Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum		
Nama Penerbit	:	PT AXA Insurance Indonesia (AXA Insurance)
Nama Produk	:	Asuransi SmartCare
Jenis Produk	:	Asuransi Kesehatan
Nama Skema	:	Asuransi Kesehatan Individu
Deskripsi Produk	:	Asuransi SmartCare adalah sebuah produk asuransi kesehatan yang dibuat khusus untuk memenuhi kebutuhan nasabah akan perlindungan kesehatan atas biaya pengobatan akibat penyakit atau kecelakaan. Dengan Asuransi SmartCare, Nasabah mendapatkan kemudahan pelayanan kesehatan dengan sistem cashless di Rumah Sakit/Klinik rekanan AXA.
Fitur Utama Asuransi Umum		
Jangka Waktu Asuransi	:	Polis tahunan: 1 (satu tahun)
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 pertanggungan 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 mulai dari usia lima belas (15) hari dan tidak dapat tetap mengikuti polis setelah ulang tahun polis yang kedua puluh tiga (23). Peserta anak harus disertai oleh salah satu dari peserta orang tuanya (ayah atau ibu).
Periode dan Skema Pembayaran Premi	:	Pembayaran premi secara tahunan
Metode Pembayaran Premi	:	Pembayaran premi dapat dilakukan dengan cara menggunakan transfer, kartu kredit atau *virtual account* atau dana.
Mata Uang	:	Rupiah
Tabel Manfaat	:	**Asuransi Kesehatan Individu**

No.	Manfaat Rawat Inap *Benefit Inpatient*	Deskripsi *Description*	Batas Penggantian / *Benefit Limit* Plan IDR						
			IP_250B	IP_350B	IP_550B	IP_750B	IP_1000B	IP_1500B	IP_2000B
1	Biaya Kamar & Menginap *Room Cost & Board*	Maks. 60 hari per Ketidakmampuan *Max. 60 days per disability*	Rp 250,000 per hari/*day*	Rp 350,000 per hari/*day*	Rp 550,000 per hari/*day*	Rp 750,000 per hari/*day*	Rp 1,000,000 per hari/*day*	Rp 1,500,000 per hari/*day*	Rp 2,000,000 per hari/*day*
2	Kamar Unit Perawatan Intensif (ICU) *Intensive Care Unit (ICU) Room*	Maks. 30 hari *Max. 30 days*	Maksimum perketidak mampuan *Maximum per disability*	Maksimum perketidak mampuan *Maximum per disability*	Maksimum perketidak mampuan *Maximum per disability*	Maksimum perketidak mampuan *Maximum per disability*	Maksimum perketidak mampuan *Maximum per disability*	Maksimum perketidak mampuan *Maximum per disability*	Maksimum perketidak mampuan *Maximum per disability*
3	Kunjungan Dokter Umum *General Doctor Visit*	Maks. 1 kunjungan per hari *Max. 1 visit per day*							
4	Kunjungan Dokter Spesialis *Specialist Doctor Visit*	Maksimum 1 kunjungan per hari *Max. 1 visit per day*							
5	Kamar Bedah *Surgery Room*								
6	Biaya Anestesi *Anesthesia Cost*								
7	Biaya Dokter Ahli Bedah *Surgeon Cost*								
8	Biaya Aneka Perawatan *Miscellaneous Care Costs*								
9	Biaya Sebelum Rawat Inap *Pre-Hospitalisation Cost*	30 hari sebelum Rawat Inap *30 days before In-Patient*							
10	Biaya Sesudah Rawat Inap *Post-Hospitalisation Cost*	30 hari sesudah Rawat Inap *30 days after In-Patient*							
11	Rawat Jalan Darurat *Outpatient Emergency*	Hanya untuk kecelakaan *Only for accident*							
12	Perawatan di Luar Negeri *Treatment Aboard*	Hanya untuk keadaan darurat *Only for emergency*							
13	Biaya Ambulan Lokal *Ambulance Cost (Local)*	Per perjalanan sampai dengan *One time limit*	Rp 150,000	Rp 150,000	Rp 500,000	Rp 500,000	Rp 500,000	Rp 500,000	Rp 500,000
14	Rawat Jalan *Out-Patient*	Per tahun sampai dengan *Annual limit*	Rp 350,000	Rp 350,000	Rp 500,000	Rp 500,000	Rp 500,000	Rp 500,000	Rp 500,000
15	Telemedicine Untuk Rawat Jalan *Telemedicine for Out-Patient*		Dokter Umum / *General Practitioner : As charged* Dokter Spesialis / *Specialist* : 6x per tahun / *annum* Obat Yang Diresepkan / *Prescribed Medicine : As charged* Biaya Pengantaran Obat Yang Diresepkan / *Delivery of Prescribed Medicines* : Tidak / *No*	Dokter Umum / *General Practitioner : As charged* Dokter Spesialis / *Specialist* : 6x per tahun / *annum* Obat Yang Diresepkan / *Prescribed Medicine : As charged* Biaya Pengantaran Obat Yang Diresepkan / *Delivery of Prescribed Medicines* : Tidak / *No*	Dokter Umum / *General Practitioner : As charged* Dokter Spesialis / *Specialist* : 6x per tahun / *annum* Obat Yang Diresepkan / *Prescribed Medicine : As charged* Biaya Pengantaran Obat Yang Diresepkan / *Delivery of Prescribed Medicines* : Tidak / *No*	Dokter Umum / *General Practitioner : As charged* Dokter Spesialis / *Specialist* : 6x per tahun / *annum* Obat Yang Diresepkan / *Prescribed Medicine : As charged* Biaya Pengantaran Obat Yang Diresepkan / *Delivery of Prescribed Medicines* : Tidak / *No*	Dokter Umum / *General Practitioner : As charged* Dokter Spesialis / *Specialist* : 6x per tahun / *annum* Obat Yang Diresepkan / *Prescribed Medicine : As charged* Biaya Pengantaran Obat Yang Diresepkan / *Delivery of Prescribed Medicines* : Tidak / *No*	Dokter Umum / *General Practitioner : As charged* Dokter Spesialis / *Specialist* : 6x per tahun / *annum* Obat Yang Diresepkan / *Prescribed Medicine : As charged* Biaya Pengantaran Obat Yang Diresepkan / *Delivery of Prescribed Medicines* : Tidak / *No*	Dokter Umum / *General Practitioner : As charged* Dokter Spesialis / *Specialist* : 6x per tahun / *annum* Obat Yang Diresepkan / *Prescribed Medicine : As charged* Biaya Pengantaran Obat Yang Diresepkan / *Delivery of Prescribed Medicines* : Tidak / *No*
16	Vaksin *Vaccine*	Per tahun sampai dengan *Annual Limit*	Rp 500,000	Rp 500,000	Rp 500,000	Rp 500,000	Rp 500,000	Rp 500,000	Rp 500,000
17	Perlindungan Kecelakaan Diri *Protection of Accident*	Per tahun sampai dengan *Annual limit*	Rp 3,000,000	Rp 3,000,000	Rp 3,000,000	Rp 3,000,000	Rp 3,000,000	Rp 3,000,000	Rp 3,000,000
Maksimum Limit Per Ketidakmampuan / *Maximum Limit Per Disability*			**Rp 25,000,000**	**Rp 50,000,000**	**Rp 70,000,000**	**Rp 80,000,000**	**Rp 150,000,000**	**Rp 200,000,000**	**Rp 250,000,000**
Limit Tahunan Per Orang / *Annual Limit per person*			**Rp 150,000,000**	**Rp 180,000,000**	**Rp 300,000,000**	**Rp 375,000,000**	**Rp 450,000,000**	**Rp 500,000,000**	**Rp 625,000,000**

Premi : **Asuransi Kesehatan Individu**

PREMIUM PLAN IDR (000)

USIA/AGE	Plan IP_250B	Plan IP_350B	Plan IP_550B	Plan IP_750B	Plan IP_1000B	Plan IP_1500B	Plan IP_2000B
1	2,075	2,421	3,224	3,672	4,439	5,326	5,768
2	2,111	2,466	3,281	3,743	4,530	5,436	5,895
3	2,147	2,511	3,338	3,813	4,622	5,546	6,024
4	2,183	2,556	3,396	3,882	4,713	5,656	6,152
5	2,217	2,601	3,453	3,953	4,803	5,764	6,279
6	2,253	2,646	3,512	4,023	4,895	5,873	6,407
7	2,289	2,691	3,569	4,094	4,986	5,983	6,534
8	2,324	2,736	3,627	4,163	5,078	6,093	6,662
9	2,360	2,780	3,684	4,233	5,169	6,203	6,789
10	2,396	2,825	3,743	4,304	5,259	6,311	6,917
11	2,432	2,870	3,800	4,374	5,351	6,421	7,044
12	2,466	2,915	3,857	4,443	5,442	6,530	7,172
13	2,502	2,960	3,915	4,514	5,534	6,640	7,301
14	2,538	3,005	3,972	4,584	5,624	6,748	7,428
15	2,573	3,050	4,031	4,655	5,715	6,858	7,556
16	2,609	3,095	4,088	4,724	5,807	6,968	7,683
17	2,645	3,140	4,146	4,794	5,898	7,078	7,811
18	2,681	3,185	4,203	4,865	5,990	7,187	7,938
19	2,723	3,239	4,272	4,949	6,098	7,317	8,090
20	2,765	3,293	4,341	5,031	6,206	7,447	8,243
21	2,807	3,345	4,410	5,115	6,315	7,578	8,394
22	2,850	3,399	4,479	5,199	6,423	7,708	8,546
23	2,892	3,453	4,548	5,282	6,531	7,837	8,697
24	2,934	3,506	4,617	5,366	6,641	7,969	8,850
25	2,976	3,560	4,686	5,450	6,749	8,098	9,002
26	3,020	3,614	4,755	5,532	6,857	8,228	9,153
27	3,062	3,666	4,823	5,616	6,966	8,359	9,306
28	3,104	3,720	4,892	5,699	7,074	8,489	9,458
29	3,146	3,774	4,961	5,783	7,182	8,618	9,609
30	3,189	3,828	5,030	5,867	7,292	8,750	9,762
31	3,231	3,881	5,099	5,949	7,400	8,879	9,914
32	3,297	3,965	5,207	6,081	7,571	9,085	10,152
33	3,363	4,049	5,315	6,212	7,740	9,288	10,391
34	3,431	4,133	5,423	6,344	7,911	9,493	10,629
35	3,497	4,217	5,531	6,474	8,082	9,698	10,868
36	3,563	4,301	5,640	6,606	8,252	9,902	11,106
37	3,629	4,385	5,748	6,737	8,423	10,107	11,345
38	3,696	4,469	5,856	6,867	8,594	10,312	11,585
39	3,762	4,553	5,964	6,999	8,763	10,516	11,823
40	3,828	4,637	6,072	7,130	8,934	10,721	12,062
41	3,896	4,721	6,180	7,262	9,105	10,926	12,300
42	4,013	4,871	6,371	7,494	9,407	11,288	12,723
43	4,131	5,019	6,563	7,727	9,708	11,650	13,146
44	4,248	5,169	6,755	7,958	10,011	12,013	13,569
45	4,367	5,318	6,945	8,190	10,313	12,375	13,992
46	4,484	5,468	7,137	8,423	10,616	12,739	14,415
47	4,647	5,673	7,403	8,745	11,034	13,241	15,002
48	4,811	5,880	7,668	9,068	11,454	13,745	15,588
49	4,974	6,087	7,934	9,390	11,873	14,247	16,176
50	5,138	6,294	8,199	9,713	12,293	14,751	16,763
51	5,301	6,501	8,465	10,035	12,711	15,253	17,349
52	5,525	6,785	8,829	10,478	13,287	15,944	18,155
53	5,748	7,067	9,194	10,920	13,862	16,634	18,960
54	5,973	7,350	9,557	11,363	14,436	17,323	19,764
55	6,197	7,634	9,921	11,805	15,011	18,013	20,570
56	6,420	7,917	10,286	12,246	15,587	18,704	21,374
57	6,927	8,559	11,111	13,248	16,454	19,744	22,590
58	7,434	9,201	11,936	14,250	17,322	20,786	23,805
59	7,943	9,843	12,761	15,252	18,191	21,829	25,020
60	8,450	10,485	13,587	16,254	19,059	22,871	26,237
61	8,957	11,127	14,412	17,256	19,928	23,913	27,452
62	9,284	11,541	14,943	17,901	20,679	24,815	28,505
63	9,611	11,955	15,476	18,546	21,432	25,718	29,558
64	9,939	12,369	16,007	19,193	22,184	26,620	30,612
65	10,266	12,783	16,539	19,838	22,937	27,524	31,665
66	10,593	13,197	17,070	20,484	23,690	28,427	32,718
67	10,920	13,611	17,603	21,129	24,441	29,329	33,771
68	11,247	14,025	18,135	21,774	25,194	30,233	34,826
69	11,574	14,439	18,666	22,421	25,947	31,136	35,879
70	11,901	14,853	19,199	23,066	26,699	32,038	36,932
71	12,237	15,273	19,741	23,717	27,453	32,943	37,975
72	12,583	15,704	20,299	24,387	28,228	33,874	39,048
73	12,938	16,148	20,872	25,076	29,026	34,831	40,151
74	13,304	16,604	21,462	25,785	29,846	35,815	41,285
75	13,680	17,073	22,068	26,513	30,689	36,827	42,452
76	14,066	17,556	22,692	27,262	31,556	37,868	43,651
77	14,464	18,052	23,333	28,033	32,448	38,937	44,885
78	14,872	18,562	23,992	28,825	33,365	40,038	46,153
79	15,293	19,086	24,670	29,639	34,307	41,169	47,457
80	15,725	19,625	25,367	30,476	35,277	42,332	48,797

.

Manfaat

KETENTUAN URAIAN MANFAAT RAWAT INAP

A. Manfaat asuransi akan diberikan dengan ketentuan sebagai berikut :
   1. Berdasarkan jumlah dan biaya yang wajar dan lazim dan dibuktikan dengan bukti pembayaran yang sah dan dibutuhkan secara medis;
   2. Pelayanan Kesehatan disebabkan Penyakit atau Kecelakaan yang tidak termasuk Pengecualian;
   3. Manfaat Asuransi di bawah Polis ini akan berakhir pada saat tengah malam di hari terakhir dari Periode Polis, kecuali pada saat itu Tertanggung sedang dirawat inap di Rumah Sakit sebelum berakhirnya Polis maka batas waktu pengakhiran Polis akan diperpanjang hingga saat dimana Tertanggung keluar dari Rumah Sakit; atau saat dimana Batas Manfaat Asuransi telah terpakai seluruhnya, yang mana yang terjadi lebih dahulu; tidak berlaku untuk Perawatan Setelah Rawat Inap.

B. Tertanggung akan dijaminkan untuk pengobatan/perawatan untuk kondisi-kondisi berikut hanya jika Tertanggung dirawat inap:
   - Transplantasi Organ, tidak termasuk Biaya Donor, Pembelian dan Transportasi Organ.
   - Sirkumsisi atau Phymosis bukan untuk kepentingan Agama, Adat, dan Tradisi.
   - Endometriosis, Kista, dan Myoma.
   - Terapi atau pemulihan akibat stroke, tidak termasuk perawatan Pre & Post rawat Inap.
   - Penyakit yang disebabkan oleh Auto Imun seperti Lupus, kecuali termasuk pengecualian Polis.

C. Manfaat Asuransi Rawat Inap adalah sebagai berikut:
   1. Kamar Rawat Inap
      Penggantian biaya untuk akomodasi kamar, makan, layanan perawatan umum dan pemeliharaan kamar untuk setiap hari Rawat Inap yang dibayarkan sejak hari pertama dirawat di Rumah Sakit/Klinik dengan tidak melebihi Biaya Kamar Rawat Inap perhari sesuai dengan yang tercantum dalam Tabel Manfaat Rawat Inap. Tidak ada minimum jam untuk penjaminan rawat inap, selama ada tagihan kamar maka Tertanggung akan mendapat penjaminan dari AXA Insurance.
   2. Unit Perawatan Intensif
      Penggantian biaya yang ditimbulkan selama rawat inap di Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit termasuk Kamar Isolasi, ICU / Semi ICU / ICCU / PICU / NICU / HCU / HDU / Kamar Isolasi / Kamar Intermediary, Prinatology Room, Intermediate Ward termasuk makan, layanan perawatan umum dan pemeliharaan kamar untuk setiap hari perawatan medis dengan tidak melebihi biaya Unit Perawatan Intendif perhari sesuai dengan yang tercantum dalam Tabel Manfaat Rawat Inap.
      Bila jangka waktu rawat inap di Unit Perawatan Intensif melebihi jumlah hari maksimum di Unit Perawatan Intensif dalam Uraian Manfaat, maka sisa jumlah hari penggantian akan ditanggung sesuai Biaya Kamar Rawat Inap dan dianggap sebagai satu ketidakmampuan.
   3. Kunjungan Dokter yang Merawat
      Penggantian atas biaya yang dibebankan oleh Dokter Umum/Spesialis untuk kunjungan harian kepada Tertanggung selama dirawat inap di Rumah Sakit. Penggantian hanya diberikan apabila manfaat Rawat Inap dan/atau Unit Perawatan Intensif dijamin oleh AXA Insurance dan sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat Rawat Inap.
   4. Biaya Aneka Perawatan
      Penggantian atas Biaya Medis untuk semua pelayanan dan perawatan Tertanggung yang Diperlukan Secara Medis selama Rawat Inap. Penggantian diberikan apabila Manfaat Kamar Rawat Inap dan/atau Unit Perawatan Intensif dan/atau Pembedahan juga dijamin untuk hari-hari yang sama. Biaya Aneka Perawatan termasuk biaya:
      a. Administrasi.
      b. Pemeriksaan penunjang diagnostik, Obat-obatan, fisioterapi, gips, penunjang medis, oksigen, infus intravena, darah, plasma darah, radioterapi, sinar X, EKG, dan pemeriksaan laboratorium lainnya, kecuali perawatan untuk prodiagnostik, pemeriksaan sinar-X, pemeriksaan fisik umum atau *check up*.
      c. Penyewaan peralatan selama dirawat inap.

d. Biaya donor darah atau beli darah.
e. Hemodialisa, kemoterapi termasuk pemasangan cimino.

Termasuk biaya perawatan umum kecuali biaya-biaya untuk kenyamanan pribadi atau tidak terkait dengan penyakitnya atau berdasarkan permintaan dari Tertanggung.

5. Pembedahan

Penggantian biaya pembedahan yang dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik atas izin AXA Insurance sebelum pembedahan dengan ketentuan:

- Apabila terdapat lebih dari 1 (satu) tindakan bedah dilakukan melalui 1 (satu) sayatan/insisi, maka Manfaat Asuransi akan diperhitungkan berdasarkan 1 (satu) kali Biaya Pembedahan yang terbesar dari tindakan bedah tersebut, dengan nilai setinggi-tingginya sesuai dengan yang tercantum dalam Tabel Manfaat.
- Apabila terdapat lebih dari 1 (satu) tindakan bedah dilakukan melalui lebih dari 1 (satu) sayatan/insisi, maka Manfaat Asuransi akan diperhitungkan total maksimum manfaat masing-masing tindakan Bedah namun tidak melebihi manfaat bedah type A yang tercantum dalam table Manfaat.
- Jika terdapat lebih dari 1 (satu) pembedahan dilakukan untuk suatu Ketidakmampuan, maka total pembayaran untuk semua pembedahan yang dilakukan tidak lebih besar dari jumlah maksimum manfaat perketidakmampuan seperti yang tercantum pada Tabel Manfaat.
- Semua biaya yang ditagihkan pada saat Pembedahan berlangsung selama tidak bertujuan untuk diagnosa termasuk biaya obat, peralatan dan alat bantu tanam yaitu: Pen, Stent, Ring, K-wire, Plat, IOL dan Screw.
- Pembedahan Pulang Hari dijamin dalam manfaat biaya pembedahan mengacu pada Tabel Pembedahan.

Manfaat yang termasuk dalam Biaya Pembedahan adalah:

a. Kamar Bedah

   Penggantian biaya untuk pemakaian Kamar Bedah, obat-obatan dan alat-alat yang berhubungan dengan proses pembedahan selama proses pembedahan berlangsung dengan ketentuan Manfaat Pembedahan juga dijamin untuk Pembedahan tersebut.

b. Biaya Anestesi

   Penggantian atas jasa profesi Ahli Anestesi, Asisten Anestesi termasuk obat anastesi selama proses pembedahan berlangsung dengan ketentuan Manfaat Pembedahan juga dijamin untuk Pembedahan tersebut.

c. Biaya Dokter Ahli Bedah

   Penggantian jasa profesi yang senyatanya dibebankan oleh seorang atau tim Dokter ahli bedah dalam proses pembedahan yang dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik, termasuk asisten bedah, alat bantu tanam (Ring, Pen, Sten, Screw, K-Wire, IOL dan Plate) serta kunjungan Dokter Ahli Bedah kepada Tertanggung pasca pembedahan hingga maksimum 30 (tiga puluh) hari dari tanggal pembedahan selama Tertanggung belum keluar dari rawat inap, dan maksimum seperti yang tercantum pada Uraian Manfaat.

6. Manfaat Rawat Jalan dan Rawat Gigi Darurat

Penggantian Biaya untuk jasa dan peralatan medis oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk perawatan Gawat Darurat bagi Luka Tubuh atau Penyakit dengan ketentuan sebagai berikut:

a. Tertanggung harus diterima sebagai Pasien Rawat Jalan dalam jangka waktu tidak lebih dari 24 (dua puluh empat) jam sejak terjadinya kondisi Gawat Darurat.
b. Manfaat ini termasuk pengobatan lanjutan dalam waktu 14 (empat belas) hari sejak perawatan Gawat Darurat terjadi.
c. Penggantian ini tidak termasuk gigi palsu.
d. Manfaat ini berlaku hanya dengan sistem Reimbursemen saja.

7. Perawatan sebelum Rawat Inap

Penggantian atas Biaya medis untuk prosedur diagnostik dan pemeriksaan laboratorium termasuk obat resep, yang direkomendasikan oleh Dokter Umum atau Dokter Spesialis dalam kurun waktu sebagaimana yang tercantum pada Tabel Manfaat sebelum Tanggal Masuk Rumah Sakit untuk Rawat Inap atau Pembedahan pulang hari dengan syarat Biaya medis tersebut terjadi untuk kondisi medis yang sama diperlukan saat Tertanggung dirawat inap atau

pembedahan pulang hari. Pembayaran tidak akan dilakukan jika Tertanggung selanjutnya tidak dirawat inap atau atau menjalani pembedahan setelah pemeriksaan-pemeriksaan tersebut.

8. Perawatan setelah Rawat Inap
   Penggantian biaya medis untuk perawatan tindak-lanjut oleh Dokter yang sama, dalam kurun waktu sebagaimana yang tercantum pada Tabel Manfaat setelah tanggal keluar Rumah Sakit untuk suatu Ketidakmampuan dengan syarat Biaya medis tersebut terjadi untuk kondisi medis yang sama diperlukan saat Tertanggung dirawat inap atau pembedahan pulang hari, dan Manfaat Rawat Inap atau Pembedahan Pulang Hari tersebut juga dijamin oleh AXA Insurance.
9. Biaya Ambulans
   Penggantian atas Biaya jasa ambulans lokal transportasi darat yang diperlukan (termasuk kehadiran perawat dalam ambulans) ke dan atau dari Rumah Sakit atau antar Rumah Sakit. Penggantian Biaya Ambulans yang diberikan maksimum sesuai Uraian Manfaat. Pembayaran tidak akan dilakukan jika Tertanggung tidak dirawat inap.

KETENTUAN KHUSUS ASURANSI KESEHATAN
ASURANSI TAMBAHAN – RAWAT JALAN

A. Manfaat asuransi akan diberikan dengan ketentuan sebagai berikut :
   1. Ketentuan Asuransi Tambahan Rawat Jalan tunduk pada semua persyaratan dan kondisi polis asuransi kesehatan.
   2. Manfaat tambahan ini hanya berlaku apabila tercantum dalam uraian manfaat dan peserta ditagihkan sejumlah premi untuk manfaat ini.
   3. Semua peserta berdasarkan ketentuan seleksi risiko yang dijelaskan di dalam uraian manfaat layak diikutsertakan, wajib didaftarkan sejak tanggal Polis ini berlaku atau tanggal efektif kepesertaan atau sejak tanggal peserta memenuhi ketentuan seleksi risiko tersebut.

B. Manfaat Asuransi Rawat Jalan adalah sebagai berikut :
   1. Konsultasi Dokter Umum
      Penggantian biaya konsultasi dan tindakan yang dibebankan oleh seorang dokter Umum untuk 1 (satu) kali kunjungan ke Ruang Praktek atau Klinik, termasuk biaya Administrasi kecuali memiliki manfaat terpisah yang tertera dalam uraian manfaat.
   2. Konsultasi Dokter Spesialis
      a. Konsultasi dokter spesialis dapat dilakukan tanpa rujukan dari dokter umum.
      b. Batas jaminan adalah maksimum satu kunjungan dokter spesialis per hari, kecuali kunjungan pada dokter dengan spesialisasi berbeda.
   3. Konsultasi dan Resep Dokter
      Penggantian biaya gabungan dari konsultasi Dokter dan tindakannya (bila ada) serta obat-obatan yang diresepkan, jika tagihan tidak dipisahkan termasuk biaya administrasi kecuali memiliki manfaat terpisah yang tertera dalam uraian manfaat. Manfaat ini hanya berlaku jika tertera pada manfaat terpisah dalam uraian manfaat.
   4. Resep Obat
      Penggantian biaya obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang berhubungan langsung dengan ketidakmampuan tertanggung; termasuk biaya radioterapi, hemodialisa dan kemoterapi saat dirawat jalan.
   5. Biaya Laboratorium dan Tes Diagnostik
      Penggantian biaya atas pemeriksaan atau test diagnostik yang dirujuk secara tertulis oleh Dokter, berdasarkan diagnosa yang berhubungan langsung dengan ketidakmampuan tertanggung.
   6. Fisioterapi
      Penggantian biaya fisioterapi yang direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter, termasuk biaya tindakan yang dibebankan oleh dokter atau terapis berlisensi dan obat-obatan yang diperlukan selama fisioterapi.

KETENTUAN KHUSUS ASURANSI KESEHATAN
ASURANSI TAMBAHAN – TELEKONSULTASI & TELEMEDISIN

1. Dengan syarat ketersediaan opsi manfaat ini dalam tabel manfaat Anda dari plan yang dipilih, mencakup janji dokter virtual melalui teknologi komunikasi dan obat-obatan yang diresepkan oleh dokter, yang memenuhi syarat akan dibayarkan jika perawatan diterima dari penyedia medis yang ditunjuk oleh PT AXA Insurance Indonesia. Ini akan dibatasi untuk 1 (satu) konsultasi per hari (tidak termasuk biaya pengantaran obat).
2. Berikut ini adalah jenis-jenis penyakit yang tidak dijamin secara Telekonsultasi & Telemedis :

● Kejang demam ● Tetanus ● HIV Aids ● Somatoform ● Insomnia ● Benda asing di Konjungtiva ● Trikiasis ● Hipermetropia ringan ● Miopia ringan ● Antigmatism ringan ● Presbiopia ● Serumen prop ● Benda asing ● Tuberkolosis paru tanpa komplikasi ● Fimosis ● Parafimosis ● Aborsi spontan komplit ● Malnutrisi energi - protein ● Malaria ● Reaksi anafilaktik Ulkus pada tungkai ● Lipoma ● Skrofuloderma ● Lepra ● Vulnus laseratum, punctum ● Kekerasan benda tumpul ● Kekerasan benda tajam ● Obat-obatan yang membutuhkan alat bantu	● Obat racik, psikotropika ● Otitis Externa ● Acute Otitis Media ● Nasal Furuncle ● Epistaxis ● Bronchial Asthma ● Acute Bronchitis ● Pneumonia and Bronchopneumonia ● Essential Hypertension ● Umbilical Infection Typhoid Fever ● Hookworm Infection ● Strongyloidiasis ● Ascariasis ● Schistosomiasis ● Taeniasis ● Hepatitis A ● Bacillary and Amoebic Dysentery ● Urinary Tract Infection ● Gonorrhea ● Uncomplicated Pyelonephritis ● Genital Discharge Syndrome (Gonococcal dan Nongonococcal) ● Lower Genital Tract Infection ● Vulvitis ● Vaginitis ● Bacterial Vaginosis ● Salpingitis	● Normal Pregnancy ● Iron Deficiency Anemia in Pregnancy ● Abscess of Hair Follicle or Sebaceous Gland ● Diabetes Mellitus Type 1 ● Diabetes Mellitus Type 2 ● Mild Hypoglycemia ● Vitamin Deficiency ● Mineral Deficiency ● Dyslipidemia ● Hyperuricemia ● Iron Deficiency Anemia ● Lymphadenitis ● Dengue Fever (DHF) ● Lymphadenitis ● Dengue Fever (DHF) ● Measles Without Complications ● Erythrasma ● Erysipelas ● Syphilis Stages 1 and 2 ● Hidradenitis Suppurativa ● First and Second Degree Burns

3. Selain jenis-jenis penyakit diatas, manfaat Telekonsultasi & Telemedis juga tidak menjamin kondisi atau diagnosa lainnya yang memerlukan pemeriksaan fisik langsung dan pemeriksaan penunjang, atau perawatan langsung yang intensif atau segera dirumah sakit.
4. Apabila sudah dijaminkan secara Telekonsultasi & Telemedis, tidak secara langsung atau otomatis dijaminkan untuk manfaat Rawat Inap.

KETENTUAN KHUSUS ASURANSI KESEHATAN

ASURANSI TAMBAHAN – VAKSIN

Dengan syarat ketersediaan opsi manfaat ini dalam tabel manfaat Anda, manfaat ini mencakup untuk biaya obat vaksin dan konsultasi untuk mengelola vaksinasi yang diperlukan.

Vaksin yang dapat disetujui adalah jenis-jenis vaksin yang sudah mendapatkan persetujuan dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

KETENTUAN KHUSUS ASURANSI KESEHATAN

ASURANSI TAMBAHAN – PERLINDUNGAN KECELAKAAN DIRI

Dengan syarat ketersediaan manfaat ini dalam tabel manfaat Anda dari plan yang dipilih, kami akan membayar sejumlah yang disebutkan kepada Pemegang Polis atau perwakilan hukumnya dalam hal kematian anggota akibat kecelakaan.
Manfaat ini tidak akan dibayarkan jika penyebab kematian adalah karena bunuh diri, jika anggota aktif berpartisipasi dalam tindakan kriminal, perbuatan melanggar hukum atau akibat dari hukuman mati.

- **Risiko Investasi :**
  Asuransi SmartCare 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 **:** Rp. 40.000
Biaya Materai **:** Rp. 10.000

Pengecualian

Polis ini tidak memberikan pertanggungan bagi Perawatan, pelayanan, produk, keadaan-keadaan, hal-hal atau kegiatan-kegiatan berikut ini serta segala biaya perawatan medis dan biaya terkait yang timbul karenanya:

- ***a. Penyakit yang Telah Ada Sebelumnya, kecuali jika dihapus secara tertulis oleh AXA Insurance.***
- ***b. Semua penyakit khusus selama dua belas (12) bulan pertama sejak tanggal berlakunya Polis.***
- ***c. Setiap Ketidakmampuan yang dimulai atau terjadi dalam Masa Tunggu 30 (tiga puluh) hari, kecuali untuk Luka-luka / Cedera Tubuh akibat Kecelakaan.***
- ***d. Perawatan dan pengobatan ekperimental, tradisional dan/atau alternatif yang di luar ilmu kedokteran barat yang tidak terbatas pada akupuntur, shinse, dukun patah tulang, paranormal, chiropractor, naturopath, holistik, herbal, hiperbarik dan sejenisnya.***
- ***e. Semua pengujian, perawatan dan/atau pengobatan impotensi, kemandulan, syndrome premenopause, gangguan menstruasi, kesuburan dan ketidaksuburan termasuk inseminasi buatan dan bayi tabung, terapi hormonal, dan semua komplikasi yang terjadi karenanya.***
- ***f. Setiap keadaan yang timbul akibat pembedahan, metode-metode mekanis dan kimiawi untuk pengaturan kelahiran, sterilisasi baik itu kastrasi, ligasi tuba, tebektomi, vasektomi, hidrotuba.***
- ***g. Pemeriksaan fisik rutin, pemeriksaan (check-up) kesehatan atau uji (screening) lainnya dimana tidak terdapat indikasi obyektif tentang adanya gangguan kesehatan normal atau perawatan yang bersifat preventif termasuk vaksinasi, akupuntur, Vitamin dan Supplemen tanpa rekomendasi dokter dan indikasi medis perawatan yang secara khusus ditujukan untuk pengurangan berat badan atau perawatan yang tidak Diperlukan Secara Medis.***
- ***h. Perawatan dan /atau pengobatan yang terkait dengan :***
- ***a. Kelainan Bawaan dan/ atau keterlambatan tumbuh kembang dan/atau Kelainan Fisik akibat Kelahiran yang timbul karena atau yang diakibatkan olehnya, termasuk namun tidak terbatas pada failure to thrive (FTT),***

gangguan makan, gangguan bicara, hiperaktivitas, gangguan pemusatan perhatian (autism), disleksia, retardasi mental, dan keterlambatan berjalan.

