

### Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum

Nama Penerbit	:	PT AXA Insurance Indonesia (AXA Insurance)
Nama Produk	:	Asuransi International Exclusive
Jenis Produk	:	Asuransi Kesehatan
Deskripsi Produk	:	Produk Asuransi <i>International Exclusive</i> merupakan asuransi kesehatan internasional yang dibuat khusus untuk memenuhi kebutuhan nasabah akan pertanggunggunaan kesehatan dengan akses jaringan rumah sakit di seluruh dunia. Akses layanan jasa bantuan untuk produk asuransi <i>International Exclusive</i> selama 24 jam. Manfaat yang diperoleh berupa menjamin biaya kesehatan yang timbul baik Rawat Inap, Rawat Harian, Rawat Jalan, Gigi, Persalinan serta manfaat lainnya sesuai dengan kondisi dan manfaat polis.

### Fitur Utama Asuransi Umum

Ketentuan Underwriting	:	Syarat Kepesertaan: (a) Berusia sekurang-kurangnya lima belas (15) hari dan tidak lebih dari enam puluh lima (65) tahun pada saat aplikasi dan dapat diperpanjang hingga usia delapan puluh (80) tahun; (b) Anggota keluarga, berusia delapan puluh (80) tahun atau kurang dan, mampu melakukan semua kegiatan sehari-hari dan bergantung kepada anggota, berhak atas pertanggunggunaan berdasarkan polis sebagaimana ditentukan dan disepakati bersama kami sebelum tanggal dimulainya polis atau ulang tahun polis, mana yang berlaku; (c) Anak yang memenuhi syarat dalam polis ini tidak dapat tetap mengikuti polis setelah ulang tahun polis yang kedua puluh satu (21). Namun, pertanggunggunaannya dapat diperpanjang hingga usia dua puluh lima (25) tahun asalkan dia belum menikah dan masih mendapat pendidikan penuh waktu. Untuk anggota yang bertempat tinggal di luar Indonesia, Polis ini dapat memberikan pertanggunggunaan bagi anggota yang berada di luar Indonesia dengan catatan selama tidak terjadi kondisi pelanggaran hukum.
Jangka Waktu Asuransi	:	Polis tahunan: 1 (satu tahun)
Periode dan Skema Pembayaran Premi	:	Tahunan dan pembayaran premi secara tahunan
Metode Pembayaran Premi	:	Pembayaran premi dapat melalui transfer, giro bank, dan metode pembayaran lain yang disetujui
Mata Uang	:	USD atau IDR

### Manfaat

## Manfaat yang dijamin

Manfaat akan diberikan untuk wilayah yang dipilih yang telah dilampirkan dalam ketentuan polis yakni Asia, seluruh dunia kecuali Amerika Serikat maupun seluruh dunia. Limit yang akan diterima sebagai manfaat disesuaikan berdasarkan jenis biaya yang dipilih Anda. Jaminan di luar wilayah Anda akan diberikan hanya untuk perawatan darurat. Segala biaya yang akan kami tanggung untuk Anda adalah biaya yang wajar dan lazim/umum. Risiko sendiri dan asuransi bersama akan diterapkan apabila berlaku.

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (USD)			INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)		
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan A1	Plan B1	Plan C1
Wilayah Pertanggung	Dapat Dipilih Berdasarkan 3 Area : 1) Asia; 2) Seluruh Dunia Kecuali AS; 3) Seluruh Dunia			Dapat Dipilih Berdasarkan 3 Area : 1) Asia; 2) Seluruh Dunia Kecuali AS; 3) Seluruh Dunia		
Limit Tahunan	Maksimum USD 2,900,000	Maksimum USD 2,300,000	Maksimum USD 1,800,000	Maksimum IDR 40,600,000,000	Maksimum IDR 32,200,000,000	Maksimum IDR 25,200,000,000
Di Luar Wilayah	Jaminan diberikan hanya untuk Perawatan Darurat			Jaminan diberikan hanya untuk Perawatan Darurat		
Batas Penggantian	Biaya yang wajar dan umum			Biaya yang wajar dan umum		

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)								
	PLAN D			PLAN E			PLAN F		
	Plan D1	Plan D2	Plan D3	Plan E1	Plan E2	Plan E3	Plan F1	Plan F2	Plan F3
Wilayah Pertanggung	Asia Tenggara, Australia dan Cina, Jaringan terbatas di Singapura - 20%			Indonesia, Malaysia & Thailand			Indonesia		
Limit Tahunan	IDR 20,000,000,000	IDR 10,000,000,000	IDR 5,000,000,000	IDR 10,000,000,000	IDR 6,000,000,000	IDR 3,000,000,000	IDR 10,000,000,000	IDR 6,000,000,000	IDR 3,000,000,000
Di Luar Wilayah	IDR 600,000,000	IDR 600,000,000	IDR 600,000,000	IDR 200,000,000	IDR 200,000,000	IDR 200,000,000	IDR 100,000,000	IDR 100,000,000	IDR 100,000,000
Batas Penggantian	Biaya yang wajar dan umum								

### 1. Rawat Inap dan Rawat harian

Manfaat rawat inap akan diberikan apabila anggota dirawat dan harus menetap di kamar rumah sakit selama satu malam atau lebih (tidak termasuk semua bentuk pengobatan alternatif tetapi tidak terbatas pada pengobatan tradisional Cina dan akupunktur). Rawat harian adalah perawatan di mana anggota tersebut memerlukan perawatan (tidak termasuk rawat jalan) di rumah sakit yang mengharuskan anggota masuk ke kamar rumah sakit tetapi tidak perlu menginap semalam. Manfaat yang akan diperoleh antara lain: biaya akomodasi harian, biaya rumah sakit, akomodasi orang tua, manfaat tunai, transplantasi organ, bedah implan, perawatan pra dan pasca rawat inap.

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (USD)			INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)		
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan A1	Plan B1	Plan C1
<b>Rawat Inap dan perawatan harian (termasuk operasi, konsultasi, transplantasi organ, bahan habis pakai, impant bedah, dll)</b>						
Akomodasi Harian	Dijamin (kamar untuk satu orang dilengkapi kamar mandi dengan biaya terendah yang tersedia)	Dijamin (kamar untuk satu orang dilengkapi kamar mandi dengan biaya terendah yang tersedia)	Dijamin (kamar untuk satu orang dilengkapi kamar mandi dengan biaya terendah yang tersedia)	Dijamin (kamar untuk satu orang dilengkapi kamar mandi dengan biaya terendah yang tersedia)	Dijamin (kamar untuk satu orang dilengkapi kamar mandi dengan biaya terendah yang tersedia)	Dijamin (kamar untuk satu orang dilengkapi kamar mandi dengan biaya terendah yang tersedia)
Akomodasi untuk orang tua	Maksimum USD 150 per malam	Maksimum USD 150 per malam	Maksimum USD 150 per malam	Maksimum IDR 2,100,000 per malam	Maksimum IDR 2,100,000 per malam	Maksimum IDR 2,100,000 per malam
Manfaat Tunai	USD 230 per malam	USD 150 per malam	USD 100 per malam	IDR 3,220,000 per malam	IDR 2,100,000 per malam	IDR 1,400,000 per malam
Direct Billing	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Jaringan Direct Billing	Daftar Rumah Sakit	Daftar Rumah Sakit	Daftar Rumah Sakit	Daftar Rumah Sakit	Daftar Rumah Sakit	Daftar Rumah Sakit
Batas Penggantian	100% dari biaya yang wajar dan umum	100% dari biaya yang wajar dan umum	100% dari biaya yang wajar dan umum	100% dari biaya yang wajar dan umum	100% dari biaya yang wajar dan umum	100% dari biaya yang wajar dan umum

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)								
	PLAN D			PLAN E			PLAN F		
	Plan D1	PLAN D2	PLAN D3	PLAN E1	PLAN E2	PLAN E3	PLAN F1	PLAN F2	PLAN F3
Rawat Inap dan perawatan harian (termasuk operasi, konsultasi, transplantasi organ, bahan habis pakai, implant bedah, dll)									
Akomodasi Harian	Dijamin (kamar untuk satu orang dilengkapi kamar mandi dengan biaya terendah yang tersedia)	Dijamin - Kamar untuk 2 orang	Dijamin - Kamar untuk 4 orang	Dijamin (kamar untuk satu orang dilengkapi kamar mandi dengan biaya terendah yang tersedia)	Dijamin - Kamar untuk 2 orang	Dijamin - Kamar untuk 4 orang	Dijamin (kamar untuk satu orang dilengkapi kamar mandi dengan biaya terendah yang tersedia)	Dijamin - Kamar untuk 2 orang	Dijamin - Kamar untuk 4 orang
Akomodasi Untuk Orang Tua	Maksimum IDR 1,250,000 per malam	Maksimum IDR 1,250,000 per malam	Maksimum IDR 1,250,000 per malam	Maksimum IDR 1,250,000 per malam	Maksimum IDR 1,250,000 per malam	Maksimum IDR 1,250,000 per malam	Maksimum IDR 750,000 per malam	Maksimum IDR 750,000 per malam	Maksimum IDR 750,000 per malam
Manfaat Tunai	IDR 1,000,000 per malam	IDR 1,000,000 per malam	IDR 1,000,000 per malam	IDR 850,000 per malam	IDR 850,000 per malam	IDR 850,000 per malam	IDR 750,000 per malam	IDR 750,000 per malam	IDR 750,000 per malam
Direct Billing	Dijamin			Dijamin			Dijamin		
Jaringan Direct Billing	Daftar Rumah Sakit			Daftar Rumah Sakit			Daftar Rumah Sakit		
Batas Penggantian	100% dari biaya yang wajar dan umum			100% dari biaya yang wajar dan umum			100% dari biaya yang wajar dan umum		

## 2. Rawat jalan

Anda akan menerima manfaat rawat jalan apabila anggota dirawat oleh praktisi medis di klinik rawat jalan, ruang konsultasi praktisi medis atau di rumah sakit di mana anggota tidak dirawat (tidak termasuk segala bentuk pengobatan alternatif seperti tetapi tidak terbatas pada pengobatan tradisional Cina dan akupunktur). Manfaat yang akan Anda terima selama jangka waktu polis berupa: konsultasi dokter umum dan dokter spesialis; pencitraan untuk menegakkan diagnosa (tomografi yang terkomputerisasi, MRI, tomografi emisi positron, x-ray dan pemindaian gait); radioterapi dan kemoterapi; cuci darah; pembedahan; perawatan tulang belakang dan seni, akupuntur, homeopati, osteopati dan fisioterapi; pengobatan tradisional Cina.

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (USD)			INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)		
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan A1	Plan B1	Plan C1
Rawat Jalan						
Biaya konsultasi Dokter Umum & Dokter Spesialis (termasuk diagnostik, obat resep, bahan habis pakai, dll)	Dijamin	Dijamin	Tidak Dijamin	Dijamin	Dijamin	Tidak Dijamin
Pencitraan untuk menegakkan diagnosa	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Radioterapi dan Kemoterapi	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Perawatan Cuci Darah	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Prosedur operasi yang dikategorikan sebagai rawat jalan	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Perawatan Tulang Belakang dan Sendi (Chiropractic), Akupunktur, Homeopati dan Osteopati	Maksimum USD 1,150	Maksimum USD 1,150	Tidak Dijamin	Maksimum IDR 16,100,000	Maksimum IDR 16,100,000	Tidak Dijamin
Obat Tradisional Cina	Maksimum USD 60 per kedatangan (kedatangan maksimum 20X per tahun)	Maksimum USD 60 per kedatangan (kedatangan maksimum 20X per tahun)	Not Covered	Maksimum IDR 840,000 per kedatangan (kedatangan maksimum 20X per tahun)	Maksimum IDR 840,000 per kedatangan (kedatangan maksimum 20X per tahun)	Not Covered
Fisioterapi	Dijamin	Dijamin	Tidak Dijamin	Dijamin	Dijamin	Tidak Dijamin

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)								
	PLAN D			PLAN E			PLAN F		
	Plan D1	PLAN D2	PLAN D3	PLAN E1	PLAN E2	PLAN E3	PLAN F1	PLAN F2	PLAN F3
<b>Rawat Jalan</b>									
Biaya konsultasi Dokter Umum & Dokter Spesialis (termasuk diagnostik, obat resep, bahan habis pakai, dll)	Maksimum IDR 20,000,000 per tahun Maksimum limit yang dapat dialihkan dalam satu keluarga IDR 5,000,000 per tahun	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Maksimum IDR 10,000,000 per tahun Maksimum limit yang dapat dialihkan dalam satu keluarga IDR 2,500,000 per tahun	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Maksimum IDR 5,000,000 per tahun Maksimum limit yang dapat dialihkan dalam satu keluarga IDR 1,000,000 per tahun	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Pencitraan untuk menegakkan diagnosa									
Radioterapi dan Kemoterapi	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Perawatan Cuci Darah	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Prosedur operasi yang dikategorikan sebagai rawat jalan	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Perawatan Tulang Belakang dan Sendi (Chiropractic), Akupunktur, Homeopati dan Osteopati	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Obat Tradisional Cina	IDR 750,000 per kunjungan (maksimum 20 kunjungan per tahun)	Tidak dijamin	Tidak dijamin	IDR 750,000 per kunjungan (maksimum 20 kunjungan per tahun)	Tidak dijamin	Tidak dijamin	IDR 500,000 per kunjungan (maksimum 20 kunjungan per tahun)	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Fisioterapi	IDR 1,000,000 per hari	Tidak dijamin	Tidak dijamin	IDR 1,000,000 per hari	Tidak dijamin	Tidak dijamin	IDR 1,000,000 per hari	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Pra - Rawat Inap (30 hari)	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Post - Rawat Inap (90 hari)	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Rawat jalan darurat akibat kecelakaan	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Perawatan gigi darurat akibat kecelakaan	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin

### 3. Rawat Gigi

Manfaat yang akan kami bayarkan kepada Anda berupa biaya untuk pemeriksaan gigi rutin, kerusakan gigi tidak disengaja, operasi mulut dan maksilofasial selama jangka waktu polis.

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (USD)			INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)		
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan A1	Plan B1	Plan C1
Operasi mulut dan maksilofasial	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Kerusakan gigi yang tidak disengaja	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Perawatan Gigi Rutin (Resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	80% dari pengeluaran yang timbul dan memenuhi syarat, maksimum USD 1,200	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)	80% dari pengeluaran yang timbul dan memenuhi syarat, maksimum IDR 16,800,000	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)								
	PLAN D			PLAN E			PLAN F		
	Plan D1	PLAN D2	PLAN D3	PLAN E1	PLAN E2	PLAN E3	PLAN F1	PLAN F2	PLAN F3
Operasi mulut dan maksilofasial	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Kerusakan gigi yang tidak disengaja	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Perawatan Gigi Rutin (Resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin

### 4. Perawatan Persalinan

Anda akan menerima manfaat untuk: kehamilan dan persalinan normal, komplikasi sebelum dan sesudah kelahiran, akomodasi bayi baru lahir.

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (USD)			INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)		
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan A1	Plan B1	Plan C1
Komplikasi sebelum dan sesudah persalinan	Dijamin setelah 12 bulan dari masa pertanggungansan)	Dijamin setelah 12 bulan dari masa pertanggungansan)	Dijamin setelah 12 bulan dari masa pertanggungansan)	Dijamin setelah 12 bulan dari masa pertanggungansan)	Dijamin setelah 12 bulan dari masa pertanggungansan)	Dijamin setelah 12 bulan dari masa pertanggungansan)
Akomodasi Bayi Baru Lahir (dibawah 16 minggu)	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Kehamilan dan Persalinan (Resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	Maksimum USD 13,800 Dijamin setelah 12 bulan dari masa pertanggungansan (masa tunggu dapat dihapus dengan premi tambahan)	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)	Maksimum IDR 193,200,000 Dijamin setelah 12 bulan dari masa pertanggungansan (masa tunggu dapat dihapus dengan premi tambahan)	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)								
	PLAN D			PLAN E			PLAN F		
	Plan D1	PLAN D2	PLAN D3	PLAN E1	PLAN E2	PLAN E3	PLAN F1	PLAN F2	PLAN F3
Komplikasi sebelum dan sesudah persalinan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan
Akomodasi Bayi Baru Lahir	Dijamin dengan co-payment 20%	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Dijamin dengan co-payment 20%	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Dijamin dengan co-payment 20%	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Kehamilan dan Persalinan (Resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin

## 5. Manfaat lain

Manfaat lain yang tidak termasuk ke dalam 4 (empat) manfaat utama di atas antara lain: kondisi yang sudah ada sebelumnya, perawatan kondisi kronis yang sudah ada sebelumnya, dan 'fase akut' dari kondisi kronis yang sudah ada sebelumnya, kondisi kronis yang timbul setelah pendaftaran, perawatan optik/mata rutin, pemeriksaan kesehatan, vaksin, transportasi ambulans, perawatan di rumah, Bantuan Medis Darurat Internasional ('IEMA'), perawatan psikiatri, perawatan penyakit terminal dan paliatif, biaya pemakaman, pendapat medis kedua, *global concierge*, telekonsultasi & telemedisin, manfaat perawatan di rumah.

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (USD)			INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)		
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan A1	Plan B1	Plan C1
<b>Manfaat Lainnya</b>						
Pemeriksaan Kesehatan (resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	Maksimum USD 1,000 (dijamin setelah 12 bulan dari masa pertanggunggaran)	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Maksimum IDR 14,000,000 dijamin setelah 12 bulan dari masa pertanggunggaran)	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Kondisi yang sudah diderita sebelumnya	Tahun 1&2: maksimum USD 2,300 Hanya berlaku setelah 9 bulan keanggotaan (Tahun-tahun berikutnya : up to USD 4,600)	Tahun 1&2: maksimum USD 2,300 Hanya berlaku setelah 9 bulan keanggotaan (Tahun-tahun berikutnya : up to USD 4,600)	Tidak Dijamin	Tahun 1&2: maksimum IDR 32,200,000 Hanya berlaku setelah 9 bulan keanggotaan (Tahun-tahun berikutnya : up to IDR 64,400,000)	Tahun 1&2: maksimum IDR 32,200,000 Hanya berlaku setelah 9 bulan keanggotaan (Tahun-tahun berikutnya : up to IDR 64,400,000)	Tidak Dijamin
Perawatan atas kondisi kronis yang tidak ada sebelumnya	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Biaya Ambulans	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Bantuan Medis Darurat (resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Perawatan Psikiatri	Maksimum USD 7,600 Maksimum 100 hari rawat inap seumur hidup	Maksimum USD 4,600 Maksimum 100 hari rawat inap seumur hidup	Maksimum USD 3,200 Maksimum 100 hari rawat inap seumur hidup	Maksimum IDR 106,400,000 Maksimum 100 hari rawat inap seumur hidup	Maksimum IDR 64,400,000 Maksimum 100 hari rawat inap seumur hidup	Maksimum IDR 44,800,000 Maksimum 100 hari rawat inap seumur hidup
Vaksinasi	Maksimum USD 1,500	Maksimum USD 1,200	Tidak Dijamin	Maksimum IDR 21,000,000	Maksimum IDR 16,800,000	Tidak Dijamin
Perawatan Mata Rutin (Resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	Maksimum USD 280	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)	Maksimum IDR 3,920,000	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)	Tidak dijamin (dapat ditambahkan dengan premi tambahan)
Perawatan terhadap pasien dengan penyakit terminal (hospice) dan paliatif	Maksimum USD 38,000 seumur hidup (dijamin setelah 12 bulan)	Maksimum USD 30,000 seumur hidup (dijamin setelah 12 bulan)	Tidak dijamin	Maksimum IDR 532,000,000 seumur hidup (dijamin setelah 12 bulan)	Maksimum IDR 420,000,000 seumur hidup (dijamin setelah 12 bulan)	Tidak dijamin

MANFAAT	INTERNATIONAL EXCLUSIVE (IDR)								
	PLAN D			PLAN E			PLAN F		
	Plan D1	PLAN D2	PLAN D3	PLAN E1	PLAN E2	PLAN E3	PLAN F1	PLAN F2	PLAN F3
Manfaat Lainnya									
Pemeriksaan Kesehatan (resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Kondisi yang sudah diderita sebelumnya	Available only after 9 months membership (Year 3 onwards: up to IDR 64,400,000)	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Available only after 9 months membership (Year 3 onwards: up to IDR 64,400,000)	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Available only after 9 months membership (Year 3 onwards: up to IDR 64,400,000)	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Perawatan atas kondisi kronis yang tidak ada sebelumnya	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Operasi mulut dan maksilofasial	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Biaya Ambulans	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Bantuan Medis Darurat (resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Perawatan Psikiatri	Maksimum IDR 30,000,000 Maksimum 100 hari limit seumur hidup untuk perawatan Rawat Inap	Maksimum IDR 30,000,000 Maksimum 100 hari limit seumur hidup untuk perawatan Rawat Inap	Maksimum IDR 30,000,000 Maksimum 100 hari limit seumur hidup untuk perawatan Rawat Inap	Maksimum IDR 30,000,000 Maksimum 100 hari limit seumur hidup untuk perawatan Rawat Inap	Maksimum IDR 30,000,000 Maksimum 100 hari limit seumur hidup untuk perawatan Rawat Inap	Maksimum IDR 30,000,000 Maksimum 100 hari limit seumur hidup untuk perawatan Rawat Inap	Maksimum IDR 30,000,000 Maksimum 100 hari limit seumur hidup untuk perawatan Rawat Inap	Maksimum IDR 30,000,000 Maksimum 100 hari limit seumur hidup untuk perawatan Rawat Inap	Maksimum IDR 30,000,000 Maksimum 100 hari limit seumur hidup untuk perawatan Rawat Inap
Kerusakan gigi yang tidak disengaja	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin	Dijamin
Komplikasi sebelum dan sesudah persalinan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan	Dijamin hanya setelah 12 bulan kepesertaan
Akomodasi Bayi Baru Lahir	Dijamin dengan co-payment 20%	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Dijamin dengan co-payment 20%	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Dijamin dengan co-payment 20%	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Kehamilan dan Persalinan (Resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Vaksinasi	Dijamin hanya setelah 36 bulan kepesertaan, maksimum IDR 5,000,000	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Dijamin hanya setelah 36 bulan kepesertaan, maksimum IDR 2,500,000	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Dijamin hanya setelah 36 bulan kepesertaan, maksimum IDR 1,500,000	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Perawatan Gigi Rutin (Resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Perawatan Mata Rutin (Resiko sendiri tahunan tidak berlaku)	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Perawatan terhadap pasien dengan penyakit terminal (hospice) dan paliatif	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin	Tidak dijamin
Biaya Pemakaman	Dijamin sebagai bagian dari Kecelakaan Diri IDR 25,000,000	Dijamin sebagai bagian dari Kecelakaan Diri IDR 25,000,000	Dijamin sebagai bagian dari Kecelakaan Diri IDR 25,000,000	Dijamin sebagai bagian dari Kecelakaan Diri IDR 25,000,000	Dijamin sebagai bagian dari Kecelakaan Diri IDR 25,000,000	Dijamin sebagai bagian dari Kecelakaan Diri IDR 25,000,000	Dijamin sebagai bagian dari Kecelakaan Diri IDR 25,000,000	Dijamin sebagai bagian dari Kecelakaan Diri IDR 25,000,000	Dijamin sebagai bagian dari Kecelakaan Diri IDR 25,000,000
Pendapat medis kedua	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Telekonsultasi & Telemedicine	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Manfaat perawatan di rumah	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia

## Informasi penting tentang plan Anda

### 1. Kebijakan kami tentang mengubah tingkat perlindungan Anda atau pindah ke plan lain

Kami tidak akan mengizinkan anggota untuk meningkatkan atau menurunkan tingkat perlindungan mereka kecuali pada setiap ulang tahun polis dan hanya jika diminta, secara tertulis, untuk melakukannya. Kami berhak menolak permintaan untuk memperbarui atau mengubah pertanggungan. Kami tidak akan membayar tingkat manfaat yang ditingkatkan untuk semua perawatan kondisi medis yang muncul atau semestinya telah diprediksi oleh anggota sebelum peningkatan menjadi efektif. Anggota diharuskan menyatakan semua kondisi medis kepada kami saat meminta peningkatan. Yang mana kondisi medis seperti itu, atau menjadi jelas, manfaat untuk kondisi medis semacam itu akan terbatas pada tingkat perlindungan yang mungkin berlaku untuk kondisi medis tersebut sebelum peningkatan.

Dalam hal apa pun, penerimaan akhir atas setiap amandemen oleh kami dan khususnya penerapan manfaat yang ditingkatkan (harus dikonfirmasi oleh kami secara tertulis) hanya akan dilakukan pada pembaruan berikutnya setelah permintaan. Amandemen maupun peningkatan tidak dapat dilakukan sepanjang tahun.

**2. Hal yang harus dilakukan jika Anda ingin menambah atau menghapus anggota polis Anda**

Jika Anda ingin menambahkan orang lain ke polis yang ada atau menghapus keanggotaan, Anda harus menginformasikan kami secara tertulis dan memberikan semua informasi yang kami minta. Untuk kelayakan pertanggungan, silakan merujuk ke Bagian 1.5 – Orang yang memenuhi syarat.

Semua aplikasi untuk menambahkan anggota harus tunduk pada penerimaan kami. Ulang tahun polis anggota tambahan akan sama dengan polis asli yang dikeluarkan untuk pemegang polis jika penyertaan anggota tambahan adalah anak yang baru lahir atau pasangan yang baru menikah. Untuk penghapusan anggota, kami akan mengembalikan premi untuk anggota tersebut jika ia belum mengajukan klaim. Kartu keanggotaan yang dikeluarkan untuk anggota yang dihapus dari polis harus dikembalikan kepada kami. Jika kami menerima penambahan atau penghapusan anggota selama tahun polis, penyesuaian premi pro-rata akan dilakukan.

**3. Hal yang terjadi jika anggota mengubah negara tempat tinggal utama mereka**

Anda harus memberi tahu kami jika anggota mengubah negara tempat tinggal utama mereka (tempat anggota tinggal hampir sepanjang tahun) bahkan jika mereka tinggal di area perlindungan yang sama karena hal ini dapat memengaruhi kelayakan mereka.

Tempat dimana anggota pindah ke negara tempat tinggal utama di luar area pertanggungan saat ini dan asalkan kami dapat terus menanggung anggota tersebut, kami akan mengubah plan anggota sesuai segera setelah kami menerima informasi perubahan negara tempat tinggal dari Anda. Penyesuaian premi pro-rata akan dilakukan.

Jika Anda tidak memberi tahu kami, kami dapat menolak untuk membayar manfaat.

Asuransi International Exclusive juga tersedia dari AXA Insurance di beberapa negara Asia lainnya dan di tempat lain. Silakan hubungi kami untuk informasi tentang ketersediaan dan syarat dan ketentuan.

**4. Apa yang terjadi jika anggota kembali ke negara asalnya?**

Anggota yang berkebangsaan Indonesia akan dapat memperbarui polis jika mereka kembali ke negara asal (Indonesia). Anggota yang bukan warga negara Indonesia dan akan kembali ke negara asalnya untuk tinggal, tidak akan dapat terus memperbarui polis. Kami akan memberikan perlindungan sampai tanggal kadaluwarsa polis di mana anggota tidak lagi memenuhi syarat berdasarkan polis.

**5. Hal yang terjadi jika Anda ingin membatalkan kebijakan Anda**

Anda dapat membatalkan polis Anda kapan saja dengan memberikan pemberitahuan secara tertulis kepada kami tidak kurang dari tiga puluh (30) hari. Dengan mengingat bahwa ini adalah kontrak tahunan, kami tidak akan mengembalikan premi jika segala klaim, sekecil apa pun, telah dibuat pada tahun polis saat ini. Dengan kondisi kami setuju untuk melakukan pengembalian dana (dan ini akan atas kebijakan kami sendiri), kami hanya akan mengembalikan premi berdasarkan tarif pendek seperti tabel di bawah ini dari akhir bulan kalender Masehi di mana pembatalan berlaku dan asalkan Anda telah mengembalikan kepada kami dokumen polis.

Tabel <i>Short Rate</i> Hanya berlaku untuk mode pembayaran premi tahunan saja dan jika tidak ada klaim yang dibayar atau tertunda	
Periode Pertanggungan selama tahun polis	Pengembalian dana dari premi tahunan (%)
Tidak melebihi 2 bulan sejak tanggal efektif	60%

Tidak melebihi 3 bulan sejak tanggal efektif	50%
Tidak melebihi 4 bulan sejak tanggal efektif	40%
Tidak melebihi 6 bulan sejak tanggal efektif	25%
Lebih dari 6 bulan sejak tanggal efektif	NIL

Harap dicatat:

- Tidak ada klaim dalam semua bentuk yang akan dipertimbangkan setelah pemberitahuan oleh Anda dan penerimaan oleh kami atas semua pembatalan.
- Tabel *short rate* digunakan sehubungan dengan pembatalan polis sebelum waktunya. Dasar penetapan tabel *short rate* ini adalah untuk menutup biaya – biaya administrasi yang sifatnya *fixed cost* yang sudah muncul di awal periode polis dan harus dibayarkan pada saat penutupan polis.

#### 6. Hal yang terjadi jika kami ingin membatalkan polis Anda

Kami dapat membatalkan polis Anda kapan saja dengan memberikan pemberitahuan tertulis kepada Anda tidak kurang dari tiga puluh (30) hari. Kami akan mengembalikan premi Anda secara proporsional dari akhir bulan kalender Masehi di mana pembatalan berlaku asalkan Anda telah mengembalikan kepada kami dokumen polis termasuk kartu keanggotaan. Kami tidak akan mengembalikan premi jika ada klaim, betapapun kecilnya, telah dilakukan pada tahun berjalan.

#### 7. Kapan ketentuan kebijakan Anda mungkin berubah

Kami memiliki hak untuk membatalkan atau mengubah semua atau sebagian dari polis Anda dari setiap ulang tahun polis. Kami tidak akan mengubah ketentuan polis Anda semata-mata hanya karena klaim pribadi Anda. Namun, kami akan melakukan perubahan hanya untuk merefleksikan perubahan di masa lalu atau yang dapat diperkirakan dalam praktik medis atau prosedur dan jenis serta frekuensi klaim. Tujuan dari perubahan tersebut adalah untuk mencari, sejauh mungkin, untuk mempertahankan secara substansial tingkat dan jenis tanggungan yang sama sambil memastikan bahwa *plan* tersebut tetap terjangkau.

Kami juga dapat mengubah premi jika biaya, perpajakan, peraturan, atau perubahan manfaat jika diperlukan. Dalam hal kami diharuskan oleh hukum untuk melakukan perubahan selama tahun polis, misalnya jika pajak baru diberlakukan, kami diwajibkan mengaplikasikannya sebelum tanggal pembaruan berikutnya. Kami berhak untuk menerapkan ketentuan penjaminan emisi ke polis Anda kapan saja jika kondisi medis yang dinyatakan wajar bagi kami.

#### 8. Pertanggungjawaban penuh untuk perawatan kanker

Perawatan onkologi dan biaya terkait yang memenuhi syarat, jika berlaku untuk kondisi medis atau gejala yang ada sebelum anggota pertama kali diterima oleh kami untuk pertanggungjawaban, akan tunduk pada syarat dan batasan yang berlaku untuk manfaat untuk 'kondisi yang sudah ada sebelumnya' (jika tersedia).

Bilamana perawatan onkologi dan biaya terkait yang memenuhi syarat berlaku untuk kondisi medis yang timbul setelah tanggal penerimaan anggota, oleh kami, biaya tersebut akan dibayarkan di luar batas keseluruhan dari *plan* di mana anggota tersebut ditanggung pada saat kondisi diagnosa pertama.

Perawatan onkologi dan biaya terkait yang memenuhi syarat, apabila berlaku untuk kondisi medis atau gejala yang ada sebelum anggota pertama kali diterima oleh kami untuk pertanggungjawaban, akan tunduk pada syarat dan batasan yang berlaku untuk manfaat untuk 'kondisi yang sudah ada sebelumnya' yang ditunjukkan dalam tabel klarifikasi dan tabel manfaat.

Harap dicatat bahwa fase penyembuhan dari setiap perawatan (seperti pemberian herceptin atau obat serupa yang tidak digolongkan sebagai perawatan aktif) akan dibayar berdasarkan manfaat perawatan rawat jalan yang tersedia



berdasarkan *plan* Anda. *Plan C* dan *C1* tidak menyediakan perlindungan untuk semua perawatan yang diterima sebagai pasien rawat jalan.

#### **9. Pertanggung jawaban penuh untuk cuci darah**

Bilamana perawatan cuci darah dan pengeluaran terkait yang memenuhi syarat berlaku untuk suatu kondisi medis yang timbul setelah tanggal penerimaan anggota, oleh kami, biaya tersebut akan dibayarkan di luar batas keseluruhan dari *plan* di mana anggota tersebut ditanggung pada saat kondisi pertama kali diagnosis.

Perawatan cuci darah dan pengeluaran terkait yang memenuhi syarat, jika berlaku untuk kondisi medis atau gejala yang ada sebelum anggota pertama kali diterima oleh kami untuk pertanggung jawaban, akan tunduk pada syarat dan batasan yang berlaku untuk manfaat untuk 'kondisi yang sudah ada sebelumnya' ditunjukkan dalam tabel klarifikasi dan tabel manfaat.

#### **10. Pertanggung jawaban penuh untuk kondisi kronis**

Asuransi International Exclusive menanggung perawatan kondisi kronis serta perawatan untuk komplikasi yang timbul dari kondisi kronis yang gejala awalnya menjadi jelas setelah anggota diterima, oleh kami, untuk perlindungan pada *plan* tertentu.

Perawatan kondisi kronis mengacu pada biaya konsultasi, obat-obatan, dan penyelidikan rutin.

*Plan A, B, A1 dan B1* menyediakan perlindungan untuk perawatan kondisi kronis yang pertama kali timbul setelah Anda diterima sebagai anggota, diterima sebagai pasien rawat jalan. *Plan C dan C1* hanya menyediakan penanggung jawaban Rawat Inap termasuk pra dan pasca rawat inap, oleh karena itu, umumnya tidak disediakan perlindungan untuk pemeliharaan kondisi kronis.

Jika ada gejala sebelum dimulainya polis Anda, hal tersebut harus dinyatakan kepada kami, dengan itikad baik, pada formulir aplikasi asli anggota. Asalkan deklarasi tersebut dibuat dan diterima oleh kami, kondisi perawatan tersebut akan bertanggung jawab dalam manfaat 'kondisi yang ada sebelumnya' (jika tersedia) berdasarkan *plan* Anda.

Hanya perawatan yang diakui, terbukti, dan perlu, yang ditentukan oleh seorang praktisi medis yang akan memenuhi syarat untuk mendapatkan manfaat.

#### **11. Pertanggung jawaban penuh untuk penyakit psikiatri**

Asuransi International Exclusive menanggung perawatan penyakit kejiwaan hingga tingkat yang ditunjukkan dalam ikhtisar polis untuk *plan* Anda. Anggota yang dirawat atau anggota keluarga terdekatnya harus menghubungi kami untuk mendapatkan persetujuan tertulis kami dari perawatan yang direncanakan dan biaya yang diusulkan sebelum perawatan dimulai.

#### **12. Posisi pada pengujian genetik**

Kami tidak membayar untuk tes genetica, atau untuk konseling yang diperlukan setelah tes genetica, bahkan jika tes tersebut dilakukan untuk menentukan kemungkinan anggota tersebut secara genetica bersedia pada pengembangan kondisi medis di masa depan atau tidak. Hal ini dikarenakan tes dilakukan untuk menentukan apakah suatu kondisi medis dapat berkembang dan bukan untuk perawatan suatu kondisi medis.

#### **13. Bergabung, memperbarui, dan men-transfer**

(a) Semua kondisi yang sudah ada sebelumnya, dengan itikad baik, harus dinyatakan kepada kami, secara tertulis, pada saat mengajukan permohonan kecuali kami telah menyetujui sebaliknya secara tertulis bahwa Anda/anggota tidak perlu memberi tahu kami. Harap perhatikan juga bahwa mungkin ada kasus-kasus di mana kami mungkin perlu menolak seluruh aplikasi mengingat kondisi seseorang yang sudah ada sebelumnya.

Kami akan memberi tahu Anda secara tertulis tanggal polis Anda dimulai dan ketentuan khusus apa pun yang berlaku. Kami dapat menolak memberikan perlindungan dan akan memberi tahu Anda jika kami melakukannya.

(b) Hanya orang-orang yang tercantum dalam Ikhtisar Polis dianggap anggota kebijakan ini. Semua penutup yang berlaku untuk anggota berakhir jika Anda memutuskan untuk mengakhiri penutupan.

- (c) Polis Anda berlaku selama satu tahun kecuali kami telah menyetujui sesuatu yang berbeda. Pada akhirnya, jika *plan* yang Anda gunakan masih tersedia, Anda memiliki hak untuk memperbarui polis ini dengan syarat dan ketentuan yang berlaku pada saat itu dengan membayar premi yang berlaku pada saat pembaruan. Anda akan terikat oleh persyaratan tersebut. Hal ini tidak akan berlaku jika polis berakhir, atau dihentikan atau dibatalkan sesuai dengan ketentuan polis ini dan selanjutnya Anda harus mengajukan permohonan kembali untuk pertanggungan asuransi berdasarkan polis ini. Jika kami tidak dapat memperbarui polis Anda pada semua hari ulang tahun polis, kami akan memberi Anda pemberitahuan tiga puluh (30) hari dan akan mengirimkan rinciannya ke alamat yang kami miliki kepada Anda di catatan kami.
- (d) Tarif premi tidak dijamin dan premi yang dibayarkan pada saat perpanjangan harus ditentukan pada setiap pembaruan berdasarkan usia yang dicapai masing-masing anggota, tarif premi yang berlaku, dan faktor-faktor lain yang secara material dapat mempengaruhi risiko yang diasuransikan. Anda harus membayar premi saat jatuh tempo, dan premi yang dibayarkan tidak boleh kurang dari jumlah premi yang tercantum dalam pemberitahuan undangan perpanjangan. Setiap pemberitahuan pembaruan yang kami kirimkan kepada Anda hanya untuk informasi Anda dan tidak mengurangi tanggung jawab Anda untuk membayar premi perpanjangan pada atau sebelum ulang tahun polis. Kami akan memutuskan jumlah pada awal setiap tahun dan memberi tahu Anda jumlah premi yang harus Anda bayar. Anda dapat membayar dengan cara yang telah Anda setujui bersama kami melalui metode *transfer*, giro bank, dan metode pembayaran lain yang disetujui. Dengan ini disepakati dan dinyatakan bahwa total premi yang jatuh tempo harus dibayar dan benar-benar diterima sepenuhnya oleh kami (atau perantara melalui siapa polis ini diberlakukan) pada atau sebelum tanggal awal pertanggungan di bawah polis, Sertifikat Pembaruan (*Renewal Certificate*), Catatan Pertanggungan (*Cover Note*), atau Pengesahan (Endosemen). Dalam hal total premi yang jatuh tempo tidak dibayarkan dan benar-benar diterima sepenuhnya oleh kami (atau perantara melalui siapa polis ini diberlakukan) pada atau sebelum tanggal awal sebagaimana disebutkan di atas, maka polis, pembaruan polis, dan Endosemen akan dianggap dibatalkan segera dan tidak ada manfaat apa pun yang akan dibayarkan oleh kami. Segala Pembayaran yang diterima sesudahnya tidak akan berpengaruh pada pembatalan polis, Pembaruan polis, dan Endosemen.
- (e) Kami dapat mengubah semua atau sebagian dari polis termasuk ikhtisar polis atau ketentuan polis, tetapi hanya untuk alasan yang ditunjukkan dalam perjanjian atau polis keanggotaan kami, dan perubahan tersebut hanya akan berlaku untuk Anda ketika Anda memperbarui kecuali kami diwajibkan oleh hukum untuk menerapkan semua perubahan dengan segera. Kami akan memberi Anda pemberitahuan perubahan selama tiga puluh (30) hari dan akan mengirimkan rinciannya ke alamat yang kami miliki untuk Anda di catatan kami. Perubahan akan berlaku mulai dari saat Anda memperbarui atau ketika diterapkan oleh hukum bahkan jika, karena alasan apa pun, semua anggota tidak menerima perinciannya.
- (f) Anggota polis yang meninggalkan *plan* dapat mengajukan permohonan kepada kami untuk polis individu. Dalam semua kasus seperti itu anggota akan diminta untuk mengisi formulir aplikasi baru dan membuat deklarasi riwayat medis lengkap sehubungan dengan masing-masing dan setiap orang yang akan diasuransikan. Kami berhak untuk menerapkan klausa pengecualian dan/atau ketentuan khusus yang kami anggap perlu untuk setiap kondisi medis yang ada dan/atau yang sudah ada sebelumnya pada tanggal aplikasi bahkan jika kondisi tersebut sebelumnya ditanggung dalam polis ini. Asuransi International Exclusive juga tersedia dari AXA Insurance di beberapa negara Asia lainnya dan di tempat lain. Jika memungkinkan, kami mungkin dapat mengirim anggota ke *plan* individu AXA Insurance lain, tanpa pengecualian penjaminan medis tambahan. Silakan hubungi kami untuk informasi tentang ketersediaan dan syarat dan ketentuan.

#### **14. Kondisi Umum**

(yang berlaku untuk seluruh polis dan untuk diperhatikan oleh Anda dan semua anggota yang diasuransikan berdasarkan polis)

Ini adalah bagian penting dari kontrak dimana Anda memahami Kondisi-Kondisi Umum berikut, dan pada dasarnya mengizinkan, kondisi preseden pada hak mendapatkan ganti dari kami:

- 14.1. Jika ada peserta yang melanggar persyaratan apapun dalam polis atau melakukan, atau berusaha untuk melakukan, tiap klaim yang tidak jujur, kami dapat:
- Menolak melakukan pembayaran apapun; dan
  - Menolak untuk memperpanjang polis Anda; atau
  - Membebaskan persyaratan lain untuk setiap pertanggungan yang akan kami berikan; atau
  - Segera mengakhiri polis Anda dan semua pertanggungan di dalamnya.
- 14.2. Kami dapat mengubah semua atau sebagian dari polis termasuk ikhtisar polis atau ketentuan-ketentuan ini, tetapi hanya untuk alasan yang ditunjukkan dalam buku pegangan atau Perjanjian kami, dan perubahan hanya akan berlaku untuk Anda ketika Anda memperbarui kecuali kami diwajibkan oleh hukum untuk menerapkan perubahan secara langsung. Kami akan memberi Anda pemberitahuan yang wajar tentang perubahan tersebut dan akan mengirimkan rinciannya ke alamat yang kami miliki untuk Anda di catatan kami. Perubahan akan berlaku mulai dari saat Anda memperbarui atau ketika diterapkan oleh hukum bahkan jika, karena alasan apa pun, anggota mana pun tidak menerima perinciannya.
- 14.3. Untuk keperluan penentuan pembayaran premi, usia anggota akan dianggap sebagai usia yang dicapainya dan setiap tabel premi atau bahan lain yang kami sediakan dalam kaitannya dengan hal ini harus dibaca menurut hal tersebut.
- 14.4. Anda harus membayar premi saat jatuh tempo atau maksimal dalam tenggang waktu 30 (tiga puluh) hari kalender dihitung dari tanggal mulai berlakunya polis. Kami akan memberitahukan jumlahnya pada setiap permulaan tahun. Anda dapat membayar dengan cara yang telah Anda sepakati dengan kami. Jika polis Anda berjalan selama satu tahun, Anda harus membayar premi selama setahun penuh, berapa pun pembayarannya. Jika pembayaran premi Anda melewati waktunya, polis Anda akan berakhir.
- 14.5. Anda harus memastikan bahwa kapan pun Anda diminta untuk memberikan informasi kepada kami, semua informasi yang Anda berikan adalah benar, akurat, dan lengkap. Jika tidak, maka kami dapat membatalkan polis atau memberlakukan syarat-syarat pertanggungan yang berbeda.
- 14.6. Anda, anggota, atau perwakilannya harus bekerja sama secara penuh dengan kami dan tim medis kami (termasuk praktisi medis independen yang ditunjuk) dan Anda, anggota, atau perwakilannya akan sepenuhnya dan penuh kesediaan membuka semua fakta dan hal yang Anda dan/atau anggota ketahui atau yang seharusnya diketahui dan akan melalui permintaan untuk melaksanakan semua dokumen untuk memberikan kuasa kepada kami untuk memperoleh informasi yang relevan, pada tanggungan biaya Anda atau anggota dari semua praktisi medis atau rumah sakit atau klinik atau sumber lainnya.
- 14.7. Polis ini tidak memberikan kompensasi pertanggungan kecuali dengan dasar proporsional jika Anda atau anggota memiliki asuransi lain yang berlaku atau berhak mendapatkan ganti rugi dari sumber lainnya sehubungan dengan cedera atau penyakit yang sama.
- 14.8. Kami memiliki hak penuh atas subrogasi dan dapat mengambil tindakan atas nama pemegang polis atau anggota, dengan biaya kami, untuk mengembalikan pembayaran yang dilakukan dibawah polis dan/atau untuk memperoleh ganti rugi dari pihak ketiga.
- 14.9. Dengan ini dinyatakan bahwa sebagai prasyarat kewajiban kami, pemegang polis dan anggota telah setuju bahwa setiap informasi pribadi yang berkaitan dengan pemegang polis yang diberikan oleh atau atas nama anggota terhadap kami dapat disimpan, dipergunakan dan dibuka untuk membantu kami atau individu/organisasi yang terkait dengan kami atau pihak ketiga yang independen (di dalam atau di luar Indonesia) untuk:
- i. Memproses dan menilai aplikasi anggota atau semua hal yang muncul dari polis dan aplikasi lain untuk pertanggungan asuransi; dan/atau
  - ii. Menyediakan semua pelayanan menurut polis.
- 14.10. Kami tidak terikat pada pernyataan piutang, biaya, hak gadai, penugasan atau urusan lain dengan atau berhubungan dengan polis ini, tetapi pembayaran polis oleh kami kepada pemegang polis/peserta, nominasi atau perwakilan sahnya, dimana mungkin, dari kompensasi atau manfaat apapun dibawah polis ini akan menjadi pelunasan yang sah untuk kami pada semua kasus.

- 14.11. Anda harus menulis dan memberitahukan kami jika Anda berubah alamat. Anda mewakili setiap anggota yang ditanggung oleh polis Anda sehingga kami akan mengirim semua korespondensi tentang polis ke alamat Anda.
- 14.12. Anda harus memberi tahu kami jika ada anggota yang mengubah negara tempat tinggal utama mereka walaupun mereka tinggal di daerah yang sama. Jika Anda tidak memberi tahu kami, kami berhak untuk tidak membayar semua manfaat.
- 14.13. Polis ini diatur oleh hukum Indonesia.
- 14.14. Jika ada perselisihan antara Anda dan kami, kami memiliki prosedur pengaduan, yang ditetapkan dalam Bagian 8 - 'Apabila Timbul Masalah', yang harus diikuti oleh anggota sehingga kami dapat menyelesaikannya.
- 14.15. Perselisihan
- I. Dalam hal timbul perselisihan antara Penanggung dan Tertanggung sebagai akibat dari penafsiran atas tanggung jawab atau besarnya ganti rugi dari Polis ini, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui forum perdamaian atau musyawarah oleh unit internal Penanggung yang menangani Pelayanan dan Penyelesaian Pengaduan bagi Konsumen. Perselisihan timbul sejak Tertanggung menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan. Penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah dilakukan dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan.
  - II. Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah sebagaimana diatur pada ayat 1 tidak mencapai kesepakatan, maka ketidaksepakatan tersebut harus dinyatakan secara tertulis oleh Penanggung dan Tertanggung. Selanjutnya Tertanggung dapat memilih penyelesaian sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan dengan memilih salah satu klausul penyelesaian sengketa sebagaimana diatur di bawah ini.
    - A. LEMBAGA ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA  
Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI) sesuai dengan Peraturan dan Prosedur BMAI atau melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Asuransi lainnya yang terdaftar di Otoritas Jasa Keuangan.
    - B. PENGADILAN  
Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia.
- 14.16. Persyaratan polis anda tidak dapat dirubah dan begitu juga otorisasi klaim yang diberikan melalui komunikasi verbal apapun antara Anda dan kami. Setiap perubahan, persetujuan, atau pernyataan lain terkait dengan polis Anda harus dikonfirmasi tertulis, kepada kami. Kami tidak terikat dengan semua komitmen verbal yang tidak dikonfirmasi tertulis kepada kami
- 14.17. Merujuk pada persyaratan lain dalam polis ini, pertanggunganan polis untuk anggota yang bersangkutan juga akan otomatis berakhir begitu terjadi peristiwa-peristiwa berikut:
- i. Tanggal polis berakhir;
  - ii. Tanggal pertanggunganan anggota diakhiri;
  - iii. Kematian anggota;
  - iv. Negara tempat tinggal utama pemegang polis atau anggota tidak lagi Indonesia kecuali disetujui oleh kami secara tertulis;
  - v. Tidak adanya pembayaran premi untuk polis ini;
  - vi. Jika terdapat kesalahan interpretasi, *non-disclosure* atau penipuan dari pemegang polis dan/atau peserta; atau anggota
  - vii. Jika terdapat pelanggaran pada peraturan apapun dan/atau hukum dan/atau sanksi ekonomi. Berakhirnya polis Anda akan secara otomatis mengakhiri pertanggunganan untuk semua anggota juga.
- 14.18. Polis ini dalam segala keadaan tidak akan dianggap memberikan perlindungan dan tidak ada kewajiban untuk membayar atau memberikan semua manfaat sejauh ketentuan dari perlindungan, pembayaran klaim atau

ketentuan manfaat tersebut yang akan menyebabkan kami melanggar, atau membuat kami terkena larangan, atau pembatasan berdasarkan hukum atau peraturan Indonesia.

14.19. Kami dan Anda setuju untuk mengesampingkan Pasal 1266 KUH Perdata Indonesia sejauh persetujuan pengadilan sebelumnya diperlukan untuk pengakhiran polis ini.

14.20. Polis ini dibuat dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris. Ketika terjadi ketidakkonsistenan antara versi Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris, versi Bahasa Inggris yang akan digunakan.

14.21. Kami berhak untuk meninjau semua atau sebagian dari polis termasuk ikhtisar polis atau ketentuan – ketentuan, menerapkan batasan khusus pada jaminan yang ditawarkan dan selaras dengan tolak ukur yang disediakan oleh Pedoman Internal kami dengan segera.

14.22. Polis ini telah disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan termasuk ketentuan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan.

## **15. Tabel Premi**

Tabel premi berikut adalah premi yang berlaku pada awal penerbitan polis dan juga pada saat perpanjangan polis.





## Risiko

- **Risiko Investasi:**  
Asuransi International Exclusive bukan merupakan produk unit link sehingga tidak ada risiko investasi di dalamnya.
- **Risiko Pemegang Polis, Tertanggung, Termaslahat dan/atau pihak lain yang berkepentingan:**
  1. Pemegang Polis, Tertanggung, Termaslahat dan/atau pihak lain yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi tidak berhak mendapatkan Manfaat Asuransi yang disebabkan oleh hal – hal yang dikecualikan dari pertanggungan.
  2. Pembatalan sepihak/menolak pembayaran klaim/menarik kembali semua Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan oleh Penanggung, apabila Pemegang Polis, Tertanggung, Termaslahat, dan/atau pihak lain yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi telah memberikan keterangan yang tidak benar atau memberikan keterangan palsu atau memanipulasi dokumen sehubungan pengajuan klaim Manfaat Asuransi atau pengajuan klaim tidak sesuai dengan ketentuan Polis.

## Biaya

### Biaya Polis, Biaya Sertifikat, dan Biaya Materai

- a) **Biaya Polis & Materai** : USD 15 (untuk polis dengan USD) atau IDR 150,000 (untuk polis dengan IDR)
- b) **Biaya Sertifikat** : Nihil

## Pengecualian

### *Pengecualian dan batasan*

1. *Pengujian, investigasi, perawatan, sesuatu, kondisi, aktivitas berikut ini, dan biaya terkait atau konsekuensinya tidak termasuk dalam polis ini dan kami tidak bertanggung jawab atas:*
  - 1.1. *Perawatan atas setiap kondisi medis yang telah dimiliki sebelumnya oleh anggota pada waktu ia menjadi anggota dan yang seharusnya telah Anda/anggota beritahukan kepada kami tetapi tidak memberitahukan kami sama sekali atau Anda tidak memberitahu kami tentang segala sesuatunya, kecuali apabila kami telah menyepakati hal lain secara tertulis bahwa Anda tidak perlu memberitahukan hal tersebut kepada kami;*
  - 1.2. *Perawatan tanpa pembedahan atas suatu kondisi medis yang tidak dapat segera pulih melalui perawatan atau berlanjut atau berulang kecuali apabila diperbolehkan dalam tabel manfaat dan diterima oleh kami secara tertulis;*
  - 1.3. *Setiap perawatan yang hanya menawarkan keringanan sementara atas gejala – gejala daripada menangani, apabila memungkinkan untuk dilakukan yang didasari dengan kondisi medis;*
  - 1.4. *Kehamilan atau persalinan (kelahiran) secara normal (kecuali apabila hal ini dimasukkan secara spesifik ke dalam tambahan tabel manfaat Anda), pembedahan Caesar, dan setiap komplikasi yang berkaitan dengan pembedahan tersebut;*
  - 1.5. *Kehamilan sebagai hasil dari segala bentuk bantuan konsepsi, komplikasinya atau melalui operasi caesar yang tidak diperlukan secara medis atau dilakukan perawatan, atau yang dibutuhkannya, selama sembilan puluh (90) hari pertama setelah kelahiran untuk setiap anak yang dikandung dengan cara buatan atau segala bentuk konsepsi bantuan/kehamilan yang dibantu;*
  - 1.6. *Pengguguran kehamilan atau semua konsekuensi dari pengguguran, kecuali jika memenuhi syarat di bawah manfaat 'Komplikasi pra dan pasca kelahiran';*
  - 1.7. *Investigasi, diagnosa dan perawatan atas infertilitas, impotensi, varikokel, vaginismus, kontrasepsi, kehamilan yang dibantu, sterilisasi (atau kebalikannya) atau semua konsekuensi atau semua perawatan untuk kesuburan dan/atau klinik reproduksi atau fasilitas medis kecuali diperbolehkan dalam tabel manfaat dan diterima oleh kami secara tertulis;*
  - 1.8. *Perawatan penyakit menular seksual dan semua jenis komplikasinya;*



- 1.9. *Penggantian jenis kelamin atau pengukuhan jenis kelamin dengan cara apa pun termasuk operasi penggantian jenis kelamin atau perawatan bedah lainnya, psikoterapi atau layanan serupa, perawatan lain yang timbul dari atau secara langsung atau tidak langsung diperlukan oleh penggantian jenis kelamin;*
- 1.10. *Perawatan segala kondisi medis yang timbul dengan segala cara dari infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) dan segala jenis komplikasinya;*
- 1.11. *Investigasi atau perawatan obesitas (Indeks Massa Tubuh atau BMI sama dengan 35 atau lebih) atau semua kondisi medis yang timbul dari, atau terkait dengan, obesitas dengan segala cara termasuk tetapi tidak terbatas pada penggunaan gastric banding atau stapling;*
- 1.12. *Perawatan penghilangan lemak atau jaringan berlebih dari bagian tubuh apabila diperlukan atau tidak untuk alasan medis atau psikologis; peningkatan berat badan; suplemen atau obat untuk penurunan berat badan atau peningkatan berat badan atau segala alat bantu pelangsingan, bulimia, anoreksia nervosa;*
- 1.13. *Biaya donor, biaya pengumpulan organ donor, untuk operasi transplantasi atau biaya administrasi yang terlibat bahkan apabila transplantasi tersebut diperbolehkan dalam ketentuan plan ini;*
- 1.14. *Perawatan yang timbul dari atau secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh cedera yang sengaja dilakukan sendiri atau upaya bunuh diri; penyalahgunaan atau dosis berlebihan atau penggunaan obat-obatan yang berlebihan;*
- 1.15. *Pelatihan, program, atau perawatan yang timbul dari atau dengan segala cara terkait dengan penyalahgunaan alkohol, penyalahgunaan narkoba, ketergantungan nikotin atau merokok, penyalahgunaan atau kelebihan dosis obat atau segala jenis zat;*
- 1.16. *Semua perawatan untuk memperbaiki cacat mata seperti rabun jauh atau rabun dekat atau astigmatisme, operasi mata laser/lasik kecuali diperbolehkan dalam plan Anda;*
- 1.17. *Kelas pengasuhan atau kelas pengajaran lainnya tetapi tidak terbatas pada kelas pelangsingan, sebelum atau sesudah kelahiran; semua jenis kursus atau program;*
- 1.18. *Perawatan yang berkaitan dengan gangguan belajar, masalah pendidikan, masalah perilaku, perkembangan fisik atau perkembangan psikologis, termasuk beban atau pemeriksaan masalah tersebut;*
- 1.19. *Perawatan pencegahan (misalkan: profilaksis);*
- 1.20. *Perawatan untuk menghilangkan gejala-gejala yang umumnya terkait dengan perubahan tubuh yang timbul dari penyebab fisiologis atau alami seperti penuaan, menopause, atau pubertas dan yang bukan disebabkan oleh sakit, penyakit, atau cedera yang mendasarinya;*
- 1.21. *Vaksinasi dan pemeriksaan medis rutin atau preventif, pemeriksaan pendengaran dan perawatan korektif, termasuk konsultasi lanjutan secara rutin, kecuali diizinkan dalam tabel manfaat dan diterima oleh kami secara tertulis;*
- 1.22. *Biaya penyediaan atau pemasangan protesa eksternal atau orthosis atau perlengkapan atau alat bantu medis atau peralatan medis yang tahan lama kecuali diizinkan dalam tabel manfaat;*
- 1.23. *Obat rawat jalan atau perban kecuali yang ditentukan sebagai resep, dan perlindungan yang diberikan polis Anda;*
- 1.24. *Ortodontik, periodontik, endodontik, kedokteran gigi preventif, dan perawatan gigi umum termasuk penambalan, tidak peduli siapa yang memberikan perawatan kecuali ditentukan oleh plan Anda dan disetujui, secara tertulis, oleh kami;*
- 1.25. *Klaim berkenaan dengan perawatan yang diterima di luar wilayah pertanggunggunaan atau jika anggota melakukan perjalanan melawan nasihat medis bahkan jika hal tersebut berada dalam wilayah pertanggunggunaan;*
- 1.26. *Segala biaya yang timbul sebagai akibat dari terlibat dalam atau pelatihan untuk semua jenis olahraga di mana anggota menerima gaji atau penggantian uang, termasuk hibah atau sponsor (kecuali anggota hanya menerima biaya perjalanan);*
- 1.27. *Perawatan luka-luka yang diderita mulai dari terjun bebas dengan parasut (base jumping), menyelam ke dalam air dari jurang curam (cliff diving), terbang dengan pesawat terbang tanpa lisensi atau pemula, balon udara, menyelam ke kedalaman lebih dari dua puluh (20) meter, melakukan perjalanan (trekking) ke*

*ketinggian lebih dari tiga ribu lima seratus (3.500) meter, pendakian bebas, pendakian gunung dengan atau tanpa tali, terjun bebas dengan tali karet (bungee jumping), canyoning, hand gliding, paralayang atau microlighting, terjun payung, penelusuran gua (potholing);*

- 1.28. Segala perlakuan yang secara khusus dikecualikan oleh persyaratan yang ditunjukkan pada pernyataan keanggotaan Anda atau ikhtisar/pengesahan yang merupakan bagian dari polis ini; segala biaya untuk segala sesuatu yang tidak tercantum dalam tabel manfaat dan/atau ikhtisar polis yang berlaku dalam plan Anda;*
- 1.29. Segala biaya yang dikeluarkan untuk alasan sosial atau domestik atau untuk alasan yang tidak terkait langsung dengan perawatan;*
- 1.30. Segala biaya untuk perawatan yang terjadi sebelum tanggal polis dimulai, bahkan jika periode rawat inap atau perawatan terkait terjadi pada atau setelah polis dimulai;*
- 1.31. Segala biaya dari kesehatan hydro, spa, pusat kebugaran, atau tempat serupa lainnya, sekalipun jika terdaftar sebagai rumah sakit;*
- 1.32. Segala biaya dari klinik penyembuhan alam (atau praktisi) atau tempat serupa, bahkan jika terdaftar sebagai rumah sakit kecuali ditentukan oleh plan Anda;*
- 1.33. Setiap atau sebagian dari klaim sehubungan dengan Anda/anggota harus membayar kelebihan (atau risiko sendiri atau asuransi bersama). Dalam hal ini kami hanya akan membayar saldo klaim setelah kami mengurangi jumlah kelebihan (atau risiko sendiri atau asuransi bersama);*
- 1.34. Biaya rawat inap untuk setiap rumah sakit yang tidak wajar dan lazim (R&C). Kami akan membayar hanya untuk biaya wajar dari kategori biaya terendah dari kamar yang berlaku untuk plan Anda sebagai biaya akomodasi yang terkait dengan perawatan yang diberikan;*
- 1.35. Segala biaya untuk perawatan terkait dengan dan/atau koreksi kondisi bawaan dan/atau kelainan baik nyata atau tidak atau didiagnosis atau diketahui saat lahir kecuali diperbolehkan dalam tabel manfaat dan diterima oleh kami secara tertulis;*
- 1.36. Biaya perawatan yang berkaitan dengan dan/atau kelainan kromosom dan/atau mutasi genetik dan/atau kondisi keturunan tetapi tidak terbatas pada Hemophilia, Thalassemia;*
- 1.37. Setiap biaya administrasi atau laporan dalam bentuk apa pun (kecuali disarankan lain oleh kami) atau biaya lain yang bukan bersifat medis sehubungan dengan penyediaan dan/atau kinerja persediaan dan/atau layanan medis;*
- 1.38. Fluktuasi semua bank, biaya kredit atau nilai tukar;*
- 1.39. Biaya perawatan yang diberikan dan obat yang diresepkan oleh praktisi medis yang tidak terkait dengan perawatan yang diberikan kepada anggota;*
- 1.40. Perawatan, konsultasi, atau rujukan medis oleh kerabat Anda atau anggota Anda atau siapa pun yang memiliki kepentingan finansial atau profesional atau untuk terapi mandiri;*
- 1.41. Semua vitamin, suplemen, atau obat tradisional Cina yang diresepkan atau tidak kecuali anggota tersebut memenuhi syarat untuk mendapat manfaat 'Perawatan Alternatif' dan hal tersebut diresepkan oleh seorang praktisi alternatif atau praktisi medis yang memenuhi syarat dan tunduk pada batasan dan ketersediaan manfaat 'pengobatan alternatif' dari plan anggota;*
- 1.42. Perawatan psikiatrik termasuk insomnia kecuali diperbolehkan dalam tabel manfaat;*
- 1.43. Kriopreservasi, atau pengumpulan, atau penyimpanan sel induk sebagai tindakan pencegahan terhadap kemungkinan sakit/penyakit/cedera di masa depan atau implantasi atau re-implantasi sel hidup atau jaringan hidup baik autolog atau disediakan oleh donor;*
- 1.44. Perawatan yang tidak dianggap perlu secara medis atau yang dapat dianggap sebagai permasalahan pilihan pribadi;*
- 1.45. Rawat inap untuk kondisi medis yang dapat diperlakukan dengan baik sebagai rawat jalan;*
- 1.46. Segala biaya untuk perawatan yang diperlukan sebagai akibat dari tindakan ilegal dari anggota yang memerlukan perawatan;*

