang berlaku terkait dengan produk asuransi GREAT Critical Extra. Informasi terkait syarat dan ketentuan yang berlaku dapat di akses pada nomor kontak dan email sebagai mana yang terdapat pada bagian Layanan Nasabah.
8. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini berlaku selama tidak ada perubahan pada peraturan yang berlaku di Perusahaan. Ilustrasi pada bagian Simulasi hanya merupakan gambaran dan bisa berubah apabila ada perubahan Data Tertanggung termasuk perubahan Premi dan Uang Pertanggungan.
9. GREAT Critical Extra adalah produk asuransi kesehatan milik PT Great Eastern Life Indonesia ("Great Eastern Life Indonesia"). Great Eastern Life Indonesia bertanggung jawab sepenuhnya atas produk GREAT Critical Extra dan isi Polis asuransi yang diterbitkan untuk produk GREAT Critical Extra tersebut. Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya akuisisi, administrasi, pengelolaan dana, komisi bank dan komisi tenaga pemasar (jika ada). Informasi pada dokumen ini harus dibaca dan tunduk kepada ketentuan-ketentuan Polis dan ketentuan-ketentuan lainnya yang terkait dengan produk GREAT Critical Extra yang berlaku pada saat ini maupun perubahannya di kemudian hari.

Catatan: Informasi lengkap terkait daftar Penyakit Kritis dan definisinya dapat dilihat pada Tabel Penyakit Kritis yang dapat ditemukan di Website PT Great Eastern Life Indonesia

PT Great Eastern Life Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan