RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN VERSI UMUM

GREAT Health Guard

Great Eastern
A member of the OCBC Group

TENTANG PRODUK

- Nama Penerbit : PT Great Eastern Life Indonesia
- Nama Produk : Great Health Guard
- Mata Uang : Rupiah
- Jenis Produk : Asuransi Kesehatan
- Deskripsi Produk : Great Health Guard adalah produk asuransi kesehatan kumpulan yang dikeluarkan oleh PT Great Eastern Life Indonesia. Produk ini memberikan manfaat kesehatan yang ditujukan untuk perusahaan yang mengikutsertakan karyawannya minimal 10 (sepuluh) orang .

DEFINISI

Pemegang Polis
Pihak yang menjadi pemegang polis dalam produk asuransi kesehatan kumpulan dan mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung.

Peserta
Orang yang diikutsertakan dalam kepesertaan asuransi kesehatan kumpulan dari kemungkinan risiko yang timbul atas dirinya sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Polis.

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

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

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

FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN

Metode Perhitungan Usia	**Metode Ulang Tahun Terakhir**
Ketentuan Usia Masuk	**Karyawan dan Pasangan: 18 tahun – 65 tahun Anak: 15 hari – 23 tahun Manfaat Persalinan : maksimum 45 tahun**
Masa Pertanggungan	**1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang sampai dengan Peserta berusia 70 tahun**
Masa Pembayaran Premi	**Premi dibayarkan sesuai dengan masa pertanggungan**
Cara Pembayaran Premi	**Transfer ke Perusahaan Asuransi**
Premi	**Sesuai dengan usia, jenis kelamin dan pilihan manfaat asuransi**
Jumlah Peserta	**Perusahaan dengan jumlah karyawan minimal 10 peserta**
Uang Pertanggungan	**Sesuai perhitungan dari Penanggung**
Seleksi Risiko	**Sesuai Seleksi Risiko Kumpulan**

MANFAAT ASURANSI

1. Dalam hal Peserta mengalami Rawat Inap dan/atau Pembedahan yang Perlu Secara Medis, wajar dan lazim, Penanggung akan memberikan Manfaat Rawat Inap dan/atau Pembedahan sesuai dengan batasan manfaat setinggi-tingginya dan tidak melebihi batasan manfaat berdasarkan Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan pada polis.

2. Manfaat Rawat Inap
   Manfaat Rawat Inap yang diberikan oleh Penanggung kepada Peserta adalah sebagai berikut:
   2.1. Kamar dan Perawatan (*Room and Board*)
      a. Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya untuk akomodasi kamar dan menginap, termasuk makan, pelayanan perawatan umum dan pemeliharaan kamar untuk setiap hari rawat inap dan Peserta terdaftar sebagai pasien rawat inap; dan
      b. Batas manfaat Kamar dan Perawatan ini adalah sebagaimana yang tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis.
   2.2. Unit Perawatan Intensif atau ICU (Intensive Care Unit)
      a. Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya untuk akomodasi kamar dan menginap di suatu Unit Perawatan Intensif, termasuk kamar isolasi, perinatology room, NICU, intermediate/recovery room, ICCU, dan Peserta terdaftar sebagai pasien rawat inap;
      b. Batas manfaat Unit Perawatan Intensif atau ICU ini adalah sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis;
      c. Harus merupakan perawatan yang Perlu Secara Medis dan dinyatakan secara tertulis oleh Dokter atau Dokter Bedah yang bertugas; dan
      d. Penggunaan Unit Perawatan Intensif akan mengurangi batasan manfaat Kamar dan Perawatan (*Room and Board*).
   2.3. Kunjungan Dokter di Rumah Sakit
      Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya yang dikenakan oleh seorang Dokter di dalam Kamar atau Unit Perawatan Intensif selama Peserta dirawat inap di Rumah Sakit dengan batas manfaat sebagaimana yang tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis.
   2.4. Konsultasi Dokter Spesialis di Rumah Sakit
      Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya konsultasi yang dibebankan oleh Dokter spesialis sehubungan dengan Penyakit atau Cedera yang memerlukan perawatan di Rumah Sakit jika konsultasi semacam itu telah direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter yang merawat dengan batas manfaat sebagaimana yang tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis.
   2.5. Aneka Perawatan
      Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis yang terjadi selama Peserta dirawat inap di Rumah Sakit yang mencakup obat-obatan sesuai dengan resep, perban, gips, penyewaan peralatan medis, oksigen, infus intravena, darah, plasma darah, sinar-X, EKG dan pemeriksaan laboratorium, peralatan medis, biaya administrasi, dan biaya lainnya yang Perlu Secara Medis.

3. Manfaat Biaya Pembedahan
   Manfaat Biaya Pembedahan yang diberikan oleh Penanggung kepada Peserta adalah sebagai berikut:
   3.1. Biaya Dokter Bedah
      Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya yang Perlu Secara Medis, yang dibebankan oleh Rumah Sakit sehubungan dengan pembedahan yang dilakukan. Termasuk dalam pengertian Pembedahan ini adalah Bedah Tanpa Rawat Inap/One Day Surgery.
      Penjaminan dan/atau penggantian biaya disesuaikan dengan jenis pembedahan yang tercantum dalam Tabel Pembedahan dengan memperhatikan maksimum biaya yang tertera dalam Tabel Manfaat pada polis, dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut:
      a. Apabila tindakan pembedahan, yang dilakukan tidak tercantum dalam Tabel Pembedahan, Penanggung akan mengganti biaya yang setara dengan biaya yang diganti untuk pembedahan yang memiliki tingkat keparahan yang sebanding.

MANFAAT ASURANSI

b. Apabila terdapat lebih dari 1 (satu) tindakan bedah dilakukan melalui 1 (satu) sayatan, maka manfaat asuransi akan diperhitungkan berdasarkan 1 (satu) kali biaya Pembedahan yang terbesar dari tindakan bedah tersebut, dengan nilai setinggi-tingginya sesuai dengan yang tercantum dalam Tabel Pembedahan.

c. Apabila terdapat lebih dari 1 (satu) tindakan bedah yang dilakukan melalui lebih dari 1 (satu) sayatan, penggantian biaya yang dibayar adalah sebesar salah satu tindakan pembedahan yang biayanya terbesar dengan tetap memperhatikan maksimum biaya yang tertera dalam Tabel Manfaat pada polis.

3.2. Biaya Anestesi

Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya anestesi sesuai dengan jenis pembedahan dengan memperhatikan maksimum biaya yang tertera dalam Tabel Manfaat pada polis. Penggantian biaya anestesi ini dilakukan hanya apabila Penanggung mengganti Biaya Pembedahan.

3.3. Biaya Kamar Bedah

Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya kamar bedah sesuai dengan jenis pembedahan dengan memperhatikan maksimum biaya yang tertera dalam Tabel Manfaat pada polis. Penggantian biaya kamar bedah ini dilakukan hanya apabila Penanggung mengganti Biaya Pembedahan.

3.4. Rawat Jalan Darurat karena Kecelakaan (*Emergency Accident Out Patient*)

Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis yang terjadi sebagai akibat dari Cedera karena Kecelakaan untuk perawatan sebagai pasien berobat jalan pada Klinik ataupun Rumah Sakit manapun yang terdaftar dalam jangka waktu 48 jam setelah Kecelakaan yang menyebabkan Cedera tersebut dan perawatan lanjutan yang dilakukan selambat lambatnya 14 (empat belas) hari kalender setelah Kecelakaan. Manfaat asuransi ini meliputi biaya Dokter, Obat-obatan, pemeriksaan penunjang diagnostik, dan biaya tindakan perawatan yang berhubungan dengan Kecelakaan tersebut. Batas manfaat Rawat Jalan karena Kecelakaan ini adalah sebagaimana yang tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis.

3.5. Rawat Gigi Darurat karena Kecelakaan (*Emergency Accident Dental*)

Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya perawatan yang Perlu Secara Medis sebagai akibat dari Cedera karena Kecelakaan yang terjadi pada gigi alamiah yang benar-benar sehat. Manfaat asuransi ini hanya berlaku jika perawatan dilakukan 48 jam setelah Kecelakaan yang menyebabkan Cedera dan perawatan lanjutan yang dilakukan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kalender setelah Kecelakaan dan dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik gigi yang terdaftar secara resmi. Manfaat asuransi ini meliputi biaya Dokter atau dokter gigi, obat-obatan, pemeriksaan penunjang diagnostik, dan biaya tindakan perawatan yang berhubungan dengan Kecelakaan tersebut. Batas manfaat asuransi ini adalah sebagaimana yang tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis.

3.6. Manfaat Rawat Jalan Darurat akibat Kasus Emergency

Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis yang terjadi sebagai akibat dari suatu ketidakmampuan secara fisik yang datangnya secara tiba-tiba dan dianggap Emergency/Darurat dimana jika tidak diberikan pertolongan secara cepat akan membahayakan jiwa, sebagai pasien berobat jalan pada klinik ataupun Rumah Sakit manapun yang terdaftar dalam jangka waktu 24 jam setelah Kasus Emergency/Darurat itu, mendapatkan perawatan terus menerus selama sekurang-kurangnya 6 (enam) jam dan perawatan lanjutan yang dilakukan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kalender setelah Kasus Emergency/Darurat terjadi. Meliputi biaya dokter, obat-obatan, pemeriksaan penunjang diagnostik, dan biaya tindakan perawatan yang berhubungan dengan Kasus Emergency/Darurat tersebut. Yang termasuk kategori Emergency/Darurat adalah kasus-kasus berikut:

MANFAAT ASURANSI

a. Muntaber disertai dehidrasi derajat III;
b. Kejang disertai panas tinggi (> = 40 derajat celcius);
c. Luka bakar luas;
d. Status Asthamaticus / serangan Ashma Berat;
e. Serangan jantung;
f. Stroke;
g. Status Asthamaticus;
h. Tidak sadarkan diri/koma;
i. Keracunan Makanan;
j. Reaksi Alergi disertai sesak nafas;
k. Pendarahan berat (bukan disebabkan oleh kehamilan atau kelahiran).

Batas Manfaat Rawat Jalan Darurat akibat Kasus Emergency adalah sebagaimana yang tercantum dalam Tabel Manfaat pada Polis.

3.7. Perawat Pribadi
Penanggung akan mengganti biaya yang Perlu Secara Medis untuk jasa keperawatan yang diberikan oleh seorang Perawat, khusus untuk Peserta selama dirawat di Rumah Sakit dan/atau di rumah dengan syarat hanya dilakukan berdasarkan rekomendasi dari Dokter yang merawat, dalam keadaan ketergantungan dan di ICU. Manfaat ini berlaku untuk jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender untuk tiap tahun Polis.

3.8. Ambulans
Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya yang dikenakan oleh Rumah Sakit atau organisasi yang memberikan jasa ambulans untuk mengangkut seorang Peserta ke atau dari Rumah Sakit pada saat diperlukan dengan kendaraan yang terdaftar sebagai sebuah ambulans dengan syarat:
a. berdasarkan rujukan dari Rumah Sakit yang merawat dan Perlu Secara Medis;
b. apabila pelayanan medis profesional diperlukan secara terus-menerus selama dalam perjalanan;
c. penggunaan Ambulans untuk tujuan rawat inap dan tidak termasuk pemulangan jenazah.

Batas maksimum manfaat ini adalah sebagaimana yang tercantum dalam Tabel Manfaat pada Polis.

3.9. Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap
Penanggung akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya yang terjadi di Rumah Sakit, seperti jasa konsultasi Dokter umum, Dokter spesialis, biaya pemeriksaan laboratorium, yang terjadi dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sebelum dan 90 (sembilan puluh) hari pasca Rawat Inap di Rumah Sakit.

3.10. Santunan Ketidakmampuan Tetap Total
Penanggung akan memberikan Santunan Ketidakmampuan Tetap Total yang disebabkan karena Kecelakaan atau Penyakit selama mendapatkan perawatan di Rumah Sakit dan selama penyebab Ketidakmampuan Tetap Total tersebut tidak termasuk dalam Pengecualian sebagaimana diatur dalam Polis. Santunan Ketidakmampuan Tetap Total ini hanya berlaku bagi Peserta yang merupakan karyawan Pemegang Polis dan terdaftar di Penanggung serta masih Aktif Bekerja.

MANFAAT ASURANSI

3.11. Santunan Kematian di Rumah Sakit
Penanggung akan memberikan Santunan Kematian dalam hal Peserta meninggal dunia karena Kecelakaan atau Penyakit selama mendapatkan perawatan di Rumah Sakit dan selama penyebab kematian tersebut tidak termasuk dalam Pengecualian sebagaimana diatur dalam Polis. Santunan Kematian ini hanya berlaku bagi Peserta yang merupakan karyawan Pemegang Polis dan terdaftar di Penanggung serta masih Aktif Bekerja.

3.12. Santunan Kematian Akibat Kecelakaan
Penanggung akan memberikan Santunan Kematian dalam hal Peserta meninggal dunia karena Kecelakaan selama mendapatkan perawatan di Rumah Sakit dan selama penyebab kematian tersebut tidak termasuk dalam Pengecualian sebagaimana diatur dalam Polis. Santunan Kematian Akibat Kecelakaan ini hanya berlaku bagi Peserta yang merupakan karyawan Pemegang Polis yang terdaftar di Penanggung serta masih Aktif Bekerja.

3.13. Dalam hal Peserta menjalani Rawat Inap dan/atau Pembedahan di suatu negara di luar wilayah Negara Republik Indonesia akibat Kecelakaan di luar wilayah Republik Indonesia dalam sebuah perjalanan selama maksimum 7 (tujuh) hari, maka Penanggung akan menaikkan batas Manfaat Asuransi menjadi 120% (seratus dua puluh persen) dari batas Manfaat Asuransi yang menjadi haknya. Kenaikan tersebut tidak berlaku untuk besarnya Manfaat Santunan Ketidakmampuan Tetap Total, Santunan Kematian, dan Santunan Kematian Akibat Kecelakaan.

3.14. Koordinasi Manfaat dapat dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
a. jumlah Manfaat Asuransi seluruhnya yang diterima oleh Peserta dari Penanggung dan pihak lain, maksimum 100% (seratus persen) dari biaya yang dikeluarkan.
b. seluruh biaya yang dibayarkan Penanggung tidak melebihi batas maksimum Manfaat Asuransi sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis yang berlaku untuk masing-masing manfaat pertanggungan.

3.15. Manfaat Lanjutan
a. Dalam hal Polis menjadi berakhir yang disebabkan karena berakhirnya Masa Asuransi atas pertanggungan ini, maka dalam hal Peserta masih menjalani perawatan inap di Rumah Sakit/Klinik, maka atas pertimbangan Penanggung, Penanggung dapat membayar Manfaat Asuransi, mana yang terjadi terlebih dahulu:
   i. Peserta keluar dari Rumah Sakit dengan maksimum 30 (tiga puluh) hari sejak berakhirnya Masa Asuransi, atau
   ii. Sebesar batas maksimum Manfaat Asuransi.
b. Kecuali dinyatakan dan diperjanjikan lain, Penanggung tidak akan membayarkan Manfaat Lanjutan dalam hal Pemegang Polis menyebabkan Polis berakhir karena penebusan Polis atau karena batalnya Polis.

3.16. Penanggung akan membayar Manfaat Asuransi sebagaimana ditentukan dalam Polis sepanjang Polis masih berlaku dengan mempertimbangkan biaya yang wajar dan lazim serta dapat dibuktikan dengan pembayaran yang sah.

MANFAAT ASURANSI

3.17. Penunjukan Pihak Ketiga

i. Dalam mengelola Manfaat Asuransi, Penanggung berhak menunjuk pihak ketiga untuk memberikan Pelayanan Kesehatan dan/atau penyediaan jasa lainnya atas Manfaat Asuransi.

ii. Kecuali dipersyaratkan dan diperjanjikan lain, maka fasilitas Jaringan Layanan Kesehatan Rekanan hanya dapat diberikan kepada Peserta sesuai dengan Manfaat Asuransi yang telah diperjanjikan antara Penanggung dan Pemegang Polis.

iii. Penanggung dibebaskan dari segala kerugian, tuntutan, gugatan, klaim, tanggung jawab atas segala kualitas dan hasil tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan atau Rumah Sakit atau Klinik atau Apotek kepada Peserta.

3.18. Pemegang Polis dan/atau Peserta dapat menggunakan mekanisme Cashless atau *Reimbursement* dalam memperoleh Manfaat Asuransi sebagaimana diatur dalam Polis.

3.19. Atas pertimbangan sendiri, Penanggung berhak untuk memberlakukan pembatasan Manfaat Asuransi bagi Peserta yang berupa Deductible dan Co-insurance atau berdasarkan permohonan Pemegang Polis yang diajukan secara tertulis.

RISIKO-RISIKO

❖ **Risiko Likuiditas**
Risiko yang berkaitan dengan kemampuan Penanggung untuk membayar kewajiban terhadap nasabah. Penanggung 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 ditetapkan Penangung sudah termasuk biaya administrasi, biaya asuransi, komisi bank dan komisi tenaga pemasar.

PENGECUALIAN

I. Penanggung memberlakukan pengecualian berikut dan tidak akan membayar Manfaat Asuransi dalam hal Peserta meninggal dunia selama mendapatkan perawatan di Rumah Sakit, baik untuk penggantian biaya Pelayanan Kesehatan maupun Santunan Kematian yang disebabkan karena Penyakit atau Kecelakaan yang disebabkan oleh:

a. Tindakan bunuh diri, percobaan bunuh diri atau pencideraan diri Peserta baik yang dilakukan dalam keadaan sadar/waras atau tidak sadar dan/atau tidak waras, jika tindakan/peristiwa tersebut terjadi dalam kurun waktu 1 (satu) tahun sejak tanggal efektif Kepesertaan;

b. Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan atau pelanggaran hukum atau percobaan pelanggaran hukum oleh pihak yang berkepentingan atas Polis (termasuk Peserta) atau perlawanan yang dilakukan oleh Peserta pada saat terjadinya penahanan atas diri seseorang (termasuk Peserta) yang dijalankan oleh pihak yang berwenang; atau

PENGECUALIAN

c. *Adanya Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) di dalam tubuh, AIDS Related Complex atau terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) atau penyakit lainnya yang disebabkan oleh komplikasi dari AIDS atau HIV dan Penyakit Menular Seksual lainnya.*

II. *Penanggung memberlakukan pengecualian berikut dan tidak akan membayar biaya Pelayanan Kesehatan yang timbul dalam hal penggunaan alat atau Peserta mengalami Penyakit atau Kecelakaan atau Cedera yang disebabkan oleh:*

a. *Semua alat penunjang atau alat buatan atau bahan sintesis, baik yang diluar atau melekat pada tubuh, termasuk namun tidak berbatas pada kursi roda, kruk, anggota tubuh palsu, alat bantu dengar, alat bantu penglihatan, mesin dialisa, kecuali:*
   i. *Yang ditanamkan di dalam tubuh pada saat pembedahan di kamar operasi seperti alat pacu jantung, stent, pen, plate, screw dan K-wire, lensa intra ocular, dan sejenisnya*
   ii. *Pemasangan alat bantu dengar akibat Kecelakaan yang dapat dibuktikan dengan surat keterangan Dokter.*
b. *Perawatan dan pengobatan eksperimental, tradisional atau alternatif yang di luar kedokteran barat yang tidak terbatas pada akupuntur, sinshe, dukun patah tulang, paranormal, chiropractic, naturopath, holistic, dan sejenisnya.*
c. *Pemeriksaan kesehatan berkala, pemeriksaan kesehatan atau tes-tes diagnostik yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnose dari satu ketidakmampuan yang ditanggung dalam Polis atau setiap pengobatan yang tidak ada hubungannya secara medis serta setiap pengobatan dan perawatan preventif dan yang bertujuan untuk penurunan berat badan.*
d. *Pelayanan Kesehatan yang tidak ada hubungannya dengan diagnose atau perlu Secara Medis tidak diperlukan atau secara medis tidak lazim atau tidak sesuai dengan standard perangkat medis yang baik, seperti (telepon, surat kabar, radio) dan seluruh biaya yang termasuk non-medis, kecuali biaya administrasi.*
e. *Vitamin dari zat makanan pelengkap (food supplement) tanpa rekomendasi Dokter dan tanpa Perlu Secara Medis.*
f. *Penyakit jiwa atau gangguan kejiwaan atau gangguan syaraf, termasuk psikosis, neurosis, stress, depresi, psikogeriatrik dan manifestasi fisiologi atau psikosomatisnya, perawatan penyalahgunaan obat, kecanduan obat atau alkohol.*
g. *Semua perawatan atau pengobatan yang berhubungan dengan infertilitas, termasuk inseminasi buatan, bayi tabung, dan pengembalian kesuburan impotensi, sterilisasi, vasektomi, semua terapi hormonal yang berkaitan dengan syndrome premenapouse dan terapi untuk memperoleh keturunan. Termasuk semua alat kontrasepsi, pemeriksaan kesuburan dan perawatan yang berkaitan dengan kemandulan.*
h. *Perawatan atau pengobatan yang berkaitan dengan kosmetik, termasuk bedah plastik, kecuali untuk bedah plastik rekonstruksi fungsional akibat Kecelakaan yang dilakukan maksimum 30 (tiga puluh) hari kalender setelah kecelakaan.*
i. *Perawatan atau pengobatan yang berkaitan dengan Hernia untuk anak di bawah usia 10 (sepuluh) tahun dan kelainan bawaan yang sudah maupun tidak diketahui sebelumnya termasuk kelainan fisik sejak lahir yang timbul dalam 6 (enam) bulan pertama.*
j. *Perawatan dan pengobatan untuk Gangguan Tumbuh Kembang, termasuk namun tidak terbatas pada Failure to Thrive (FIT), gangguan makan, gangguan bicara, hiperaktifitas, gangguan pemusatan perhatian (Autisme), disleksia, retardasi mental, disebabkan oleh Penyakit yang dibuktikan dengan surat keterangan Dokter.*
k. *Sunat (sirkumsisi) yang tidak berhubungan dengan suatu Penyakit atau Kecelakaan, kecuali akibat Kecelakaan yang dapat dibuktikan dengan surat keterangan dokter.*
l. *Perawatan pengobatan yang berkaitan dengan refraksi mata tanpa menggunakan teknologi laser ataupun teknologi sejenis, kecuali jika Pemegang Polis mengambil manfaat pertanggungan Asuransi Tambahan Rawat Jalan dan akibat Kecelakaan yang dapat dibuktikan dengan surat keterangan Dokter.*

PENGECUALIAN

m. *Tindakan perawatan atau pengobatan, gangguan refraksi mata dengan menggunakan teknologi laser (yang dikenal dengan LASIK) ataupun teknologi sejenis.*
n. *Vaksinasi atau imunisasi.*
o. *Perawatan atau pengobatan akibat terlibat aktif dalam perang, sedang bertugas sebagai anggota angkatan bersenjata atau kepolisian sedang melakukan tugas militer, pemulihan keamanan dan ketertiban umum, aksi terorisme, kerusuhan, huru-hara, pemberontakan, pengambilalihan kekuasaan, perkelahian atau perbuatan kejahatan, luka yang disengaja serta percobaan bunuh diri, aksi pembuatan pengadaan penyebaran senjata dan perbuatan melanggar hukum lainnya.*
p. *Perawatan atau pengobatan karena keikutsertaan dalam aktivitas atau olah raga berbahaya yaitu mendaki gunung, panjat tebing, panjat gedung, bunge jumping, arung jeram, olah raga berkuda, tinju dan segala jenis olah raga kontak fisik, segala aktifitas terbang di udara termasuk terjun payung, terbang layang, sky diving, ultralie, parachute sailing, segala aktivitas menyelam yang menggunakan alat bantu pernafasan, termasuk diving dan snorkelling, segala aktivitas lomba ketangkasan dan kecepatan dengan kendaraan bermesin, termasuk balap motor, balap mobil, balap perahu, dan lain-lain selama tidak dilakukan secara professional.*
q. *Perawatan atau pengobatan yang diakibatkan karena Peserta melakukan penerbangan dengan menggunakan pesawat carter, militer, polisi atau helikopter.*
r. *Rawat Jalan bukan karena Kecelakaan, kecuali Polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Rawat Jalan yang diatur dalam ketentuan tersendiri.*
s. *Perawatan dan pengobatan gigi, termasuk bedah mulut dan komplikasinya termasuk semua Penyakit yang disebabkan oleh gigi, kecuali pengobatan darurat terhadap gigi asli yang rusak karena Kecelakaan sesuai dengan manfaat pertanggungan dan kecuali jika Pemegang Polis mengambil manfaat pertanggungan Asuransi Tambahan Rawat Jalan dan Rawat Gigi yang akan diatur dalam ketentuan tersendiri.*
t. *Perawatan selama masa kehamilan, persalinan dan keguguran, kecuali Pemegang Polis mengambil manfaat pertanggungan Asuransi Tambahan Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang akan diatur dalam ketentuan tersendiri.*
u. *Perawatan, baik langsung maupun tidak langsung, yang diakibatkan karena pemakaian alkohol, narkotik, obat bius, zat terlarang, racun, gas, radiasi nuklir, dan sejenisnya yang dilakukan secara sengaja, kecuali hal itu diakibatkan oleh pekerjaan Tertanggung/Peserta.*
v. *Yang dilakukan terhadap Peserta oleh Pemegang Polis, atau anggota keluarga dari Peserta atau Pemegang Polis, atau pengobatan terhadap diri sendiri oleh Peserta, termasuk penerbitan resep obat.*
w. *Penyakit menular yang memerlukan isolasi atau karantina berdasarkan ketentuan hukum dan perundang-undangan.*
x. *Perawatan optimal alamiah termasuk tetapi tidak terbatas pada anorexia, gangguan pencernaan atau dyspepsia, sembelit (konstipasi), jerawat.*
y. *Semua biaya yang timbul sebagai akibat dari donor organ tubuh dan/atau darah oleh Peserta. Namun, jika Peserta adalah penerima organ tubuh dan atau darah yang didonorkan, maka biaya tersebut termasuk dalam Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan sesuai dengan batas maksimal yang menjadi hak Peserta tersebut, tetapi tidak termasuk biaya untuk mendapatkan organ-organ tubuh dan/atau biaya pra-pemeriksaan.*

III. *Pengecualian sebagaimana diatur dalam poin II di atas berlaku juga untuk Manfaat Asuransi terkait dengan Rawat Jalan.*

TATA CARA PENGAJUAN KLAIM

I. Pemegang Polis atau Peserta atau Penerima Manfaat berkewajiban untuk memberitahukan kepada Penanggung jika terjadi suatu risiko (klaim) berdasarkan ketentuan Polis dengan mengisi formulir klaim yang telah ditentukan oleh Penanggung dan melengkapi persyaratan dokumen klaim serta menyerahkannya kepada Penanggung.

II. Penanggung menetapkan dokumen pendukung untuk klaim meninggal dunia sebagai berikut:

Manfaat Santunan Kematian

a. surat pengantar pengajuan Santunan Kematian dari Pemegang Polis;
b. Formulir Klaim Meninggal Dunia yang dikeluarkan oleh Penanggung, dan yang telah diisi lengkap dan benar oleh Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat dan yang telah diisi lengkap dan benar serta telah ditandatangani oleh pihak yang berwenang di Rumah Sakit dan dibubuhi cap Rumah Sakit, termasuk surat keterangan Dokter mengenai penyebab meninggal dunia;
c. surat keterangan kematian dari instansi yang berwenang atau akte kematian. Jika Peserta meninggal di luar negeri, maka instansi yang berwenang, serendah-rendahnya adalah Konsulat Jenderal Republik Indonesia;
d. surat keterangan pemakaman atau kremasi dari instansi yang berwenang atau dokumen lain yang dipersamakan dengan keterangan dimaksud;
e. bukti diri dari Peserta;
f. surat keterangan dari kepolisian apabila Peserta meninggal dunia disebabkan karena Kecelakaan atau korban tindakan kejahatan; dan
g. Dokumen penunjang lainnya yang ditetapkan oleh Penanggung (jika diperlukan).

Manfaat Santunan Ketidakmampuan Tetap Total

a. Surat pengantar pengajuan klaim dari Pemegang Polis;
b. Sertifikat asli atas nama Peserta;
c. Formulir Klaim Ketidakmampuan Tetap Total yang dikeluarkan oleh Penanggung, yang telah diisi dengan lengkap dan benar oleh Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat;
d. Surat keterangan Ketidakmampuan Tetap Total dari Dokter atau dokter yang merawat. Pernyataan bahwa Peserta mengalami Ketidakmampuan Tetap Total harus diberikan oleh Dokter yang memiliki ijin resmi dan harus didukung oleh bukti-bukti klinis, radiologi, histologi dan laboratorium yang dapat diterima oleh Penanggung. Biaya pengadaan semua bukti-bukti medis tersebut ditanggung oleh Pemegang Polis dan/atau Peserta;
e. Dokumen pendukung medis lainnya (hasil lab, CT scan, MRI, rontgen, dan lain-lain);
f. Surat Keterangan Kejadian Kecelakaan dari kepolisian (bila Ketidakmampuan Tetap Total disebabkan Kecelakaan);
g. Bukti identitas diri, berupa Kartu Tanda Penduduk, Kartu Keluarga, Surat Ijin Mengemudi, paspor atau keterangan lain yang diterbitkan oleh pihak yang berwenang; dan
h. Surat Kuasa Pemberian Informasi Rekam Medis.

Apabila Peserta meninggal dunia setelah Peserta mengalami Ketidakmampuan Tetap Total namun sebelum disetujuinya klaim Ketidakmampuan Tetap Total, maka pengajuan klaim Ketidakmampuan Tetap Total menjadi tidak berlaku dan Penanggung akan memberlakukan klaim tersebut sebagai Santunan Meninggal Dunia.

III. Pengakuan Klaim dengan Koordinasi Manfaat

Pengajuan klaim Koordinasi Manfaat ditentukan sebagai berikut:

a. dokumen yang dibutuhkan untuk keperluan Koordinasi Manfaat pertanggungan dari perusahaan asuransi lain adalah:
   i. keterangan pembayaran asli dari perusahaan asuransi lain tersebut;
   ii. seluruh salinan dokumen klaim lengkap yang telah dilegalisir oleh perusahaan asuransi lain tersebut;

TATA CARA PENGAJUAN KLAIM

b. Pemegang Polis atau Peserta berkewajiban untuk menyerahkan dokumen sebagaimana disyaratkan dalam huruf a di atas selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak klaim dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain.

IV. Penanggung berhak untuk meminta dokumen pendukung lain yang ditentukan oleh Penanggung jika dipandang perlu sehubungan dengan pembayaran Manfaat Asuransi tersebut di atas. Dokumen tersebut dapat diserahkan kepada Penanggung melalui media elektronik tanpa menyertakan *hardcopy* (berbentuk Salinan elektronik).

V. Penanggung 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 Penanggung serta memberikan keterangan kepada Penanggung apabila diperlukan.

VI. Pelayanan Kesehatan Di Luar Negeri
Untuk Pelayanan Kesehatan atas Peserta yang dilakukan di luar negeri, Penanggung memberlakukan syarat dan ketentuan sebagai berikut:
a. Penanggung akan mengganti biaya atas Pelayanan Kesehatan yang Perlu Secara Medis yang terjadi selama di luar negeri yang disebabkan secara langsung oleh Kecelakaan atau Penyakit yang terjadi dalam satu perjalanan ke luar negeri yang sama setinggi-tingginya dan tidak melebihi batasan manfaat sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis;
b. Dalam hal Peserta memilih untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan di luar negeri, maka:
   i. Jika Pelayanan Kesehatan tersebut tersedia di Republik Indonesia, maka Penanggung akan mengganti biaya Pelayanan Kesehatan yang Perlu Secara Medis tidak termasuk biaya perjalanan setinggi-tingginya sebesar biaya Pelayanan Kesehatan yang sama atau sebanding atau serupa apabila diberikan oleh penyedia Pelayanan Kesehatan di Republik Indonesia, dengan memperhatikan batasan manfaat sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis;
   ii. Jika Pelayanan Kesehatan tidak tersedia di Indonesia, maka Penanggung akan mengganti biaya Pelayanan Kesehatan yang Perlu Secara Medis, tidak termasuk biaya perjalanan setinggi-tingginya dan tidak melebihi batasan manfaat sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis.

VII. 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.

VIII. Jangka waktu pengajuan klaim untuk masing-masing Manfaat Asuransi adalah 30 (tiga puluh) dari kalender sejak terjadinya risiko dipertanggungkan atau selesai dilakukannya Pelayanan Kesehatan, mana yang lebih akhir.

IX. Jika Peserta mengajukan lebih dari 1 (satu) klaim Ketidakmampuan Tetap Total pada Penanggung, maka Manfaat Ketidakmampuan Tetap Total yang akan dibayarkan menggunakan metode *First In First Out (FIFO)*. Metode FIFO ini berdasarkan Tanggal Mulai Asuransi dan diterapkan pula untuk menentukan maksimal Uang Pertanggungan Ketidakmampuan Tetap Total yang dapat dibayarkan.

X. Dokumen-dokumen sebagaimana tercantum di atas harus dibuat dalam atau diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris. Apabila dilakukan penerjemahan ke dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris maka penerjemahan tersebut harus dilakukan oleh penerjemah di bawah sumpah.

TATA CARA PENGAJUAN KLAIM

XI. Pemegang Polis dan/atau Peserta dapat mengajukan klaim penggatian biaya (*Reimbursement*) sesuai dengan ketentuan sebagai berikut:
   a. Pelayanan Kesehatan dilakukan tanpa menunjukan Kartu Peserta pada Jaringan Layanan Kesehatan Rekanan;
   b. Pelayanan Kesehatan dilakukan pada jaringan layanan kesehatan bukan rekanan;
   c. Pelayanan Kesehatan dilakukan di luar wilayah Republik Indonesia;
   d. Berdasarkan ketentuan yang ditetapkan Penanggung dari waktu ke waktu; atau
   e. Dalam hal terjadi gangguan pada system jasa Jaringan Layanan Kesehatan Rekanan pihak ketiga yang ditunjuk oleh Penanggung.

XII. Pemegang Polis dan/atau Peserta harus menyerahkan kepada Penanggung dokumen klaim *Reimbursement* secara lengkap sebagai berikut:
   a. bukti pembayaran atas Pelayanan Kesehatan berupa kuitansi asli beserta perincian biaya-biaya masing-masing tindakan;
   b. Formulir Klaim yang dikeluarkan oleh Penanggung atau dokumen lain yang ditentukan oleh Penanggung, Formulir klaim yang dimaksud wajib telah diisi secara lengkap dan benar yang ditandatangani oleh Peserta dan telah diisi dengan benar dan lengkap serta telah ditandatangani oleh Dokter yang memberikan Pelayanan Kesehatan (untuk semua manfaat pertanggungan tambahan) atau Resume Medis Rumah Sakit (untuk manfaat pertanggungan Rawat Inap dan Pembedahan) dengan cap dari Rumah Sakit;
   c. Surat Rujukan dari Dokter untuk perawatan dan pengobatan ke Dokter spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan fisioterapi (jika ada). Surat Rujukan hanya berlaku 1 (satu) kali; dan
   d. salinan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep Dokter yang berkaitan dengan perawatan (jika ada);
   e. Kronologis terjadinya Kecelakaan yang ditandatangani oleh Peserta dan Pemegang Polis, apabila klaim merupakan Manfaat Asuransi yang terkait dengan Kecelakaan; dan
   f. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan klaim tersebut di atas.

XIII. Jangka Waktu Pengajuan Klaim
   Pemegang Polis atau Peserta berkewajiban untuk mengajukan klaim *Reimbursement* selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak setelah tanggal selesai dilakukannya Pelayanan Kesehatan. Dalam hal Pemegang Polis atau Peserta mengajukan klaim *Reimbursement* melewati jangka waktu tersebut, klaim menjadi kadaluarsa dan Penanggung tidak berkewajiban untuk membayar Manfaat Asuransi.

TATA CARA PENGAJUAN KLAIM

XIV. Kelebihan Klaim *(Excess Claim)*

1. Dalam hal terjadi Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) yang timbul di kemudian hari oleh sebab apapun, maka Penanggung akan memberitahukan secara tertulis dan mengirimkan tagihan Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) kepada Pemegang Polis. Pemegang Polis atau Peserta secara tanggung renteng berkewajiban untuk melunasi seluruh Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal surat tagihan.
2. Peserta wajib membayar Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) di tempat pada saat Peserta selesai menjalani Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan Rekanan.
3. Dalam hal Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) yang dimaksud tidak dibayarkan oleh Pemegang Polis dan/atau Peserta dalam jangka waktu yang telah ditetapkan oleh Penanggung, maka Penanggung berhak untuk melakukan tindakan di bawah ini:
   a. Menahan atau memotong pembayaran klaim dari Peserta yang memiliki tagihan Kelebihan Klaim (*Claim Excess*);
   b. Menahan atau memotong pembayaran klaim dari semua Peserta Polis;
   c. Menghentikan sementara fasilitas Jaringan Layanan Kesehatan Rekanan untuk seluruh Peserta dari Pemegang Polis; atau
   d. Atas pertimbangan Penanggung, melakukan tindakan hukum yang diperlukan apabila Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) tidak diselesaikan oleh Pemegang Polis.
4. Berkenaan dengan pemberlakuan pertanggungan selama terjadi Kelebihan Klaim (*Claim Excess*), maka Penanggung berhak untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:
   a. Dalam hal Penanggung belum menerima pembayaran atas Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) sampai dengan hari kalender ke-7 (tujuh) sejak tanggal surat tagihan, maka:
      i. Penanggung akan mengirimkan surat peringatan kepada Pemegang Polis;
      ii. Penanggung akan membayarkan klaim atas manfaat pertanggungan yang telah disetujui oleh Penanggung bagi Peserta setelah Pemegang Polis dan/atau Peserta melunasi Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) yang tertunggak.
   b. Dalam hal Penanggung belum menerima pembayaran atas Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) sampai dengan hari kalender ke-21 (dua puluh satu) sejak tanggal surat tagihan, maka:
      i. Penanggung akan menghentikan sementara seluruh fasilitas Jaringan Layanan Kesehatan Rekanan. Dengan demikian, Peserta hanya dapat memanfaatkan Pelayanan Kesehatan dengan cara membayar sendiri terlebih dahulu di tempat;
      ii. Pemegang Polis dan Peserta dapat mengajukan klaim atas manfaat pertanggungan dengan memperhatikan ketentuan *Reimbursement;*
      iii. Penanggung akan membayarkan klaim atas manfaat pertanggungan yang telah disetujui oleh Penanggung bagi Peserta setelah Pemegang Polis atau Peserta melunasi Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) yang tertunggak.
5. Dalam hal Penanggung belum menerima pembayaran atas Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) sampai dengan hari kalender ke-60 (enam puluh) sejak tanggal surat tagihan, maka:
   a. Penanggung berhak untuk mengakhiri Polis;
   b. Pemegang Polis berkewajiban membayar seluruh Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) dan kewajiban-kewajiban lain (jika ada).
6. Apabila terjadi ketidaksesuaian pada tagihan Kelebihan Klaim (*Claim Excess*), maka Pemegang Polis dan/atau Peserta berkewajiban untuk membayar terlebih dahulu tagihan Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) tersebut sampai dengan kesepakatan atas ketidaksesuaian tersebut diselesaikan antara Penanggung dengan Pemegang Polis dan/atau Peserta.
7. Dalam hal Penanggung terbukti melakukan kesalahan perhitungan, maka Penanggung akan mengembalikan pembayaran Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) tersebut sejumlah kesalahan perhitungan tersebut.
8. Dalam hal hasil perhitungan tersebut mengakibatkan penambahan terhadap tagihan Kelebihan Klaim (*Claim Excess*), maka Pemegang Polis atau Peserta berkewajiban untuk membayar kekurangan Kelebihan Klaim (*Claim Excess*) tersebut.

PERSYARATAN

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

- Pemegang Polis dan/atau Peserta berkewajiban untuk memberikan dan menyediakan data dan informasi yang diperlukan secara benar dan lengkap kepada Penanggung dalam rangka penerbitan, pembaruan (*renewal*) atau pemulihan Polis (jika ada) dan/atau proses penyelesaian klaim.

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
Email	: wecare-id@greateasternlife.com

GreatEasternLifeID GreatEastern_ID GreatEasternid

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 akan ditindaklanjuti dan diselesaikan selambatnya 20 (dua puluh) hari kerja setelah tanggal penerimaan pengaduan dan dapat diperpanjang dengan kondisi tertentu.

SIMULASI

Calon Pemegang Polis	:	PT. XYZ
Jumlah Peserta	:	45 Peserta
Tanggal Berlaku Pertanggungan	:	20 Juli 2023 – 19 Juli 2024
Plan	:	GIP - 1600

Total Premi Per Tahun

Group Health Guard										
PLAN	Premi Per Peserta				Karyawan		Tanggungan			Grand Total
	Manfaat	Pria	Wanita	Anak	Pria	Wanita	Pria	Wanita	Anak	
GIP - 1600	GIP - 1600	4.071.500,00	4.294.200,00	3.204.600,00	15	7	3	8	12	628.916.500,00
	GOP - 250	3.348.100,00	3.501.800,00	3.086.300,00						
	GDT - 8000	2.388.900,00	2.923.700,00	1.812.100,00						
	GOT - 4000	2.921.800,00	2.921.800,00	2.921.800,00						
	GMT - 16500	-	6.285.100,00	-		5		5		
Grand Total					15	7	3	8	12	628.916.500,00

Tabel Manfaat Rawat Inap
Penggantian 100%
Inner Limit Standard

No.	BENEFITS	GIP - 1600
1	Kamar dan Perawatan per hari, maks 365 hari	1.600.000
2	Kamar ICU *per hari, maks 365 hari* *)	2.500.000
3	Kunjungan Dokter per hari, maks 365 hari	400.000
4	Biaya Konsultasi Dokter Ahli	500.000
5	Biaya Aneka Perawatan per ketidakmampuan	27.000.000
6	Biaya Pembedahan per ketidakmampuan **)	125.000.000
7	Perawatan Darurat Rawat Jalan dan Rawat Jalan akibat kecelakaan maks per kejadian	12.500.000
8	Biaya Perawat Pribadi per hari maks 365 hari	600.000
9	Biaya Ambulan, per kejadian	700.000
10	Penggantian Biaya 30 hari Sebelum dan 90 hari sesudah Rawat Inap (Konsultasi Dokter, Obat-obatan , Lab, dan Test)	5.000.000
	Penyewaan alat	1.500.000
	HCP	1.600.000
	Poolfund	25.000.000
11	Santunan Cacat Tetap Total	10.000.000
12	Santunan Kematian	10.000.000
13	Santunan Kematian Akibat Kecelakaan	10.000.000
	Batas Maks Manfaat per Tahun	**Tidak Terbatas**

Tabel Manfaat Rawat Jalan
Penggantian 100%

No.	BENEFITS	GOP - 250
1	Biaya Pemeriksaan Dokter per kunjungan per hari	250.000
2	Biaya Pemeriksaan Dokter Spesialis per kunjungan per hari	500.000
3	Obat-Obatan sesuai Resep Dokter per tahun	5.000.000
4	Biaya Pemeriksaan Lab. atas Rujukan Dokter per tahun	3.000.000
5	Biaya Fisioterapi per kunjungan per hari	300.000
6	Imunisasi anak maks usia 10 tahun	2.000.000
7	KB per tahun	500.000
8	MCU	1.500.000
	Batas Maks Manfaat per Tahun	**16.000.000**

SIMULASI

Tabel Manfaat Rawat Gigi
Penggantian 100%

No.	BENEFITS	GOP - 250
1	Perawatan Gigi Dasar per tahun	As Charged
2	Perawatan Gigi Kompleks per tahun	As Charged
3	Perawatan Pencegahan per tahun	As Charged
4	Perawatan Gusi per tahun	As Charged
5	Perawatan Perbaikan per gigi	As Charged
6	Gigi Palsu per set	As Charged
	Batas Maks Manfaat per Tahun	**8.000.000,00**

Jaminan Kaca Mata (Optical)

No.	BENEFITS	GOT - 4000
1	Frame maks per tahun	4.000.000
2	Lensa per tahun	

Tabel Manfaat Persalinan & Nifas

No.	BENEFITS	GOP - 16500
1	Persalinan Normal / Abnormal, per kehamilan	16.500.000
2	Persalinan dengan Pembedahan, per kehamilan	30.000.000
3	Keguguran yang Legal, per kehamilan	8.500.000
4	Sebelum & Sesudah Melahirkan, per tahun	6.000.000

Catatan:
Simulasi di atas hanyalah ilustrasi, Besaran Premi dan Tabel Manfaat dapat berbeda dan akan disesuaikan pada saat pengajuan asuransi.

BERAKHIRNYA ASURANSI

Asuransi akan berakhir bagi Peserta karena hal-hal sebagai berikut, mana yang lebih dahulu terjadi:

a. Pada saat Tanggal Akhir Asuransi, kecuali dalam hal dilaksanakannya pembaruan Polis;
b. Pada saat Peserta tidak memenuhi syarat Peserta sesuai Ketentuan Polis;
c. Pada tanggal efektif pengakhiran pertanggungan bagi Peserta sebagaimana tercantum dalam Endorsemen.

MANFAAT ASURANSI TAMBAHAN KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS

Manfaat Asuransi Kehamilan, Persalinan, dan Nifas:

1. Persalinan Normal/Abnormal (termasuk penggunaan *forceps, vacuum* atau dilatasi)
   a. Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis yang terjadi dalam proses melahirkan normal/abnormal termasuk jasa Dokter atau Dokter spesialis kandungan/kebidanan, dan Perawat, obat-obatan, biaya kamar bersalin, biaya akomodasi kamar dan menginap ibu dan bayi selama perawatan sebagai pasien, *vacuum, forceps*, maupun pemeriksaan penunjang diagnostik yang direkomendasikan oleh Dokter atau Dokter spesialis kandungan/kebidanan serta biaya ambulan.
   b. Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis yang terjadi dalam proses melahirkan normal/abnormal yang dilakukan oleh Bidan dengan ketentuan:
      1) tidak ada Dokter atau Dokter spesialis kandungan/kebidanan yang terlibat dalam proses persalinan spontan ini;
      2) Proses persalinan normal, dan
      3) diajukan dengan mekanisme *Reimbursement.*

      Maksimum Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan Penanggung adalah sebagaimana tercantum pada Tabel Manfaat di polis.

2. Pembedahan Caesar (*Sectio Caesarean*)
   a. Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis dalam proses melahirkan dengan pembedahan caesar, yang terdiri atas biaya jasa Dokter, Perawat, obat-obatan, ruang persalinan, biaya akomodasi kamar dan menginap bagi ibu dan bayi selama perawatan, kamar bedah, pemeriksaan penunjang diagnostik, dan biaya ambulan, tidak termasuk Pelayanan Kesehatan terhadap kehamilan *etopik* terganggu (KET).
   b. Pembedahan Caesar harus didasarkan pada kondisi Perlu Secara Medis dan berdasarkan rekomendasi dari Dokter spesialis kandungan/kebidanan dan bukan atas keinginan Peserta dan/atau keinginan Dokter spesialis kandungan/kebidanan.

   Maksimum Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan Penanggung adalah sebagaimana tercantum pada Tabel Manfaat di polis.

3. Keguguran (Aborsi) Yang Sah
   a. Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis dalam proses tindakan keguguran (Aborsi) yang sah, yang terdiri atas biaya jasa Dokter, Perawat, obat-obatan, ruang persalinan, biaya akomodasi kamar dan menginap bagi Peserta selama perawatan, pemeriksaan penunjang diagnostik yang direkomendasikan oleh Dokter dan biaya ambulan;
   b. Keguguran (Aborsi) Yang Sah harus terjadi secara spontan atau Perlu Secara Medis yang berhubungan dengan kondisi kesehatan Peserta atau pasangan sah Peserta atau janin yang dikandungnya. Keguguran harus dilakukan berdasarkan rekomendasi Dokter untuk usia kehamilan di bawah 20 (dua puluh) minggu;
   c. Tidak ada penggantian biaya atas kehamilan anggur (*mola hidatidosa*) dan atau tindakan Keguguran (Aborsi) yang dilakukan oleh Bidan.

4. Perawatan Sebelum dan Sesudah Persalinan
   a. Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu secara medis untuk perawatan sebelum dan sesudah persalinan, terdiri atas biaya konsultasi Dokter atau Dokter spesialis kandungan/kebidanan, biaya Obat-obatan, dan pemeriksaan penunjang diagnostik yang dirujuk oleh Dokter atau Bidan yang dilakukan sejak awal kehamilan sampai dengan setelah persalinan, Komplikasi Kehamilan, termasuk biaya lainnya yang Perlu Secara Medis (jika ada).
   b. Penggantian biaya atas pemeriksaan Peserta (ibu) sesudah persalinan berlaku sampai dengan 40 (empat puluh) hari kalender sejak persalinan terjadi.

MASA TUNGGU ASURANSI TAMBAHAN KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS

Masa Tunggu selama 280 (dua ratus delapan puluh) hari terhitung sejak Tanggal Mulai Asuransi atau tanggal efektif Kepesertaan yang bersangkutan, mana yang lebih akhir.

PENGECUALIAN ASURANSI TAMBAHAN KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS

Perusahaan tidak akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan dalam hal:

1. ***Kehamilan yang terjadi sebelum Masa Asuransi berdasarkan Polis, termasuk dalam hal kelahiran premature atau Keguguran (Aborsi) yang Sah;***
2. ***Perawatan yang berhubungan dengan keguguran (aborsi) yang tidak sah, sterilisasi, pemeriksaan kesuburan dan perawatan yang berkaitan dengan kemandulan dan komplikasi pasca kelahiran.***

DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM ASURANSI TAMBAHAN KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS

1. Perusahaan menetapkan dokumen pendukung sebagai berikut:
   a. Formulir Klaim Kehamilan, Pesalinan dan Nifas yang telah diisi dengan benar dan lengkap;
   b. Kuitansi asli sehubungan dengan seluruh Pelayanan Kesehatan yang diterima Peserta yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit dan/atau Klinik beserta perincian biayanya;
   c. Ringkasan catatan medis dan/atau diagnosa dari Dokter yang merawat;
   d. Salinan hasil pemeriksaan laboratorium (jika ada);
   e. Salinan resep Dokter;
   f. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Perusahaan yang berkaitan dengan klaim.

2. Klaim beserta dokumen-dokumen pendukung yang lengkap wajib disampaikan kepada Perusahaan paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal Peserta keluar dari Rumah Sakit dan/atau Klinik.

MANFAAT ASURANSI TAMBAHAN RAWAT GIGI

1. Perawatan Gigi Dasar
   Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau Klinik dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis untuk perawatan gigi dasar yang dilakukan oleh Dokter gigi, termasuk biaya konsultasi, penambalan gigi dengan *amalgam, composite, glass ionomer, compomer*, baik dengan atau tanpa *light curing* (teknik penyinaran), penambalan gigi sementara, pemolesan setelah penambalan gigi, pencabutan gigi tanpa pembedahan, rontgen gigi dan *panoramic* untuk *odontektomi*. Batas jaminan ini adalah per tahun Polis yang besarnya sesuai dengan Tabel pada polis.

2. Perawatan Gusi
   Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau Klinik dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis untuk perawatan gusi termasuk kuretase, perawatan syaraf saluran akar gigi, pengobatan pada infeksi, antara lain *abses*, *periodontitis, operculitis, gingivitis* secara *intra oral*. Batas jaminan ini adalah per tahun Polis yang besarnya sesuai dengan Tabel pada polis.

3. Perawatan Pencegahan
   Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau Klinik dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis untuk perawatan pencegahan yang dilakukan oleh Dokter gigi, yang mencakup biaya pemeliharaan gigi, termasuk, pembersihan karang gigi (*scalling*), poles dan *prophylaxis, flouridasi, pit and fissure sealant*. Batas jaminan ini adalah per tahun Polis yang besarnya sesuai dengan Tabel Manfaat pada polis.

4. Perawatan Gigi Kompleks
   Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau Klinik dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis untuk perawatan gigi kompleks yang dilakukan oleh dokter gigi, termasuk pencabutan gigi, baik dengan pembedahan atau pembiusan lokal, *odontektomi*, dan *operculectom*, perawatan abses dengan pembedahan dan apeks reseksi. Batas Manfaat Asuransi ini adalah per gigi yang besarnya sesuai dengan Tabel Manfaat pada polis.

5. Perawatan Perbaikan
   Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau Klinik dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis untuk perawatan perbaikan gigi yang menyangkut *cappings*, mahkota dan jembatan dalam bentuk plastik atau porselen berlapis emas. Batas Manfaat Asuransi ini adalah per gigi yang besarnya sesuai dengan Tabel Manfaat pada polis.

6. Gigi Palsu
   Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau Klinik dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis untuk pembuatan gigi palsu yang dilakukan oleh dokter gigi, sebagai akibat hilang/rusaknya gigi selama Masa Asuransi. Manfaat ini terdiri dari gigi tiruan lepas, baik sebagian atau penuh dan gigi tiruan cekat, baik *crown*/mahkota, *bridge*/gigi tiruan jembatan, *inlay, onlay*. Batas Manfaat Asuransi ini adalah per set yang besarnya sesuai dengan Tabel Manfaat pada polis.

PENGECUALIAN ASURANSI TAMBAHAN RAWAT GIGI

Penanggung tidak membayar Manfaat Asuransi Rawat Gigi atas hal- hal yang disebutkan di bawah ini:

a. Perawatan atau pengobatan ortodontik (cekat atau lepasan).
b. Semua tindakan bedah mulut, kecuali odontektomi dan operkulektomi.
c. Perawatan atau pengobatan kelainan sendi temporo-mandibula.
d. Semua perawatan dan pengobatan gigi dengan pembiusan umum.

DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM ASURANSI TAMBAHAN RAWAT GIGI

1. Perusahaan menetapkan dokumen pendukung sebagai berikut:
   a. Formulir Klaim Rawat Gigi yang telah diisi dengan lengkap dan benar;
   b. Kuitansi asli sehubungan dengan seluruh Pelayanan Kesehatan yang diterima Peserta yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit dan/atau Klinik beserta perincian biayanya;
   c. Ringkasan catatan medis dan/atau diagnosa dari Dokter yang merawat;
   d. Salinan hasil pemeriksaan laboratorium (jika ada);
   e. Salinan resep Dokter;
   f. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Perusahaan yang berkaitan dengan klaim tersebut.

2. Klaim beserta dokumen-dokumen pendukung yang lengkap wajib disampaikan kepada Perusahaan paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal Peserta keluar dari Rumah Sakit dan/atau Klinik.

MANFAAT ASURANSI TAMBAHAN KACAMATA

1. Manfaat Asuransi Tambahan Kacamata yang akan dibayarkan Perusahaan kepada Peserta adalah sebagai berikut:
   a. Bingkai Kacamata
      Perusahaan akan mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis yang dibebankan oleh suatu optik untuk pembelian bingkai kacamata yang Perlu Secara Medis, yang dibuktikan dengan resep Dokter spesialis mata. Batas Manfaat Asuransi yang tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis adalah untuk dua tahun Polis yang berlaku untuk pembelian bingkai kacamata satu kali dalam periode dua tahun.
   b. Lensa Kacamata
      Perusahaan akan mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis yang dibebankan oleh suatu optik untuk pembelian lensa kacamata yang Perlu Secara Medis, yang dibuktikan dengan resep Dokter spesialis mata. Batas Manfaat Asuransi yang tercantum dalam Tabel Manfaat pada polis adalah untuk satu Tahun Polis yang berlaku untuk pembelian lensa kacamata satu kali dalam periode satu tahun.

2. Peserta dapat mengajukan klaim kaca mata secara tertulis dengan memperhatikan ketentuan *Reimbursement.*

PENGECUALIAN ASURANSI TAMBAHAN KACAMATA

Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan Kaca Mata dalam hal Peserta menerima Pelayanan Kesehatan atau perawatan kesehatan untuk hal-hal sebagai berikut:

a. Semua tindakan perawatan atau pengobatan, ganggungan refraksi dengan menggunakan teknologi laser (yang dikenal dengan LASIK) ataupun teknologi sejenisnya;

b. Perawatan, pembelian dan pemasangan lensa intra ocular; dan/atau

c. Pembelian atau biaya-biaya terkait lensa kontak.

DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM ASURANSI TAMBAHAN KACAMATA

1. Perusahaan menetapkan dokumen pendukung sebagai berikut:
   a. Formulir Klaim Kacamata yang telah diisi dengan lengkap dan benar;
   b. Kuitansi asli sehubungan dengan seluruh Pelayanan Kesehatan yang diterima Peserta yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit dan/atau Klinik beserta perincian biayanya;
   c. Kuitansi asli dari optik untuk pembelian bingkai kacamata dan/atau lensa kacamata;
   d. Ringkasan catatan medis dan/atau diagnosa dari Dokter spesialis mata yang merawat;
   e. Salinan resep kacamata dari Dokter spesialis mata;
   f. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Perusahaan yang berkaitan dengan klaim tersebut.

2. Klaim beserta dokumen-dokumen pendukung yang lengkap wajib disampaikan kepada Perusahaan paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal Peserta keluar dari Rumah Sakit.

MANFAAT ASURANSI TAMBAHAN RAWAT JALAN

I. Manfaat Asuransi Tambahan yang akan dibayarkan Perusahaan kepada Peserta dan/atau Pemegang Polis adalah sebagai berikut:

1. Biaya Konsultasi (Pemeriksaan) Dokter Umum
   Penanggung akan melakukan penjamin kepada Rumah Sakit dan/atau Klinik dan/atau mengganti biaya-biaya konsultasi yang Perlu Secara Medis untuk suatu kunjungan ke Dokter umum dan biaya-biaya untuk suatu kunjungan oleh seorang Dokter umum ke kediaman Peserta beserta biaya tindakan Dokter (jika ada) yang Perlu Secara Medis, maksimum 1 (satu) konsultasi per hari.

2. Biaya Konsultasi (Pemeriksaan) Dokter Spesialis
   Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau Klinik dan/atau mengganti biaya-biaya konsultasi Dokter spesialis yang Perlu Secara Medis beserta biaya tindakan Dokter spesialis (jika ada) yang Perlu Secara Medis sepanjang Peserta memperoleh Surat Rujukan dari Dokter umum guna perawatan atas Penyakit atau Cedera. Surat Rujukan dari Dokter umum tidak diperlukan untuk konsultasi ke:
   a. Dokter spesialis anak (Pediatrician), untuk Peserta berusia di bawah 12 tahun;
   b. Dokter spesialis mata (Ophtalmologist);
   c. Dokter spesialis kulit dan Kelamin (Dermatologist);
   d. Dokter spesialis obstetri dan Ginekologi (Gynecologist) – Tidak untuk pemeriksaan dan pengobatan yang berhubungan dengan kehamilan;
   e. Dokter spesialis bedah tulang (Orthopedics).

3. Obat-obatan
   Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau Klinik dan/atau mengganti biaya obat-obatan sesuai resep Dokter. Biaya Pemeriksaan Diagnostik & Laboratorium Rawat Jalan

   Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau Klinik dan/atau mengganti biaya-biaya yang Perlu Secara Medis untuk pengujian laboratorium, alat-alat pengujian diagnostik atau sinar-X yang diperlukan untuk diagnosis suatu Penyakit atau Cedera yang dijamin. Biaya Fisioterapi

   Perusahaan akan melakukan penjaminan kepada Rumah Sakit dan/atau Klinik dan/atau mengganti biaya-biaya untuk fisioterapi yang Perlu Secara Medis yang direkomendasikan oleh seorang Dokter secara tertulis, Fisioterapi dilakukan oleh Fisioterapis yang bersertifikat atau oleh dokter spesialis keterapian fisik dan rehabilitasi, maksimum satu kali kunjungan per hari.

Catatan :
Batas maksimum Manfaat Asuransi diatas sebagaimana tertera dalam Tabel Manfaat pada polis.

PENGECUALIAN ASURANSI TAMBAHAN RAWAT JALAN

Penanggung memberlakukan pengecualian berikut dan tidak akan membayar biaya Pelayanan Kesehatan yang timbul dalam hal penggunaan alat atau Peserta mengalami Penyakit atau Kecelakaan atau Cedera yang disebabkan oleh:

a. semua alat penunjang atau alat buatan atau bahan sintesis, baik yang diluar atau melekat pada tubuh, termasuk namun tidak berbatas pada kursi roda, kruk, anggota tubuh palsu, alat bantu dengar, alat bantu penglihatan, mesin dialisa, kecuali:

i. yang ditanamkan di dalam tubuh pada saat pembedahan di kamar operasi seperti alat pacu jantung, stent, pen, plate, screw dan K-wire, lensa intra ocular, dan sejenisnya.

ii. Pemasangan alat bantu dengar akibat Kecelakaan yang dapat dibuktikan dengan surat keterangan Dokter.

b. Perawatan dan pengobatan eksperimental, tradisional atau alternatif yang di luar kedokteran barat yang tidak terbatas pada akupuntur, sinshe, dukun patah tulang, paranormal, chiropractic, naturopath, holistic, dan sejenisnya.

c. Pemeriksaan kesehatan berkala, pemeriksaan kesehatan atau tes-tes diagnostik yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnose dari satu ketidakmampuan yang ditanggung dalam Polis atau setiap pengobatan yang tidak ada hubungannya secara medis serta setiap pengobatan dan perawatan preventif dan yang bertujuan untuk penurunan berat badan.

d. Pelayanan Kesehatan yang tidak ada hubungannya dengan diagnose atau perlu Secara Medis tidak diperlukan atau secara medis tidak lazim atau tidak sesuai dengan standard perangkat medis yang baik, seperti (telepon, surat kabar, radio) dan seluruh biaya yang termasuk non-medis, kecuali biaya administrasi.

e. Vitamin dari zat makanan pelengkap (food supplement) tanpa rekomendasi Dokter dan tanpa Perlu Secara Medis.

f. Penyakit jiwa atau gangguan kejiwaan atau gangguan syaraf, termasuk psikosis, neurosis, stress, depresi, psikogeriatrik dan manifestasi fisiologi atau psikosomatisnya, perawatan penyalahgunaan obat, kecanduan obat atau alkohol.

g. Semua perawatan atau pengobatan yang berhubungan dengan infertilitas, termasuk inseminasi buatan, bayi tabung, dan pengembalian kesuburan impotensi, sterilisasi, vasektomi, semua terapi hormonal yang berkaitan dengan syndrome premenapouse dan terapi untuk memperoleh keturunan. Termasuk semua alat kontrasepsi, pemeriksaan kesuburan dan perawatan yang berkaitan dengan kemandulan.

h. Perawatan atau pengobatan yang berkaitan dengan kosmetik, termasuk bedah plastik, kecuali untuk bedah plastik rekonstruksi fungsional akibat Kecelakaan yang dilakukan maksimum 30 (tiga puluh) hari kalender setelah kecelakaan.

i. Perawatan atau pengobatan yang berkaitan dengan Hernia untuk anak di bawah usia 10 (sepuluh) tahun dan kelainan bawaan yang sudah maupun tidak diketahui sebelumnya termasuk kelainan fisik sejak lahir yang timbul dalam 6 (enam) bulan pertama.

j. Perawatan dan pengobatan untuk Gangguan Tumbuh Kembang, termasuk namun tidak terbatas pada Failure to Thrive (FIT), gangguann makan, gangguan bicara, hiperaktifitas, gangguan pemusatan perhatian (Autisme), disleksia, retardasi mental, disebabkan oleh Penyakit yang dibuktikan dengan surat keterangan Dokter.

k. Sunat (sirkumsisi) yang tidak berhubungan dengan suatu Penyakit atau Kecelakaan, kecuali akibat Kecelakaan yang dapat dibuktikan dengan surat keterangan dokter.