- 1.47. *Tes genetik, atau untuk konseling yang diperlukan setelah tes genetik, bahkan ketika tes tersebut dilakukan untuk menentukan apakah anggota tersebut secara genetika bersedia pada pengembangan kondisi medis di masa depan atau tidak. Tes tersebut dilakukan untuk menentukan apakah suatu kondisi medis dapat berkembang dan bukan untuk perawatan suatu kondisi medis;*
- 1.48. *Biaya non-medis dan perlengkapan mandi standar seperti, tetapi tidak terbatas pada shampo, sabun, pasta gigi, obat kumur, lotion, pelembab, pembersih, gel mandi, terlepas diperlukan secara medis atau ditentukan oleh praktisi medis; alat kontrasepsi, sakit kepala eksklusif, dan obat flu, vitamin yang dapat dibeli tanpa resep, di apotek setempat, kami juga tidak membayar untuk panggilan telepon;*
- 1.49. *Pengobatan untuk semua jenis gangguan tidur termasuk sleep apnea, tes studi tidur, mendengkur;*
- 1.50. *Penyelidikan, dan perawatan, rambut rontok, dan penggantian rambut apa pun; semua bentuk jerawat;*
- 1.51. *Tindik telinga atau tato termasuk perawatan yang diperlukan sebagai hasil dari semua ini;*
- 1.52. *Perawatan sementara tinggal di rumah sakit selama lebih dari sembilan puluh (90) hari terus menerus untuk kerusakan neurologis permanen atau jika anggota dalam keadaan koma permanen. Kami mendefinisikan keadaan koma permanen sebagai keadaan tidak responsif atau tidak sadar secara mendalam, tanpa tanda kesadaran atau pikiran yang berfungsi, bahkan jika orang tersebut dapat membuka mata dan bernapas tanpa bantuan, dan orang tersebut tidak menanggapi rangsangan seperti memanggil nama mereka, atau menyentuh. Keadaan harus menetap selama setidaknya empat (4) minggu tanpa tanda-tanda perbaikan, ketika semua upaya yang wajar telah dilakukan untuk meringankan kondisi tersebut atau tidak ada pemulihan;*
- 1.53. *Pemeliharaan kehidupan artifisial selama lebih dari enam puluh (60) hari terus menerus jika Anda berada dalam keadaan vegetatif persisten dan hanya dapat bertahan hidup dengan intervensi medis dan bila perawatan tidak akan atau tidak diharapkan menghasilkan pemulihan atau mengembalikan Anda ke kondisi kesehatan sebelumnya;*
- 1.54. *Teknik medis atau bedah eksperimental atau perintis dan perangkat medis yang tidak disetujui oleh otoritas yang relevan, dewan pengawas pemerintah dan uji klinis untuk produk obat yang Anda atau anggota keluarga pilih meskipun terdapat perawatan biasa dan konvensional untuk kondisi tersedia;*
- 1.55. *Bedah robotik dengan pengecualian untuk prostektomi, nefrektomi parsial, dan pieloplasti menggunakan robot da Vinci yang harus tunduk pada pra-otorisasi kami;*
- 1.56. *Perawatan yang berkaitan langsung dengan ibu pengganti (surogasi). Hal ini berlaku untuk Anda jika Anda bertindak sebagai pengganti atau sebagai orang tua yang dimaksud, atau kepada orang lain yang bertindak sebagai pengganti untuk Anda;*
- 1.57. *Perawatan sebagai akibat keterlibatan aktif Anda dalam aktivitas kriminal, pelanggaran, atau percobaan pelanggaran hukum.*

**2. *Ketentuan khusus berlaku dalam kasus-kasus berikut:***

*Tes, investigasi, perawatan, sesuatu, kondisi, aktivitas, dan biaya terkait atau konsekuensinya berikut tidak termasuk dalam polis ini dan kami tidak bertanggung jawab atas:*

- 2.1. *Pembedahan atau perawatan kosmetik (aesthetic);*
- 2.2. *Semua perawatan yang terkait dengan atau dibutuhkan karena perawatan kosmetik atau pembedahan rekonstruktif yang dilakukan sebelumnya. Bagaimanapun, kami akan membayar untuk pembedahan rekonstruktif jika:
  - i. *Dilakukan untuk mengembalikan fungsi atau penampilan setelah kecelakaan atau mengikuti operasi untuk suatu kondisi medis, asalkan anggota telah secara terus-menerus ditanggung dalam polis sejak sebelum kecelakaan atau operasi terjadi; dan*
  - ii. *Dilakukan pada tahap yang sesuai secara medis setelah kecelakaan atau operasi; dan*
  - iii. *Kami menyetujui biaya perawatan secara tertulis sebelum dilakukan;**
- 2.3. *Semua prosedur gigi kecuali ditentukan oleh plan Anda;*

- 2.4. *Perawatan khusus di rumah sakit kecuali kita telah sepakat secara tertulis sebelumnya bahwa hal tersebut diperlukan dan sesuai;*
- 2.5. *Perawatan atau obat-obatan yang menurut pendapat wajar kami belum ditetapkan sebagai efektif atau masih tahap eksperimen atau tidak terbukti. Bagaimanapun kami akan membayar jika, sebelum perawatan dimulai, ditetapkan bahwa perawatan tersebut diakui oleh badan medis yang berwenang dan kami telah sepakat mengenai besar biaya secara tertulis, dengan praktisi medis. Untuk perawatan yang telah ditetapkan, berarti prosedur dan praktik yang telah menjalani uji klinis dan penilaian yang sesuai, cukup dibuktikan dalam jurnal medis yang diterbitkan untuk tujuan tertentu sehingga dianggap sebagai terapi yang terbukti aman dan efektif;*
- 2.6. *Penggunaan obat yang belum terbukti efektif atau masih tahap eksperimen atau dalam uji klinis. Kami tidak akan mempertimbangkan laporan kasus individu, studi sejumlah kecil orang, atau untuk uji klinis, yang tidak terdaftar. Hal ini berarti jika anggota Anda menerima perawatan di Indonesia, mereka harus dilisensikan oleh Departemen Kesehatan Indonesia, atau anggota Anda menerima perawatan di Eropa oleh Badan Obat Eropa, atau anggota Anda menerima perawatan di tempat lain di dunia oleh Amerika Serikat Administrasi Makanan dan Obat-obatan (FDA), dan obat-obatan ini harus digunakan sesuai dengan persyaratan lisensi yang disetujui;*
- 2.7. *Segala biaya untuk perawatan yang terjadi selama periode dimana premi yang jatuh tempo belum dibayarkan;*
- 2.8. *Terapi penggantian hormon kecuali bila secara medis diperlukan (alih-alih untuk menghilangkan gejala fisiologis), ketika kami akan membayar untuk konsultasi dan untuk biaya implan atau patch (tetapi bukan tablet). Kami hanya akan membayar manfaat selama maksimal delapan belas (18) bulan sejak tanggal konsultasi pertama;*
- 2.9. *Rehabilitasi rawat inap kecuali ketika:*
  - i. *Bagian yang tidak terlepas dari perawatan; dan*
  - ii. *Dilakukan oleh seorang praktisi medis yang berspesialisasi dalam rehabilitasi; dan*
  - iii. *Dilakukan di rumah sakit atau unit rehabilitasi yang diakui oleh kami; dan*
  - iv. *Biaya telah disetujui, secara tertulis, oleh kami sebelum rehabilitasi dimulai.**Kami tidak akan membayar rehabilitasi rawat inap selama lebih dari dua puluh delapan (28) hari kecuali dalam kasus seperti kerusakan sistem saraf pusat parah yang disebabkan oleh trauma eksternal.*
3. *Kami tidak akan membayar manfaat selama total lebih dari 100 hari seumur hidup anggota untuk perawatan rawat inap terhadap penyakit kejiwaan.*
4. *Kami tidak akan membayar untuk perawatan apa pun, atau untuk Bantuan Medis Darurat Internasional, apabila diperlukan sebagai akibat dari kontaminasi nuklir, kontaminasi biologis atau kontaminasi bahan kimia, sementara terlibat dalam atau mengambil bagian dalam perang, tindakan musuh asing, invasi, sipil perang, kerusakan, pemberontakan, revolusi, penggulingan pemerintah yang dibentuk secara hukum, ledakan senjata perang, atau peristiwa apa pun yang mirip dengan salah satu yang terdaftar. Hal ini termasuk segala perawatan yang diperlukan sebagai hasil dari anggota memperlihatkan dirinya pada bahaya yang tidak perlu, seperti pergi ke tempat kerusakan sebagai penonton aktif atau pengamat.*

*Harap dicatat, untuk kejelasan: Terdapat perlindungan untuk perawatan yang diperlukan sebagai akibat dari tindakan teroris asalkan tindakan teroris tidak mengakibatkan kontaminasi nuklir, biologis, atau kimia.*
5. *Kami berhak untuk tidak membayar manfaat untuk segala perawatan jika kami belum menerima formulir klaim yang dilengkapi dengan benar dan tagihan (invoice) asli dalam waktu sembilan puluh (90) hari dari perawatan yang diberikan.*
6. *Kami tidak akan mengizinkan anggota untuk meningkatkan tingkat perlindungan mereka kecuali pada setiap ulang tahun polis dan hanya saat diminta, secara tertulis. Penerimaan oleh kami terhadap peningkatan harus dengan konfirmasi secara tertulis oleh kami sebelum peningkatan tersebut menjadi efektif.*
7. *Kami tidak membayar tingkat manfaat yang mengalami peningkatan untuk segala jenis perawatan kondisi medis yang muncul atau yang seharusnya secara wajar telah dapat diduga oleh anggota sebelum kenaikan plan berlaku.*

**Anggota dipersyaratkan untuk menyatakan semua kondisi medis kepada kami ketika mengajukan kenaikan plan. Jika kondisi medis tersebut muncul atau kelihatan, manfaat kondisi medis tersebut akan dipersempit pada tingkat pertanggung jawaban yang akan berlaku sebelum kenaikan plan.**

**8. Kami tidak akan membayar manfaat untuk:**

- (a) Segala perawatan yang diperlukan sebagai akibat dari kecelakaan atau cedera terkait pekerjaan di mana biaya perawatan tersebut dapat dipulihkan berdasarkan polis Kompensasi Pekerja atau perlindungan serupa yang diperlukan oleh Undang-Undang Pemerintah yang berlaku di negara tempat kecelakaan atau cedera terkait pekerjaan terjadi atau di tempat lain pada saat cedera atau kecelakaan; atau**
- (b) Perawatan yang diperlukan sebagai akibat dari kelalaian atau malpraktik pihak ketiga. Anda dan/atau anggota harus mengambil semua langkah yang wajar untuk memulihkan kerugian dari pihak ketiga atau perusahaan asuransi pihak ketiga.**

### **Persyaratan dan tata cara**

#### **A. Prosedur Penutupan Asuransi:**

1. Tertanggung (dapat melalui perantara seperti broker, agen, atau Bank) menghubungi Sales atau Customer Service AXA Insurance;
2. Sales atau Customer Service AXA Insurance memberikan penjelasan mengenai pengajuan asuransi yang disampaikan kepada Tertanggung (dapat melalui perantara seperti broker, agen, atau Bank);
3. Jika Tertanggung (dapat melalui perantara seperti broker, agen, atau Bank) telah mengerti dan memahami, Tertanggung (dapat melalui perantara seperti broker, agen, atau Bank) akan menyampaikan permohonan asuransi secara tertulis melalui Formulir Permohonan Asuransi yang diisi dengan lengkap atau slip penawaran dari broker;
4. Sales atau Customer Service akan menyampaikan ke Underwriting (UW) untuk dilakukan penilaian lebih lanjut;
5. Konfirmasi UW akan disampaikan melalui Sales atau Customer Service setelah data lengkap diterima, selanjutnya disampaikan ke Tertanggung (dapat melalui perantara seperti broker, agen, atau Bank);
6. Jika Tertanggung menyetujui maka dilakukan penerbitan polis (dilakukan oleh Processing) dan pengajuan penerbitan polis harus dilengkapi dengan persetujuan tertulis dari customer atau intermediary yang dikirimkan ke Sales atau Customer Service;
7. Selanjutnya penagihan Premi oleh Collection. Jangka waktu pembayaran Premi mengacu pada ketentuan polis.

#### **B. Prosedur Pengajuan Perubahan:**

Jika terdapat perubahan maka Tertanggung wajib menginformasikan ke asuransi mengenai perubahan yang terjadi atau jika polis akan dibatalkan maka Tertanggung harus menyampaikan pengajuan pembatalan kepada asuransi:

1. Pengajuan perubahan/pembatalan disampaikan tertulis melalui Formulir Pengajuan Perubahan/Pembatalan yang diisi dengan lengkap dan disampaikan ke Sales atau Customer Service AXA Insurance;
2. Sales atau Customer Service akan menyampaikan ke Collection;
3. Jika diperlukan, Collection akan menyampaikan ke Underwriting untuk dilakukan penilaian lebih lanjut;
4. Jika perubahan/pembatalan dapat diproses, maka Nota Perubahan atau Pembatalan akan diterbitkan oleh Processing dan dikirimkan ke Tertanggung (dapat melalui perantara seperti broker, agen, atau Bank);
5. Selanjutnya Finance akan melakukan pengembalian Premi (jika ada) dan Collection akan menagihkan Premi (jika terdapat tambahan Premi).

#### **C. Tata Cara Pengaduan**

Tertanggung dapat mengajukan pengaduan langsung ke *customer service walk-in* di kantor cabang Penanggung terdekat, atau melalui telepon ke Customer Care Centre AXA Insurance di nomor telepon 1500 733 dan *e-mail* ke [customer.general@axa.co.id](mailto:customer.general@axa.co.id).

#### **D. Prosedur Pelayanan dan Pelaporan Pengaduan**

1. Jika ada keluhan yang ingin disampaikan, Tertanggung dapat melaporkan keluhan tersebut ke Customer Care Centre AXA Insurance di nomor telepon 1500 733 dan *e-mail* [customer.general@axa.co.id](mailto:customer.general@axa.co.id);
2. Penanggung akan me-*register* keluhan tersebut dan mengkonfirmasi kembali ke Tertanggung lewat telepon atau *e-mail* bahwa keluhan telah diterima dengan baik dan akan segera ditindaklanjuti disertai informasi waktu penyelesaian keluhan;
3. Waktu penyelesaian keluhan yang disampaikan ke Tertanggung adalah maksimum 20 hari kerja sejak diterimanya keluhan;
4. Jika pada batas waktu penyelesaian keluhan tersebut belum ada penyelesaiannya maka Penanggung akan mengirimkan pemberitahuan kepada Tertanggung melalui surat sebagai informasi bahwa penyelesaian keluhan masih membutuhkan tambahan waktu maksimal 20 hari kerja berikutnya.

#### **E. Prosedur Pelaporan Klaim**

Jika terjadi kerugian, Tertanggung dapat melaporkan klaimnya ke Customer Care Centre AXA Insurance di nomor telepon 1500 733 dan *e-mail* [customer.general@axa.co.id](mailto:customer.general@axa.co.id).

#### **F. Prosedur dan Dokumen Klaim**

##### **Sebelum Anda pergi untuk perawatan**

Hal yang dilakukan sebelum menerima perawatan rawat inap dan rawat harian

- Sebelum menerima perawatan rawat inap atau rawat harian yang direkomendasikan oleh praktisi medis anggota, Anda/anggota atau rumah sakit yang merawat harus menghubungi Tim Layanan Kesehatan kami untuk mendapatkan otorisasi kami untuk perawatan yang diusulkan anggota tersebut.
- Kami akan mengkonfirmasi, secara tertulis, kepada Anda/anggota dan/atau rumah sakit rentang pertanggung jawaban untuk perawatan yang diajukan dan jumlah yang kami siapkan untuk membayarnya. Jika terjadi hal yang tidak diinginkan seperti adanya perbedaan antara jumlah yang kami konfirmasi untuk dipertanggungjawabkan dengan apa yang diminta oleh rumah sakit ketika anggota tersebut keluar dari rumah sakit, Anda/anggota harus melakukan pengaturan untuk membayar saat anggota meninggalkan rumah sakit.

##### **Otorisasi awal**

Alasan kami merekomendasikan otorisasi awal perawatan yang direncanakan adalah untuk melindungi Anda/anggota dari biaya tak terduga. Saat mengeluarkan konfirmasi perlindungan dengan cara ini, kami mengkonfirmasi hal berikut:

- Perawatan yang direncanakan memenuhi syarat berdasarkan polis Anda;
- Perawatan yang direncanakan secara medis diperlukan;
- Perawatan yang direncanakan dalam biaya yang wajar dan lazim (R&C);
- Biaya perawatan yang direncanakan berada dalam batas manfaat yang ada pada plan Anda.

Anda harus mencari otorisasi awal tertulis kami untuk perawatan dan layanan berikut:

##### **Rawat inap dan rawat harian**

- Semua administrasi rawat inap dan rawat harian;
- Semua tes non-darurat, diagnostik, perawatan, operasi, dan layanan medis lainnya;
- Semua layanan bersalin rawat inap;
- Semua layanan gigi rawat inap;
- Perawatan khusus di rumah sakit dan / atau perawatan di rumah setelah pulang;
- Perawatan rumah sakit dan paliatif;
- Pembedahan rekonstruktif;
- Perawatan psikiatri.

##### **Rawat jalan**

- Pemindaian diagnostik non-darurat seperti tomografi terkomputerisasi, *MRI*, tomografi emisi positron, *x-ray*, pemindaian gait, dan diagnostik internal tetapi tidak terbatas pada endoskopi, kolonoskopi, gastroskopi, dan pemindaian lain;
- Kursus perawatan *chiropraktik*, akupunktur, homeopati, osteopati, dan fisioterapi;
- Resep yang mencakup barang habis pakai selama tiga puluh hari (30) hari atau lebih;
- Perawatan psikiatri.

Kegagalan mendapat otorisasi awal dapat menghalang kami untuk mengatur semua atau sebagian klaim. Pada kejadian dimana kami diwajibkan untuk membayar sesuatu yang tidak dijamin dengan konfirmasi kami, kami akan menagihkan kembali jumlah tersebut kepada anggota. Semua biaya tidak langsung terkait dengan perawatan akan dibebankan kepada anggota.

### **Rawat inap dan tagihan langsung**

Semua perawatan rawat inap non-darurat harus disetujui oleh kami, secara tertulis, sebelum masuk ke rumah sakit. Anggota dapat memanfaatkan fasilitas penagihan langsung untuk perawatan rawat inap yang memenuhi syarat dalam direktori rumah sakit internasional kami. Anggota harus mengatur otorisasi awal idealnya lima (5) hari kerja sebelum dimulainya perawatan yang memerlukan otorisasi. Anggota harus mengkonfirmasi dengan rumah sakit bahwa ia telah menerima otorisasi tertulis kami (Surat Jaminan) sebelum ia menjalani perawatan. Jika belum, anggota harus segera menghubungi kami.

Jika anggota menerima perawatan untuk kondisi medis yang tidak tercakup dalam ketentuan polis, anggota tetap bertanggung jawab atas biaya perawatan tersebut, yang harus diselesaikan secara penuh berdasarkan permintaan. Kegagalan untuk bertindak sesuai akan mengakibatkan penangguhan/atau pembatalan pertanggungan Anda, tanpa pengembalian premi.

Dalam hal kami berkewajiban untuk membayar segala sesuatu yang tidak tercakup oleh konfirmasi kami, kami akan mengembalikan jumlah itu dari Anda/anggota. Dalam hal apa pun biaya yang tidak terkait langsung dengan perawatan akan ditanggung oleh Anda/anggota.

### **Perawatan di luar jaringan rumah sakit**

Jika Anda berencana untuk menerima perawatan di luar jaringan pemukiman langsung rumah sakit, kami mungkin masih dapat menyelesaikan tagihan Anda secara langsung. Anda harus mengatur otorisasi awal idealnya lima (5) hari kerja sebelum dimulainya perawatan yang memerlukan otorisasi. Kami kemudian akan membahas masalah ini dengan rumah sakit yang bersangkutan. Kami tidak dapat menjamin bahwa rumah sakit yang Anda pilih akan menerima pengaturan seperti itu.

Kami harus diberitahu tentang perawatan yang diusulkan sebelum perawatan dimulai. Kami tidak diperizinkan mengelola perawatan Anda, di mana pun perawatan itu diterima, dapat membuat Anda terkena biaya tambahan, yang mungkin tidak menjadi tanggung jawab kami.

### **Keputusan tentang perawatan Anda**

Kami tidak memutuskan apakah perawatan yang diterima anggota diberikan berdasarkan pasien rawat inap, rawat harian, atau rawat jalan. Hal ini diputuskan oleh praktisi medis yang hadir. Kami biasanya tidak akan mempertanyakan hal ini kecuali, menurut pendapat tim medis kami, akan lebih tepat jika perawatan diberikan secara berbeda. Jika hal ini terjadi, kami akan meminta penjelasan mengapa metode perawatan tertentu dipilih. Kami menyadari bahwa mungkin ada alasan yang sah untuk pilihan yang dibuat oleh praktisi medis. Tujuan kami dalam mempertanyakan hal-hal tersebut adalah untuk dapat menilai dengan adil dan akurat klaim apa pun.

Jika ada perbedaan pendapat antara tim medis kami dan praktisi medis yang hadir, pendapat tim medis kami akan berlaku.

### **Hak kami untuk meminta pendapat medis independen**

Kami dapat meminta praktisi medis yang independen untuk memberi tahu kami tentang fakta-fakta medis yang berkaitan dengan klaim atau untuk memeriksa anggota terkait sehubungan dengan klaim dan memberi kami laporan. Anggota harus bekerja sama dengan praktisi medis yang independen. Hal ini sangat jarang diperlukan dan kami menggunakan hak ini hanya di mana ada ketidakpastian mengenai sifat atau tingkat kondisi medis dan/atau tanggung jawab kami berdasarkan polis. Dalam hal terjadi perbedaan antara tim medis kami dan praktisi medis yang hadir, pendapat tim medis kami akan berlaku.

### **Jika Anda membutuhkan perawatan di luar negeri**

Jika Anda memerlukan perawatan di luar negeri, Anda harus menghubungi Tim Layanan Kesehatan kami pada nomor yang tertera di balik kartu keanggotaan Anda. Jika praktisi medis dari anggota merekomendasikan rawat inap atau prosedur rawat jalan utama maka hubungi Tim Layanan Kesehatan kami untuk mengonfirmasi bahwa anggota berhak mendapatkan manfaat.

### **Perawatan darurat**

Jika perawatan memerlukan penerimaan darurat, anggota mungkin tidak dapat menghubungi kami sebelumnya. Namun, mintalah seseorang untuk menghubungi kami sesegera mungkin dan memastikan bahwa, ketika anggota dirawat di rumah sakit, rumah sakit diberikan kartu keanggotaan anggota dan bukti identitas sehingga dapat langsung menghubungi kami.

### **Ikhtisar prosedur**

Dalam buku pegangan ini, kami merujuk pada ikhtisar prosedur yang merupakan dokumen yang mencantumkan prosedur bedah yang telah terbukti yang kami manfaatkan dan klasifikasikan berdasarkan kompleksitas. Setiap prosedur juga diberikan nomor kode untuk keperluan administrasi. Dokumen ini ditulis dalam bahasa medis dan dimaksudkan untuk digunakan oleh praktisi medis dan kami untuk menilai kelayakan perawatan yang diusulkan dan klaim Anda. Ikhtisar diperbarui secara berkala untuk memasukkan prosedur yang baru, terbukti, dan dipertahankan oleh kami. Versi terbaru dari ikhtisar prosedur tersedia di situs web kami [www.axa.co.id](http://www.axa.co.id).

### **Saat Anda menjalani perawatan**

Mengidentifikasi diri Anda sebagai anggota AXA Insurance

Dalam hal apa pun, jika seorang anggota menerima perawatan di bagian mana pun dari rumah sakit kami dalam direktori internasional rumah sakit kami, anggota harus selalu mengidentifikasi dirinya sebagai anggota untuk memastikan bahwa perawatannya yang memenuhi syarat menikmati keuntungan dari tarif negosiasi kami. Kami tidak diperizinkan melakukan hal ini dapat membuat Anda/anggota terkena biaya tambahan yang harus Anda/anggota tanggung.

Harap perhatikan bahwa AXA Insurance berhak untuk menuntut dari Anda/anggota atas segala biaya yang tidak memenuhi syarat yang telah dikeluarkan atas nama anggota tersebut berdasarkan kebijakan ini.

### **Formulir klaim untuk penggantian klaim**

Anggota dapat mengunjungi situs web kami di [www.axa.co.id](http://www.axa.co.id) untuk mendapatkan formulir klaim yang dapat dicetak jika mereka memerlukannya atau menghubungi Tim Layanan Kesehatan kami di nomor yang tertera di balik kartu keanggotaan Anda.

Anggota harus memberikan formulir klaim yang telah diisi, ditanda tangani dengan tepat dan disertai dengan tagihan asli yang merinci jenis layanan, diagnosis praktisi medis, bukti pembayaran, biaya setiap layanan yang diberikan, dan salinan resep jika obat telah dibeli. Hal ini harus diserahkan untuk setiap kunjungan yang dilakukan apakah hal ini ditujukan ke praktisi medis, rumah sakit, klinik, farmasi, pusat diagnostik, atau fasilitas lain di mana layanan medis dapat diterima.

Anggota harus membawa formulir klaim bersama mereka (juga tersedia dari situs web kami) dan memastikannya diisi dan ditanda tangani oleh mereka sendiri dan praktisi medis yang merawat anggota tersebut dan mengirim kembali kepada kami secepat mungkin, memberi kami semua informasi yang kami minta.

Hanya tagihan (*invoice*) asli yang dapat diterima dengan klaim Anda.



Formulir klaim yang lengkap akan memastikan bahwa klaim akan segera diproses. Formulir klaim yang tidak lengkap atau tidak ditanda tangani dapat menunda penyelesaian klaim dan dalam beberapa kasus dapat menyebabkan formulir klaim dikembalikan kepada Anda/anggota untuk diselesaikan.

Mungkin perlu bagi kami untuk mendapatkan laporan medis dari praktisi medis yang hadir. Jika praktisi medis tidak cepat menanggapi permintaan seperti itu, klaim dapat ditunda.

Kami tidak membayar untuk laporan medis.

Untuk perawatan di mana anggota mencari otorisasi awal kami, otorisasi tersebut harus diterima dari kami, secara tertulis, sebelum perawatan dimulai. Sebuah salinan dari otorisasi itu harus dimasukkan dalam klaim anggota berikutnya.

#### **Lokasi pengajuan klaim**

PT AXA Insurance Indonesia  
Health Service Team  
AXA Tower It, GF  
Jl.Prof.Dr.Satrio Kav.18, Kuningan City  
Jakarta 12940  
Indonesia

#### **Mata uang**

Premi Anda dibayarkan dalam Dolar Amerika Serikat (USD) atau Indonesia Rupiah (IDR).

Penggantian klaim akan dibayarkan dalam mata uang yang sama kecuali kami sebelumnya telah menyetujui yang lain secara tertulis. Jika kami setuju untuk mengembalikan manfaat kepada anggota dalam mata uang yang berbeda, kami akan mengirimkan kepada Anda konfirmasi tertulis kami terlebih dahulu, dengan nilai tukar yang digunakan. Setiap biaya pertukaran yang dikeluarkan akan dibayarkan oleh anggota dan akan dikurangkan dari pembayaran yang dilakukan kepada anggota sehubungan dengan klaim tersebut.

Klaim yang timbul dalam mata uang lain akan dikonversi menggunakan kurs tengah Bank Indonesia yang berlaku pada saat kami menilai klaim.

Kami tidak akan bertanggung jawab atas biaya bank atau biaya kredit.

#### **Hal yang kami harapkan dari Anda**

Anggota harus memberi tahu kami pada formulir klaim jika menurut mereka ada biaya yang dapat diklaim dari orang lain atau berdasarkan polis atau sumber asuransi lain (seperti tetapi tidak terbatas pada polis Kompensasi Pekerja). Jika demikian, maka:

- Jika ada polis asuransi lain yang terlibat, kami hanya akan membayar kelebihan jumlah yang diperoleh dari polis asuransi lainnya; atau
- Jika manfaat diklaim untuk perawatan kepada anggota yang cedera atau kondisi medisnya disebabkan oleh orang lain ("pihak ketiga"), kami hanya akan membayar manfaat yang dapat diklaim oleh anggota berdasarkan polis (kecuali jika ditanggung oleh polis asuransi lain, ketika kami hanya akan membayar bagian kami yang sesuai dari manfaat). Namun, dalam membayar manfaat-manfaat tersebut kami memperoleh melalui ketentuan-ketentuan polis dan oleh hukum hak untuk memulihkan jumlah manfaat-manfaat tersebut dari pihak ketiga. Dalam hal ini hal berikut berlaku:
  - (a) Anda atau anggota harus memberi tahu kami secepat mungkin bahwa cedera atau kondisi medis disebabkan oleh, atau kesalahan dari, pihak ketiga. Kami kemudian akan mengirimkan kepada Anda formulir di mana anggota dapat memberi kami rincian tertulis lengkap;
  - (b) Apabila Anda atau anggota membuat klaim, atau belum membuat (atau menolak untuk membuat) klaim terhadap pihak ketiga, Anda dan/atau anggota harus bertindak dengan itikad baik dan melakukan semua hal yang kami perlukan untuk memastikan bahwa uang ditanggung dari pihak ketiga dan dilunasi kepada kami hingga jumlah manfaat yang telah kami bayarkan (dan bunga apa pun). Anda dan/atau anggota akan diminta untuk menanda tangani perjanjian tertulis untuk hal ini; dan

- (c) Jika Anda atau anggota tidak membayar kepada kami uang yang dipulihkan dari pihak ketiga hingga jumlah manfaat (dan bunga apa pun), kami berhak untuk menanggung jumlah yang sama dari Anda dan/atau anggota.

#### **Hak kita**

Jika anggota membuat klaim yang tidak jujur:

- Kami tidak akan membayar manfaat apa pun untuk klaim itu; dan
- Jika kami telah membayar manfaat untuk klaim itu sebelum kami menemukan ketidakjujuran kami dapat memulihkan manfaat itu dari Anda (atau anggota); dan
- Kami dapat mengambil tindakan apa pun yang tercantum dalam Bagian 4.14 - 'Ketentuan Umum', klausa (a).

#### **Kondisi klaim khusus**

- (a) Pembayaran klaim apa pun tidak melepaskan kewajiban Anda/anggota pada pemenuhan syarat dan ketentuan dalam polis ini; dan
- (b) Kami tidak berkewajiban untuk membayar biaya yang berkelanjutan dari perawatan berkelanjutan, atau serupa, bahkan ketika kami sebelumnya telah membayar untuk jenis ini atau perawatan serupa, jika kemudian dicatat bahwa klaim ini bukan merupakan perawatan yang memenuhi syarat.

#### **G. Pembayaran Klaim**

Pembayaran klaim reimbursement akan dibayarkan langsung ke rekening Pemegang Polis atau rekening lainnya dengan menyerahkan Surat Kuasa dari Pemegang Polis maksimal empat belas hari (14) hari kerja sejak semua dokumen klaim telah diterima lengkap oleh kami.

Harap diperhatikan bahwa, untuk klaim penggantian, kami hanya akan mempertimbangkan klaim yang dibuat dalam waktu sembilan puluh (90) hari perawatan diterima.

### **Simulasi**

#### **Ilustrasi (1) Perhitungan Tarif Premi**

Pada tanggal 01 Februari 2022, seorang nasabah berusia 42 tahun membeli Asuransi International Exclusive *Plan C* dengan wilayah pertanggungansian Asia. Nasabah tersebut diketahui bertempat tinggal di Indonesia, dan akan membayar premi dengan metode pembayaran tahunan. Premi yang harus dibayarkan berdasarkan tabel premi sebesar USD 1,864 dengan biaya polis dan materai USD 15 maka premi yang harus dibayarkan nasabah adalah USD 1,879. Setelah melalui proses *screening form* aplikasi dan ditentukan bahwa nasabah bisa diterima dengan ketentuan standar sebagai ketentuan khususnya. Nasabah sudah setuju dengan premi dan ketentuan khusus yang diberikan. Premi sudah dibayarkan ke rekening AXA Insurance pada 4 Februari 2022.

#### **Ilustrasi (1) Perhitungan Klaim**

Pada bulan Oktober 2022, peserta mengalami kecelakaan dan dirawat inap di Rumah Sakit selama 3 hari dengan total biaya sebesar USD 1,000. Total biaya tersebut tidak ada yang termasuk dalam pengecualian polis, sehingga bisa dijamin penuh oleh Asuransi.

#### **Ilustrasi (2) Perhitungan Tarif Premi**

Pada tanggal 01 April 2022, seorang nasabah berusia 32 tahun membeli Asuransi International Exclusive *Plan D1* dengan wilayah pertanggungansian Asia Tenggara, Australia, dan Cina, jaringan terbatas di Singapura - 20% *copay* khusus di Rumah Sakit Mount Elizabeth. Nasabah tersebut diketahui bertempat tinggal di Indonesia, dan akan membayar premi dengan metode pembayaran tahunan. Premi yang harus dibayarkan berdasarkan tabel premi sebesar IDR 27.654.982 dengan biaya polis dan materai IDR 15.000 maka premi yang harus dibayarkan nasabah adalah IDR 27.804.982. Setelah melalui proses *screening form* aplikasi dan ditentukan bahwa nasabah bisa diterima dengan ketentuan standar sebagai ketentuan khususnya. Nasabah sudah setuju dengan premi dan ketentuan khusus yang diberikan. Premi sudah dibayarkan ke rekening AXA Insurance pada 5 April 2022.

## Ilustrasi (2) Perhitungan Klaim

Pada bulan Juni 2022, peserta mengalami kecelakaan dan dirawat inap di Rumah Sakit selama lima (5) hari dengan total biaya sebesar IDR 57.000.000. Total biaya tersebut tidak ada yang termasuk dalam pengecualian polis, sehingga bisa dijaminan penuh oleh Asuransi.

### Informasi Tambahan

#### A. Definisi Polis Asuransi *International Exclusive* antara lain :

Beberapa kata dan frase mempunyai pengertian khusus. Pengertian-pengertian tersebut terdapat di bawah ini.