b. *Hernia dibawah usia 10 (sepuluh) tahun.*

i. *Perawatan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas, rumah istirahat atau perawatan di sanatorium, perawatan yang terjadi karena keadaan kesehatan usia lanjut (geriatrik), keadaan mental usia lanjut (psiko-geriatrik) atau ketidakmampuan yang bersifat emosional, mental, kelainan mental atau keadaan kejiwaan (psikiatrik), penyakit atau pengobatan yang berhubungan dengan stress dan depresi atau gangguan kejiwaan lainnya, pengobatan atau perawatan untuk penyalahgunaan zat, obat, narkotik, alkohol atau untuk sindrom ketergantungan zat, obat, narkotik atau alkohol.*

j. *Ketidakmampuan yang secara langsung atau tidak langsung timbul karena Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS), Penyakit Menular seksual atau golongan penyakti kelamin dan keadaan apapun yang terkait dengannya.*

k. *Pengobatan, perawatan dan pembedahan yang berkaitan dengan kosmetik/ kecantikan, termasuk bedah plastik kecuali bertujuan merekonstruksi fungsional akibat Kecelakaan maksimum 30 (tiga puluh) hari kalender setelah Kecelakaan, keloid, bekas luka, perubahan jenis kelamin, sirkumsisi (sunat) di bawah usia 7 (tujuh) tahun, uji mata, kesalahan refraktif mata.*

l. *Segala bentuk penyediaan perangkat termasuk kacamata, lensa kontak, kursi roda dan alat bantu seperti pacemaker, alat bantu pendengaran dan alat bantu lainnya yang berhubungan dengan ketidakmampuan.*

m. *Bunuh diri atau percobaan bunuh diri, luka yang diakibatkan oleh diri sendiri atau upaya untuk melakukannya, baik dilakukan secara sadar atau tidak.*

n. *Rawat Jalan yang bukan akibat Kecelakaan atau tidak terkait dengan Rawat Inap/Pembedahan Pulang hari.*

o. *Perawatan gigi atau pemeriksaan atau pengobatan atau pembedahan gigi, gusi, atau struktur penyanggah langsung dan pengobatan yang terkait dengannya bukan karena luka/cidera tubuh akibat Kecelakaan pada gigi alami sehingga membutuhkan jasa ahli bedah maksilofasial (maxillofacial surgeon).*

p. *Keadaan apapun yang disebabkan oleh kehamilan termasuk melahirkan, aborsi, keguguran oleh sebab apapun.*

q. *Biaya telepon, televisi, radio, surat kabar, makanan untuk tamu dan hal-hal non-medis lainnya ketika dirawat sebagai Pasien Rawat Inap atau Pembedahan Rawat Jalan.*

r. *Sakit atau luka fisik yang terjadi karena balap apapun jenisnya (kecuali dengan kaki), olahraga profesional, parasut, terjun payung, tinju, gulat, scuba-diving profesional, bungee jumping.*

s. *Pelanggaran atau upaya pelanggaran apapun terhadap hukum atau penolakan terhadap penahanan sah.*

t. *Penerbangan atau kegiatan udara lainnya kecuali sebagai penumpang yang membayar tarif pada pesawat udara yang mempunyai izin (berlisensi) lengkap yang dikelola oleh perusahaan penerbangan komersial berizin (berlisensi) atau Perusahaan sewa yang diakui.*

u. *Perawatan yang timbul sebagai akibat (baik langsung atau tidak langsung) dari*

   i. *perang, penyerbuan, aksi musuh asing, permusuhan atau kegiatan yang menyerupai suasana perang (baik dengan pernyataan perang ataupun tidak), perang saudara, pemberontakan, revolusi, pembe-rontakan umum, pergolakan sipil (huru hara) yang diasumsikan sebagai bagian dari atau menjurus kepada suatu pemberontakan, kekuatan militer atau pengambil-alihan kekuasaan;*

   atau

   ii. *segala tindakan teroris untuk tujuan dari pengecualian ini tindakan teroris adalah suatu tindakan, termasuk tetapi tidak terbatas pada penggunaan kekuatan atau kekerasan, penggunaan bahan kimia dan/atau biologis dan/atau ancaman dari seseorang atau kelompok baik bertindak secara pribadi atau mengatasnamakan atau berkaitan dengan suatu organisasi atau pemerintahan dengan tujuan politik, agama, ideologi atau sejenisnya termasuk tujuan untuk mempengaruhi suatu pemerintahan dan/atau membuat masyarakat atau sebagian masyarakat merasa takut.*

   Pengecualian ini juga mengecualikan kerugian, kerusakan, ongkos atau biaya apapun yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh, timbul dari atau berkaitan dengan segala usaha yang dilakukan untuk mengontrol, mencegah, menahan atau dengan cara apapun yang berkaitan dengan poin (i) dan/atau (ii) diatas.

Jika AXA Insurance menyatakan bahwa menurut pengecualian ini suatu kerugian, kerusakan, ongkos atau biaya tidak dijamin dalam pertanggungan ini, maka kewajiban untuk membuktikan hal tersebut dijamin terletak pada Tertanggung.

Dalam hal suatu bagian dari pengecualian ini ditemukan tidak berlaku/tidak sah atau tidak dapat dilaksanakan, bagian lainnya tetap berlaku.

v. Perawatan yang timbul sebagai akibat dari keikutsertaan langsung dalam kerusuhan, pemogokan, huru hara atau ketika sedang bertugas aktif dalam angkatan bersenjata atau kepolisian.

w. Perawatan yang timbul sebagai akibat (baik langsung atau tidak langsung) oleh bahan senjata nuklir atau radiasi ionisasi atau kontaminasi dari radio aktif yang berasal dari bahan nuklir atau limbah dari pembakaran bahan bakar nuklir. Untuk menerangkan pengecualian ini "Pembakaran" termasuk proses fisi nuklir yang terjadi secara terus menerus.

x. Perawatan dan pengobatan ekperimental, tradisional dan/atau alternatif yang di luar ilmu kedokteran barat yang tidak terbatas pada akupuntur, shinse, dukun patah tulang, paranormal, chiropractor, naturopath, holistik, herbal, hiperbarik dan sejenisnya.