PENGECUALIAN ASURANSI TAMBAHAN RAWAT JALAN

l. ***Perawatan pengobatan yang berkaitan dengan refraksi mata tanpa menggunakan teknologi laser ataupun teknologi sejenis, kecuali jika Pemegang Polis mengambil manfaat pertanggungan Asuransi Tambahan Rawat Jalan dan akibat Kecelakaan yang dapat dibuktikan dengan surat keterangan Dokter.***

m. ***Tindakan perawatan atau pengobatan, gangguan refraksi mata dengan menggunakan teknologi laser (yang dikenal dengan LASIK) ataupun teknologi sejenis.***

n. ***Vaksinasi atau imunisasi.***

o. ***Perawatan atau pengobatan akibat terlibat aktif dalam perang, sedang bertugas sebagai anggota angkatan bersenjata atau kepolisian sedang melakukan tugas militer, pemulihan keamanan dan ketertiban umum, aksi terorisme, kerusuhan, huru-hara, pemberontakan, pengambilalihan kekuasaan, perkelahian atau perbuatan kejahatan, luka yang disengaja serta percobaan bunuh diri, aksi pembuatan pengadaan penyebaran senjata dan perbuatan melanggar hukum lainnya.***

p. ***Perawatan atau pengobatan karena keikutsertaan dalam aktivitas atau olah raga berbahaya yaitu mendaki gunung, panjat tebing, panjat gedung, bunge jumping, arung jeram, olah raga berkuda, tinju dan segala jenis olah raga kontak fisik, segala aktifitas terbang di udara termasuk terjun payung, terbang layang, sky diving, ultralie, parachute sailing, segala aktivitas menyelam yang menggunakan alat bantu pernafasan, termasuk diving dan snorkelling, segala aktivitas lomba ketangkasan dan kecepatan dengan kendaraan bermesin, termasuk balap motor, balap mobil, balap perahu, dan lain-lain selama tidak dilakukan secara profesional.***

q. ***Perawatan atau pengobatan yang diakibatkan karena Peserta melakukan penerbangan dengan menggunakan pesawat carter, militer, polisi atau helikopter.***

r. ***Rawat Jalan bukan karena Kecelakaan, kecuali Polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Rawat Jalan yang diatur dalam ketentuan tersendiri.***

s. ***Perawatan dan pengobatan gigi, termasuk bedah mulut dan komplikasinya termasuk semua Penyakit yang disebabkan oleh gigi, kecuali pengobatan darurat terhadap gigi asli yang rusak karena Kecelakaan sesuai dengan manfaat pertanggungan dan kecuali jika Pemegang Polis mengambil manfaat pertanggungan Asuransi Tambahan Rawat Jalan dan Rawat Gigi yang akan diatur dalam ketentuan tersendiri***

t. ***Perawatan selama masa kehamilan, persalinan dan keguguran, kecuali Pemegang Polis mengambil manfaat pertanggungan Asuransi Tambahan Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang akan diatur dalam ketentuan tersendiri.***

u. ***Perawatan, baik langsung maupun tidak langsung, yang diakibatkan karena pemakaian alkohol, narkotik, obat bius, zat terlarang, racun, gas, radiasi nuklir, dan sejenisnya yang dilakukan secara sengaja, kecuali hal itu diakibatkan oleh pekerjaan Tertanggung/Peserta.***

v. ***Yang dilakukan terhadap Peserta oleh Pemegang Polis, atau anggota keluarga dari Peserta atau Pemegang Polis, atau pengobatan terhadap diri sendiri oleh Peserta, termasuk penerbitan resep obat.***

w. ***Penyakit menular yang memerlukan isolasi atau karantina berdasarkan ketentuan hukum dan perundang-undangan.***

x. ***Perawatan optimal alamiah termasuk tetapi tidak terbatas pada anorexia, gangguan pencernaan atau dyspepsia, sembelit (konstipasi), jerawat.***

y. ***Semua biaya yang timbul sebagai akibat dari donor organ tubuh dan/atau darah oleh Peserta. Namun, jika Peserta adalah penerima organ tubuh dan atau darah yang didonorkan, maka biaya tersebut termasuk dalam Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan sesuai dengan batas maksimal yang menjadi hak Peserta tersebut, tetapi tidak termasuk biaya untuk mendapatkan organ-organ tubuh dan/atau biaya pra-pemeriksaan.***

DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM ASURANSI TAMBAHAN RAWAT JALAN

I. Perusahaan menetapkan dokumen pendukung sebagai berikut:
   a. Formulir Klaim Rawat Jalan yang telah diisi dengan lengkap dan benar;
   b. Kuitansi asli sehubungan dengan seluruh Pelayanan Kesehatan yang diterima Peserta yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit dan/atau Klinik beserta perincian biayanya;
   c. Ringkasan catatan medis dan/atau diagnosa dari Dokter yang merawat;
   d. Salinan hasil pemeriksaan laboratorium (jika ada);
   e. Salinan resep Dokter;
   f. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Perusahaan yang berkaitan dengan klaim tersebut.

II. Klaim beserta dokumen-dokumen pendukung yang lengkap wajib disampaikan kepada Perusahaan paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal Peserta keluar dari Rumah Sakit dan/atau Klinik.

INFORMASI TAMBAHAN

1. Penanggung dapat melakukan perubahan berkenaan dengan Manfaat Asuransi, biaya, risiko, syarat dan ketentuan asuransi sebagaimana diatur dalam Polis. Sehubungan dengan perubahan tersebut, maka Penanggung 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 Penanggung. Syarat dan ketentuan sesuai dengan yang berlaku pada Penanggung.

DISCLAIMER (penting untuk dibaca)

1. Peserta telah membaca, menerima penjelasan, dan memahami produk asuransi jiwa sesuai Ringkasan Informasi Produk dan Layanan.
2. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini bukan merupakan kontrak asuransi. Hak dan kewajiban sebagai Peserta dan ketentuan mengenai produk asuransi ini tercantum dalam ketentuan Bukti Kepesertaan.
3. Peserta wajib untuk tetap membaca, memahami, dan menandatangani pengajuan asuransi.
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. Peserta 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. Peserta memahami bahwa terdapat syarat dan ketentuan yang berlaku terkait produk Great Health Guard. Informasi terkait syarat dan ketentuan yang berlaku dapat diakses 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 merupakan gambaran dan bisa berubah apabila ada perubahan Data Peserta termasuk perubahan Premi dan Uang Pertanggungan.
9. Great Health Guard adalah produk asuransi kesehatan milik PT Great Eastern Life Indonesia ("Great Eastern Life Indonesia"), bukan merupakan produk PT Bank OCBC NISP, Tbk ("Bank") dan Bank bukan merupakan agen asuransi maupun perusahaan pialang asuransi dari Great Eastern Life Indonesia. Great Eastern Life Indonesia bertanggung jawab sepenuhnya atas produk Great Health Guard dan isi Polis asuransi yang diterbitkan untuk produk Great Health Guard tersebut, sehingga Bank tidak bertanggung jawab dalam bentuk apapun terhadap produk Great Health Guard dan isi Polis yang diterbitkan sehubungan dengan produk Great Health Guard tersebut. Produk Great Health Guard bukan merupakan produk simpanan bank, dengan demikian tidak termasuk dalam program penjaminan pemerintah atau Lembaga Penjamin Simpanan. Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah termasuk biaya-biaya yang berlaku, komisi bank, komisi tenaga pemasar dan komisi lainnya (jika ada). Informasi pada dokumen ini harus dibaca dan tunduk kepada ketentuan-ketentuan Polis dan ketentuan-ketentuan lainnya yang terkait dengan produk Great Health Guard yang berlaku pada saat ini maupun perubahannya di kemudian hari.

Catatan:
informasi terkait Asuransi Tambahan akan disesuaikan berdasarkan Asuransi Tambahan yang diambil oleh Pemegang Polis

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