1. **Kecelakaan/Ketidaksengajaan** – kejadian mendadak, tak terduga dan tak terduga selama Masa Asuransi yang secara independen dari sebab lain adalah penyebab tunggal dan langsung dari cedera tubuh dan tidak termasuk sakit atau penyakit.
2. **Aktif bekerja** – mengacu pada seorang karyawan yang benar-benar bekerja pada tanggal kelayakannya dan melakukan setiap tugas pekerjaannya saat ini berdasarkan kewajaran dan penuh waktu. Seorang karyawan juga akan dianggap aktif bekerja jika ia mendapat cuti tahunan yang dibayar dan tidak absen dari pekerjaan karena sakit, cedera, atau bentuk cacat lainnya. Jika seorang karyawan tidak aktif bekerja pada tanggal kelayakannya, ia tidak akan ditanggung.
3. **Kegiatan sehari-hari** – berlaku untuk anggota keluarga (yang berhak mendapatkan pertanggungungan berdasarkan polis ini) dan yang berusia setidaknya tiga (3) tahun yang dapat melakukan semua kegiatan berikut:
  - Berpakaian: Kemampuan untuk mengenakan, melepas, mengamankan, dan melepaskan semua pakaian dan jika perlu, kawat gigi, anggota tubuh buatan, atau peralatan bedah lainnya;
  - Makan: Kemampuan memberi makan diri sendiri begitu makanan telah disiapkan dan tersedia;
  - Mobilitas: Kemampuan untuk bergerak di dalam ruangan dari kamar ke kamar di permukaan yang rata;
  - Toileting: Kemampuan untuk menggunakan toilet atau mengatur fungsi usus dan kandung kemih untuk menjaga tingkat kebersihan pribadi yang memuaskan;
  - Men-*transfer*: kemampuan untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi tegak atau kursi roda dan sebaliknya;
  - Mencuci: Kemampuan untuk mencuci di bak mandi atau pancuran (termasuk masuk dan keluar dari bak mandi atau pancuran) atau mencuci secara memuaskan dengan cara lain.
4. **Pengobatan kanker aktif** – pengobatan dimaksudkan untuk mempengaruhi pertumbuhan kanker dengan mengecilkan kanker, menstabilkannya, atau memperlambat penyebaran penyakit, dan tidak hanya diberikan untuk meringankan gejala.
5. **Kondisi medis akut** – suatu sakit, penyakit atau cedera yang sakit, penyakit atau cedera yang memerlukan perawatan secepatnya untuk mengembalikan peserta pada kondisi sehat seperti sebelum menderita sakit, penyakit, atau cedera, atau untuk memulihkan peserta sepenuhnya.
6. **Usia/berusia** – usia pada hari ulang tahun terakhir, dan setiap tabel premium atau bahan lain yang kami sediakan dalam hubungan ini harus dibaca sesuai.
7. **Pengobatan alternatif** – merujuk pada seseorang (selain dari pemegang polis atau anggota keluarga dekat pemegang polis/anggota tersebut atau rekan bisnis pemegang polis/anggota termasuk mitra bisnis, pengusaha atau karyawan) yang diakui oleh kami, terdaftar, dan memenuhi syarat untuk dipraktikkan oleh lisensi yang relevan otoritas di mana perawatan diberikan salah satu bentuk pengobatan alternatif berikut seperti dan terbatas pada akupunktur, pengobatan tulang punggung dan sendi (*chiropractic*), homeopati, naturopati, osteopati, podiatri, pengobatan tradisional Cina, dan saran nutrisi.
8. **Formulir aplikasi** – formulir yang berisi pertanyaan penjaminan yang harus diisi oleh Pemegang Polis untuk semua orang yang akan diasuransikan dalam polis ini dan/atau pertanyaan penjaminan tambahan yang harus diisi oleh karyawan atau anggota keluarganya.
9. **Wilayah/wilayah pertanggungungan** – salah satu dari hal berikut:  
Seluruh dunia: seluruh dunia

Seluruh dunia tidak termasuk AS: di seluruh dunia tidak termasuk Amerika Serikat dan Pulau-Pulau Terpencil di AS. Asia: Afghanistan, Australia, Bangladesh, Bhutan, Brunei, Cambodia, China, Hong Kong, India, Indonesia, Japan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Laos, Macau, Malaysia, Maldives, Mongolia, Myanmar, Nepal, Pakistan, Philippines, Singapore, South Korea, Sri Lanka, Taiwan, Tajikistan, Thailand, Timor-Leste, Turkmenistan, Uzbekistan, dan Vietnam.

Negara tempat tinggal utama anggota Anda harus berada di negara dalam area pertanggungjawaban yang dipilihnya.

10. **Praktisi medis (dokter) yang ditetapkan** – praktisi medis yang dipilih oleh kami untuk memberi tahu kami tentang kondisi medis Anda.
11. **Bantuan konsepsi/kehamilan yang dibantu** – penggunaan teknologi medis untuk meningkatkan jumlah sel telur selama ovulasi atau untuk membawa sperma manusia dan sel telur, atau telur, berdekatan, sehingga meningkatkan kemungkinan pembuahan. Ini termasuk tetapi tidak terbatas pada Inseminasi Intra-uterin (IUI), fertilisasi in-vitro (IVF), injeksi sperma Intracytoplasmic (ICSI), atau penggunaan segala bentuk perawatan untuk menginduksi atau meningkatkan ovulasi.
12. **Kondisi medis terkait** – adalah gejala, sakit, penyakit, atau segala cedera:
  - Kondisi medis disebabkan oleh atau terkait langsung atau tidak langsung dengan kondisi yang sudah ada sebelumnya; atau
  - Kondisi medis di mana kondisi yang mendasarinya (sakit, penyakit atau cedera) pada umumnya diketahui sama dengan penyakit yang mendasari penyebab kondisi yang sudah ada sebelumnya; atau
  - Faktor risiko yang secara umum atau langsung dikenal sebagai kondisi medis yang dapat menyebabkan atau timbul dari kondisi medis yang dapat menyebabkan kondisi yang sudah ada sebelumnya.
13. **Tabel manfaat** – tabel yang berlaku untuk plan Anda yang menunjukkan manfaat maksimum yang akan kami bayarkan untuk setiap anggota.
14. **Kanker** – tumor ganas, jaringan atau sel, ditandai oleh pertumbuhan yang tidak terkendali dan penyebaran sel-sel ganas dan invasi jaringan.
15. **Asuransi bersama** – ini merupakan bagian dari pengeluaran medis yang memenuhi syarat yang harus Anda bayar. Silakan merujuk ke tabel tunjangan Anda dan/atau ikhtisar polis pada persentase asuransi bersama (persentase dari tunjangan yang memenuhi syarat yang dibayarkan oleh anggota Anda), kami akan mengurangi yang dikurangkan terlebih dahulu dan kemudian menerapkan asuransi bersama dengan saldo sisa manfaat yang memenuhi syarat.
16. **Kronis** – suatu kondisi medis atau kesehatan memburuk dalam jangka waktu lama atau tidak dapat ditentukan dan memiliki satu atau lebih karakteristik berikut:
  - Diperlukan pemantauan berkelanjutan atau jangka panjang melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan dan/atau tes;
  - Membutuhkan kontrol jangka panjang atau menghilangkan gejala;
  - Membutuhkan rehabilitasi anggota atau bagi anggota untuk dilatih secara khusus;
  - Penyakit berlanjut berkepanjangan (tanpa batas);
  - Tidak dapat disembuhkan;
  - Penyakit terulang kembali atau kemungkinan akan kembali.
17. **Kondisi bawaan** – kondisi bawaan adalah cacat fisik atau biokimia genetik, malformasi atau anomali, terdapat saat lahir dan muncul atau tidak dalam lima (5) tahun sejak tanggal lahir, terlepas dari apakah ia di diagnosis atau diketahui saat lahir.
18. **Mata uang** – mata uang untuk membayar klaim yang diganti kepada anggota di mana premi harus dibayar.
19. **Perawatan harian** – perawatan perawatan siang hari, perawatan yang memenuhi syarat (tidak termasuk perawatan pasien rawat jalan) di rumah sakit atau unit rawat harian (di mana ringkasan pengeluaran dikeluarkan oleh rumah sakit) dan anggota yang membutuhkan pemulihan yang diawasi secara medis tetapi tidak menempati tempat tidur semalam. Hal ini tidak termasuk semua bentuk pengobatan alternatif seperti tetapi tidak terbatas pada pengobatan tradisional Cina dan akupunktur.

20. **Risiko sendiri** – bagian dari biaya medis yang berhak Anda dapatkan untuk dibayar setelah dikurangi ‘Risiko Sendiri’ tahunan. Silakan lihat pada ikhtisar manfaat Anda dan/atau endosemen pada persentase ko-asuransi. Yang semua berlaku, dalam menerapkan ‘Risiko Sendiri’ tahunan dan asuransi bersama (persentase manfaat yang harus dibayar oleh peserta), kami akan mengurangi ‘Risiko Sendiri’ tahunan terlebih dahulu dan kemudian menerapkan asuransi bersama pada tabel manfaat yang memenuhi syarat.
21. **Prosedur diagnostik** – konsultasi dan investigasi diperlukan untuk menetapkan diagnosis untuk perawatan yang memenuhi syarat di mana terdapat gejala.
22. **Memenuhi syarat** – perawatan dan biaya yang ditanggung oleh polis Anda sebelum penerapan risiko sendiri, asuransi bersama yang akan ditanggung oleh Anda. Untuk menentukan apakah suatu perawatan atau biaya ditanggung, semua bagian dari polis Anda harus dibaca, dan tunduk pada semua syarat, manfaat, dan pengecualian yang ditetapkan dalam polis ini.
23. **Darurat** – kondisi medis akut mendadak yang tidak terduga dimana menurut pendapat kami, merupakan keadaan darurat yang serius atau mengancam jiwa yang akan memerlukan perhatian segera bedah atau medis untuk menghindari kematian atau kehilangan fungsi total permanen.
24. **Pendaftaran/waktu pendaftaran** – mulai dari pukul 00:01 pada tanggal anggota diterima oleh kami dan premi untuk *plan* anggota telah diterima dan diterima oleh kami.
25. **Tanggal pemenuhan syarat** – tanggal atau periode yang dinyatakan dalam jadwal dan/atau endosemen polis Anda di mana seorang anggota berhak atas pertanggung jawaban berdasarkan polis ini.
26. **Karyawan** – seseorang yang berada dalam pekerjaan langsung dengan atasan yang diidentifikasi sebagai pemegang polis dan secara aktif bekerja pada tanggal kelayakannya.
27. **Pemberi kerja** – perusahaan atau perusahaan komersial atau organisasi tempat karyawan bekerja dan yang bertanggung jawab atas pembayaran premi berdasarkan polis ini.
28. **Anggota keluarga** – pasangan Anda dan/atau anak-anak yang belum menikah (atau orang-orang dari pasangan Anda) yang tinggal bersama Anda ketika Anda mengambil polis atau ketika itu diperbarui, berdasarkan yang paling baru. Yang kami maksudkan adalah suami atau istri Anda yang tinggal bersama Anda secara permanen.
29. **Endosemen** – dokumen pelengkap yang kami terbitkan kepada pemegang polis untuk mencatat dan mengonfirmasi perubahan polis.
30. **Eksperimental** – pengobatan, obat-obatan, prosedur dan/atau persediaan dianggap sebagai eksperimental atau investigasi atau belum ditetapkan efektif ketika:
  - Tidak dapat diterima secara medis oleh konsensus rekan sejawat dan spesialis dengan berbasis bukti obat (praktik terbaik) dengan efek yang menguntungkan dan menunjukkan kemanjuran untuk diagnosis spesifik ada;
  - Tidak didukung oleh obat berbasis bukti dengan penelitian klinis konklusif dan menunjukkan manfaat.

Untuk layanan, prosedur, obat, atau perawatan yang mapan ini berarti:

- Mereka harus memenuhi standar pedoman praktik dan dalam ketentuan lisensi untuk tujuan tertentu agar dianggap terbukti aman dan efektif, diterima oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan Amerika Serikat (FDA), Dewan Medis, Institut Nasional untuk Kesehatan dan Keunggulan Klinis dan/atau otoritas pemerintah terkait tempat perawatan diberikan;
  - Semua perawatan harus telah melewati dan menyelesaikan semua fase uji klinis manusia, penelitian, dan protokol di bawah pengawasan tinjauan medis yang tepat, dewan peninjau investigasi, komite etika rumah sakit, dan/atau komunitas atau asosiasi ilmiah internasional.
31. **Anggota keluarga** – mitra karyawan Anda dan anak-anak yang belum menikah (atau pasangan karyawan tersebut) tinggal bersama karyawan tersebut ketika Anda mengajukan permohonan untuk polis atau saat pendaftaran karyawan atau ketika polis ini diperbarui. Yang kami maksud adalah pasangan karyawan saat ini karyawan tersebut hidup secara permanen pada usia antara delapan belas (18) hingga enam puluh lima (65) tahun. Untuk anak, ia harus berusia minimal lima belas (15) hari hingga dua puluh satu (21) tahun (inklusif). Anak yang memenuhi syarat berdasarkan polis ini tidak dapat tetap mengikuti polis setelah ulang tahun polis setelah ulang tahunnya yang kedua

puluh satu (21). Namun, pertanggungannya dapat diperpanjang hingga usia dua puluh lima (25) tahun asalkan dia belum menikah dan masih mendapat pendidikan penuh waktu.

32. **Rumah sakit** – semua rumah sakit yang dilisensikan sebagai rumah sakit medis atau bedah di negara tempat ia beroperasi dan yang diakui oleh kami dan memenuhi semua persyaratan berikut:
- Beroperasi terutama untuk resepsi, perawatan orang sakit, sakit atau terluka sebagai pasien rawat inap;
  - Menyediakan dua puluh empat (24) jam pelayanan keperawatan sehari oleh perawat terdaftar atau berkualifikasi;
  - Memiliki staf dari satu atau lebih praktisi medis berlisensi yang tersedia setiap saat;
  - Menyediakan fasilitas terorganisir untuk diagnosis dan fasilitas bedah utama;
  - Bukan panti jompo atau rumah pemulihan atau tempat serupa, bangsal geriatrik, itu bukan lembaga untuk perawatan penyalahgunaan zat, seperti tetapi tidak terbatas pada tempat untuk pecandu alkohol atau rehabilitasi pecandu narkoba atau untuk tujuan serupa.
33. **Sakit** – mengacu pada kondisi fisik yang ditandai oleh penyimpangan patologis dari keadaan sehat normal.
34. **Rawat inap** – perawatan yang memenuhi syarat di rumah sakit di mana anggota harus menetap di rumah sakit selama satu malam atau lebih. Ini tidak termasuk semua bentuk pengobatan alternatif seperti tetapi tidak terbatas pada pengobatan tradisional Cina dan akupunktur.
35. **Cedera** – mengacu pada cedera tubuh yang disebabkan hanya dan langsung oleh kecelakaan.
36. **Unit perawatan intensif** – bagian dalam rumah sakit yang ditetapkan sebagai unit perawatan intensif oleh rumah sakit dan yang dikelola selama dua puluh empat (24) jam semata-mata untuk perawatan pasien dalam kondisi kritis dan dilengkapi untuk memberikan perawatan khusus dan dilengkapi untuk menyediakan layanan keperawatan dan medis yang tidak tersedia di tempat lain di rumah sakit yang menyediakan tingkat perawatan tertinggi dan pemantauan konstan serta mencakup *Coronary Care Unit (CCU)*.
37. **Direktori internasional rumah sakit** – merujuk pada rumah sakit yang memiliki fasilitas penyelesaian langsung dengan kami. Hal ini berarti jika Anda atau anggota Anda memilih salah satu rumah sakit yang tercantum dalam direktori, kami akan dapat menyelesaikan tagihan anggota Anda untuk perawatan rawat inap yang memenuhi syarat langsung dengan rumah sakit, asalkan Anda atau anggota Anda telah memberi tahu kami terlebih dahulu. Anggota bertanggung jawab atas segala asuransi tambahan atau risiko sendiri yang berlaku, dimana harus diselesaikan langsung dengan rumah sakit pada saat perawatan. Harap diingat bahwa mungkin ada beberapa biaya yang harus Anda atau anggota bayar seperti panggilan telepon, surat kabar, dll yang mungkin diminta rumah sakit kepada Anda atau anggota untuk bayar kepada anggota atau keluarga anggotanya yang keluar dari rumah sakit.

Mohon dicatat:

Ketika seorang anggota menerima perawatan untuk kondisi medis yang tidak tertanggung dalam ketentuan polis dan kami menyelesaikan tagihannya langsung dengan rumah sakit, anggota tersebut tetap bertanggung jawab atas biaya perawatan tersebut, dimana harus diselesaikan secara penuh atas permintaan. Kegagalan untuk bertindak mengakibatkan penangguhan atau pembatalan pertanggungannya Anda atau anggota Anda, tanpa pengembalian uang premi.

Anggota harus menggunakan rumah sakit yang terdaftar dalam Direktori internasional rumah sakit kecuali dalam kasus darurat di mana hal ini tidak memungkinkan.

38. **Masa hidup** – periode/jangka waktu di mana anggota itu hidup. Hal ini tidak mengacu pada jangka waktu polis.
39. **Kondisi medis** – segala sakit, penyakit atau cedera, termasuk penyakit kejiwaan.
40. **Praktisi medis** – seseorang (selain pemegang polis atau anggota keluarga langsung pemegang polis/anggota dari pemegang polis atau rekan bisnis pemegang polis/anggota termasuk mitra bisnis, pengusaha atau karyawan) yang diakui oleh kami, memiliki gelar utama dalam praktik dan pembedahan setelah kehadiran di sekolah kedokteran yang diakui dan yang dilisensikan untuk mempraktikkan pengobatan barat oleh otoritas lisensi yang relevan di mana perawatan diberikan. 'Sekolah kedokteran yang diakui' kami maksudkan adalah "sekolah kedokteran yang terdaftar dalam Direktori Dunia Sekolah Kedokteran saat ini yang diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia".

Hal ini juga termasuk seseorang yang memenuhi syarat sebagai praktisi gigi dengan gelar dalam kedokteran gigi dan memiliki lisensi dan terdaftar dengan sesuai dengan dewan atau dewan gigi hukum yang relevan untuk memberikan perawatan gigi.

41. **Keperluan medis** – perawatan, tes, pengobatan, atau tinggal di rumah sakit atau bagian dari tinggal di rumah sakit yang:
  - Diperlukan untuk manajemen medis dari sakit atau cedera yang diderita oleh anggota;
  - Tidak boleh melebihi tingkat perawatan yang diperlukan untuk menyediakan perawatan medis yang aman, memadai dan sesuai dalam ruang lingkup, durasi, atau intensitas;
  - Harus diresepkan oleh seorang praktisi medis;
  - Harus sesuai dengan standar profesional yang diterima secara luas.
42. **Anggota** – orang yang menjadi sasaran pertanggunggunaan asuransi, dengan kepentingan yang dapat diasuransikan atau hubungan kepentingan yang dapat diasuransikan dengan pemegang polis dan sebagaimana dinyatakan dalam ikhtisar polis.
43. **Daftar keanggotaan** – daftar anggota yang diberikan oleh kami kepada pemegang polis yang mencantumkan rincian yang relevan dari anggota Anda dan daftar gerakan keanggotaan Anda yang menunjukkan perubahan yang dibuat pada daftar keanggotaan Anda.
44. **Gigi/gigi normal** – gigi/gigi normal berfungsi normal dalam mengunyah dan bebas dari pembusukan klinis aktif, tidak ada penyakit gusi yang berhubungan dengan kehilangan tulang, tidak ada gigi palsu, tidak ada penutup atau mahkota atau pelapis gigi dan bukan implan gigi.
45. **Non-disclosure** – fakta material (fakta yang akan mempengaruhi keputusan underwriting kami untuk menerima risiko dan syarat dan ketentuan yang berlaku) yang tidak dinyatakan atau yang belum dinyatakan sepenuhnya oleh pemegang polis atau anggota.
46. **Pemberitahuan Pembatalan pada tanggal perpanjangan/ulang tahun polis** – kecuali kami dan/atau Anda telah menyetujui sebelum akhir tahun untuk memperbarui polis, pertanggunggunaan akan berhenti pada tanggal pembaruan polis/hari jadi. Hal ini akan terjadi dengan atau tanpa pemberitahuan pembatalan tertulis dari kami kepada Anda.
47. **Perawat** – perawat berkualifikasi yang terdaftar untuk berlatih di mana perawatan diberikan dan diakui oleh kami.
48. **Pengobatan rawat jalan** – perawatan yang memenuhi syarat oleh seorang praktisi medis di klinik rawat jalan, ruang konsultasi praktisi medis atau di rumah sakit di mana anggota tidak dirawat. Untuk menghindari keraguan, hal ini tidak termasuk segala bentuk pengobatan alternatif seperti tetapi tidak terbatas pada pengobatan tradisional Cina dan akupunktur.
49. **Periode asuransi** – periode pertanggunggunaan yang ditunjukkan pada ikhtisar polis Anda; dan untuk periode berikutnya, pertanggunggunaan diperpanjang dengan kesepakatan bersama oleh kami dan Anda.
50. **Fisioterapis** – seseorang yang memenuhi syarat dan berlisensi untuk berlatih di pusat fisioterapi berlisensi resmi atau di fasilitas medis sebagai fisioterapis tempat perawatan diberikan dan yang diakui oleh kami.
51. **Plan** – setiap plan/rencana Asuransi International Exclusive AXA Insurance.
52. **Polis** – kontrak asuransi antara Anda dan kami. Ketentuan lengkapnya tercantum dalam versi terbaru dari dokumen berikut yang dikirimkan kepada Anda dari waktu ke waktu:
  - Semua formulir aplikasi yang kami minta Anda untuk isi;
  - Syarat-syarat dan tabel tunjangan yang menguraikan perlindungan menurut *plan* Anda;
  - Ikhtisar polis Anda, dan/atau endosemen.Perubahan pada ketentuan ini harus dikonfirmasi secara tertulis dan kami akan menulis kepada Anda untuk mengonfirmasi setiap perubahan, perjanjian, atau janji yang kami buat.
53. **Ulang tahun polis** – tanggal dan bulan yang sama setelah satu tahun dari tanggal polis dimulai atau ulang tahun polis terakhir.
54. **Tanggal dimulainya polis** – tanggal di mana pertanggunggunaan asuransi dimulai sebagaimana tercantum dalam ikhtisar polis.

55. **Ikhtisar polis/spesifikasi polis** – perjanjian yang kami miliki dengan Anda yang memungkinkan Anda untuk didaftarkan sebagai pemegang polis. Perjanjian itu menetapkan siapa yang dapat ditanggung, kapan pertanggungan dimulai, bagaimana pertanggungan itu diperbarui, dan bagaimana premi dibayarkan. Hal tersebut juga menetapkan tabel yang berlaku sesuai *plan* Anda yang menunjukkan manfaat maksimal yang akan kami bayarkan untuk setiap anggota.
56. **Kondisi koma permanen** – keadaan tidak responsif atau tidak sadar secara mendalam, tanpa tanda kesadaran atau pikiran yang berfungsi, bahkan jika orang tersebut dapat membuka mata dan bernapas tanpa bantuan, dan orang tersebut tidak menanggapi rangsangan seperti memanggil nama mereka, atau menyentuh. Keadaan harus menetap selama setidaknya empat (4) minggu tanpa tanda-tanda perbaikan, ketika semua upaya yang wajar telah dilakukan untuk meringankan kondisi tersebut atau tidak ada pemulihan.
57. **Prematur** – bayi yang lahir kurang dari tiga puluh tujuh (37) minggu kehamilan.
58. **Premi** – jumlah yang disepakati dengan kami yang harus dibayarkan kepada kami untuk menjaga polis tetap berlaku.
59. **Kondisi yang sudah ada sebelumnya** – setiap kondisi medis yang ada sebelum tanggal dimulainya polis anggota, atau tanggal pemulihan polis, yang mana yang terakhir:
- Telah didiagnosis; atau
  - Di mana anggota telah menerima pengobatan, nasihat atau perawatan; atau
  - Yang seharusnya diketahui oleh pemegang polis dan/atau anggota secara wajar, menurut pendapat kami; atau
  - Di mana anggotanya mengalami gejala walaupun anggota tersebut belum berkonsultasi dengan praktisi medis.
60. **Resep** – obat dan perban rawat jalan seperti yang diresepkan oleh seorang praktisi medis untuk perawatan kondisi medis yang ditanggung oleh polis anggota.
61. **Negara tempat tinggal utama** – negara dimana anggota tinggal atau bermaksud untuk tinggal untuk beberapa tahun sedikitnya seratus delapan puluh lima (185) hari atau lebih yang ditunjukkan dalam alamat dan tempat kediaman anggota dalam catatan kami.
62. **Wajar dan lazim** – Hal ini mengacu pada biaya perawatan medis yang akan dianggap oleh kami atau oleh penasihat medis kami sebagai wajar dan lazim sepanjang tidak melebihi tingkat umum biaya yang dibuat oleh orang lain yang memiliki kedudukan yang sama di lokasi di mana tuduhan terjadi ketika memberikan perlakuan yang sama atau sebanding.
- Kami mendasari perhitungan tersebut pada kombinasi pengalaman global kami, informasi statistik yang disediakan oleh badan otoritatif kesehatan setempat dan informasi yang dikumpulkan dari spesialis medis dan ahli bedah yang berpraktik di negara atau daerah di mana perawatan diterima.
- Untuk menghindari keraguan ketika membandingkan perawatan, kami akan mempertimbangkan kompleksitas prosedur dan standar fasilitas medis di mana perawatan diterima.
- Jika biayanya lebih tinggi dari biasanya, kami hanya akan membayar jumlah dimana, menurut pengalaman kami, dibebankan secara lazim dan Anda harus membayar sisanya.
- Jika perawatan Anda memerlukan lebih dari satu spesialis atau ahli bedah yang hadir pada sesi operasi (bedah) yang sama, kami harus meninjau kebutuhan medis dalam pengelolaan masalah bedah atau kondisi medis dalam hal keterampilan dan kompleksitas layanan yang disediakan sebagai identifikasi untuk mencakup total layanan. Tidak ada manfaat atau biaya tambahan yang dibayarkan untuk asisten bedah.
- Untuk perawatan medis dan layanan yang terjadi di Indonesia, kami juga akan merujuk pedoman dan tolok ukur biaya yang diterbitkan yang disediakan oleh Departemen Kesehatan Indonesia. Dalam hal perawatan atau layanan yang memenuhi syarat tertentu tidak dinyatakan pada tolok ukur biaya yang diterbitkan Departemen Kesehatan Indonesia, kami berhak untuk mendasarkan biaya referensi atau secara proporsional mengurangi klaim untuk mempertimbangkan biaya rata-rata dua (2) dokter dalam spesialisasi untuk intervensi atau perawatan bedah yang sama.
- Dalam hal ini terdapat perbedaan pendapat antara penasihat medis atau dokter kami dan Dokter Anda, pendapat penasihat medis atau dokter kami akan berlaku.
63. **Tanggal pemulihan/pemulihan** – untuk memulai kembali pertanggungan, sebagaimana disepakati oleh kami, didasari polis ini setelah polis berakhir/batal.



64. **Ikhtisar prosedur** – Berarti dokumen yang kami pertahankan berisi daftar prosedur pembedahan yang kami bayarkan manfaatnya dan mengkategorikannya berdasarkan tingkat kompleksitasnya.
65. **Prosedur bedah** – operasi atau intervensi bedah invasif lainnya yang tercantum dalam ikhtisar prosedur.
66. **Kondisi medis terminal** – Diagnosis konklusif penyakit yang diperkirakan akan mengakibatkan kematian anggota dalam tiga ratus enam puluh lima (365) hari. Diagnosis ini harus didukung oleh spesialis dan dikonfirmasi oleh praktisi medis kami. Kondisi medis terminal terhadap infeksi *Human Immunodeficiency Virus* tidak termasuk.
67. **Perawatan/pengobatan** – prosedur bedah atau prosedur medis yang dilakukan oleh seorang praktisi medis yang merupakan perawatan konvensional yang diperlukan untuk mendiagnosis, meringankan, dan menyembuhkan sakit, penyakit, atau cedera, dan mungkin termasuk:

- Prosedur diagnostik
- Perawatan rawat inap
- Rawat harian
- Rawat jalan

Untuk menghindari keraguan, salah satu perawatan yang tercantum pada tabel tunjangan sesuai dengan *plan* anggota yang tercantum pada ikhtisar polis. Manfaat tertentu dapat mengecualikan seluruh kelas perawatan.

Kami mendefinisikan pengobatan konvensional sebagai pengobatan yang:

- Ditetapkan sebagai praktik medis terbaik dan dipraktikkan secara luas; dan
- Secara klinis sesuai dalam hal kebutuhan, jenis, frekuensi, luas, durasi dan fasilitas atau lokasi di mana perawatan diberikan; dan
- Telah terbukti efektif untuk kondisi medis Anda atau anggota keluarga Anda melalui bukti klinis yang ditinjau sesuai dalam jurnal medis resmi yang diterbitkan atau;
- Telah disetujui oleh NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence*) atau dewan pengawas medis resmi lainnya sebagai perawatan yang dapat digunakan dalam praktik rutin.

Jika pengobatannya adalah obat, obat itu harus:

- Dilisensikan untuk digunakan oleh Badan Obat Eropa atau Badan Pengatur Obat dan Produk Kesehatan;
- Dan digunakan sesuai dengan lisensi yang disetujui untuk itu.

68. **Tindakan teroris** – merujuk pada segala penggunaan kekerasan oleh teroris individu atau kelompok teroris untuk memaksa atau mengintimidasi penduduk sipil untuk mencapai tujuan politik, militer, sosial atau agama. Terorisme juga harus mencakup segala tindakan, yang diverifikasi atau diakui oleh Pemerintah terkait sebagai tindakan terorisme.
69. **Pedoman internal** – merujuk pada dokumen, perjanjian, komunikasi tertulis apa pun dengan tim pakar kami tentang cakupan manfaat dan batasan yang dirujuk oleh tim kami.
70. **Kunjungan/sesi** – setiap kesempatan terpisah dimana anggota bertemu dengan seorang praktisi medis dan menerima konsultasi dan/atau perawatan untuk kondisi medis.
71. **Masa tunggu** – mengacu pada periode manfaat yang bersangkutan yang tidak akan dibayarkan. Periode tunggu ini dihitung dari tanggal anggota bergabung dengan *plan* atau dari tanggal peningkatan *plan*, atau tanggal pemulihan, yang mana yang terakhir.
72. **Kami** – PT AXA Insurance Indonesia yang merupakan perusahaan yang menerbitkan polis Anda.
73. **Tahun** – dua belas (12) bulan Kalender Masehi sejak polis Anda dimulai atau terakhir diperbarui kecuali apabila kami telah menyepakati hal yang berbeda.
74. **Anda/pemegang polis** – pemegang polis yang disebutkan pada ikhtisar polis Anda.

#### **B. Catatan Penting :**

1. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dibuat dan dipersiapkan oleh PT AXA Insurance Indonesia dan dipergunakan sebagai informasi bagi Anda mengenai produk Asuransi International Exclusive dari PT AXA Insurance Indonesia.
2. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini bukan merupakan Kontrak Asuransi maupun bagian dari Polis Asuransi.

3. Bagian dari premi yang berupa biaya akuisisi dialokasikan sebagai komisi dan/atau diskon bagi pihak bertanggung dan/atau pihak pemasar (agen/broker/intermediary lainnya).
4. Produk yang dipasarkan adalah Produk Asuransi.
5. Produk Asuransi ini bukan merupakan produk Bank dan tanggung jawab Bank serta tidak termasuk dalam cakupan jaminan Lembaga Penjamin Simpanan (LPS).
6. Semua Pihak yang membaca dan menggunakan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini agar memperhatikan syarat – syarat, ketentuan, dan penggunaan yang berlaku, serta dengan membaca Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini maka Pembaca telah sepakat untuk mematuhi syarat – syarat yang ditetapkan tersebut. Apabila terdapat pertanyaan, keluhan atau informasi lanjutan mengenai syarat dan ketentuan yang berlaku, dapat menghubungi PT AXA Insurance Indonesia Customer Care Centre di 1500733, email ke [customer.general@axa.co.id](mailto:customer.general@axa.co.id) atau melalui *website* di [www.axa.co.id](http://www.axa.co.id).
7. Produk Asuransi ini telah mendapatkan persetujuan dari dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

**Disclaimer (penting untuk dibaca):**

1. PT AXA Insurance Indonesia dapat menolak permohonan produk Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan berhak bertanya kepada pegawai PT AXA Insurance Indonesia atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.



PT AXA Insurance Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Tanggal Cetak Dokumen  
15/12/2022