y. Negara yang dikecualikan; USA, Canada, dan Jepang.

z. Semua biaya pemberi jasa medis yang ditagihkan oleh Tertanggung sendiri dan atau keluarga dekat atau serumah dengan Tertanggung walaupun dilakukan oleh seorang Dokter dan atau Paramedis yang berizin dan sesuai dengan keahliannya.

aa. Malpraktek serta komplikasi yang terkait, baik secara langsung maupun tidak langsung.

bb. Penyakit yang bersifat epidemik yaitu suatu penyakit yang menyerang banyak orang disuatu wilayah dan tempat bersama, meluas dan menyebar dengan cepat dan dinyatakan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang berdasar ilmu kesehatan serta perawatannya memerlukan karantina/isolasi dan menjadi bagian program dari Pemerintah.

cc. Perawatan dan/atau pengobatan yang telah mendapat penggantian dari Jamsostek, Asuransi Kesehatan dan/atau pihak lain.

dd. Pengecualian lainnya yang ditentukan dalam wording polis Asuransi SmartCare.

Apabila salah satu pengecualian diatas dinyatakan sebagai salah satu manfaat yang tercantum dalam polis maka Pengecualian tersebut dengan sendirinya dinyatakan tidak berlaku lagi.

Persyaratan dan tata cara

A. Prosedur Penutupan Asuransi :

1. Tertanggung mengajukan permohonan kepada penanggung melalui website MyPage dan mengisi data pertanggungan dan ketentuan lainnya yang ada di website MyPage.
2. Membayar premi yang telah dihitung sesuai dengan jaminan yang telah dipilih oleh Tertanggung dengan pilihan cara pembayaran yang ada di website MyPage.

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
5. Selanjutnya Finance akan melakukan pengembalian Premi (jika ada) dan Collection akan menagihkan Premi (jika terdapat tambahan Premi)

C. Pengajuan Pertanggungan :

a. Pertanggungan ini didasarkan pada Surat Permohonan Asuransi Kesehatan (SPAK), laporan, data kepesertaan, pernyataan tertulis dan dokumen lainnya yang diberikan oleh Tertanggung dengan disertai pembayaran premi dengan nilai sesuai yang tercantum dalam Data Polis dan bersifat mengikat dan merupakan satu kesatuan antara AXA Insurance dan Tertanggung, dengan masa berlaku sesuai dengan jangka waktu yang telah ditetapkan. Keterangan-keterangan dan/atau pernyataan-pernyataan yang disebutkan dalam setiap dokumen-dokumen diatas menjadi dasar bagi AXA Insurance untuk memberikan persetujuannya atas permohonan pertanggungan yang diajukan dan untuk proses penerbitan polis.

b. Tertanggung dan anggota keluarganya (jika ada) yang berdasarkan ketentuan seleksi risiko AXA Insurance layak diikutsertakan, wajib didaftarkan sejak tanggal Polis ini diberlakukan.

c. Jika berdasarkan perhitungan usia masuk, Tertanggung tidak dapat dipertanggungkan dengan polis ini, maka kepesertaan Tertanggung menjadi batal sejak awal, dan AXA Insurance hanya berkewajiban untuk mengembalikan premi yang telah dibayarkan atas Tertanggung tersebut setelah diperhitungkan dengan biaya-biaya yang telah dikeluarkan oleh AXA Insurance termasuk manfaat yang telah dibayarkan oleh AXA Insurance kepada Tertanggung. Dalam hal jumlah manfaat yang telah dibayarkan lebih besar dari premi yang dibayarkan untuk Tertanggung, maka kelebihan tersebut menjadi beban dan tanggung jawab Tertanggung dan wajib dibayarkan oleh Tertanggung kepada AXA Insurance dalam periode waktu yang telah ditentukan.

D. Data yang Diajukan :

Tertanggung wajib memberikan kepada AXA Insurance data yang diperlukan untuk melaksanakan administrasi polis ini, yaitu keterangan tentang anggota keluarganya yang dipertanggungkan, tambahan anggota keluarga baru (jika ada). Untuk selanjutnya AXA Insurance berhak meminta data tambahan lainnya yang diperlukan selama berlangsungnya pertanggungan berdasarkan Polis ini. Semua keterangan, data dan pernyataan yang telah diberikan kepada AXA Insurance menjadi tanggung jawab Tertanggung dan merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Polis.

E. Kesalahan Data :

Apabila ditemukan adanya pernyataan, keterangan atau penjelasan yang tidak benar atau kurang lengkap baik pada saat pertanggungan mulai dan/atau telah berlaku, maka AXA Insurance berhak:

a. Mengadakan penyesuaian pertanggungan asuransi kesehatan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya; atau
b. Membatalkan pertanggungan peserta; atau
c. Membatalkan pertanggungan polis.

F. Penerbitan Polis :

Polis diterbitkan dalam bentuk dokumen tertulis yang berisi data polis, ketentuan umum dan ketentuan manfaat asuransi, ketentuan asuransi tambahan (jika ada), Tabel Manfaat, daftar peserta, lampiran Rumah Sakit Jaringan (jika ada), Endosemen Polis (jika ada), salinan Surat Permohonan Asuransi Kesehatan (SPAK) dan Informasi mengenai Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI). Polis yang diterbitkan berdasarkan data-data dan informasi-informasi yang disampaikan Tertanggung melalui dokumen Surat Permohonan Asuransi Kesehatan dan hanya berlaku apabila telah diterbitkan dan ditandatangai secara sah oleh Pejabat AXA Insurance yang berwenang.

G. Perubahan Polis :

Dalam hal perubahan data kepesertaan dan/atau data Tertanggung termasuk namun tidak terbatas pada penambahan peserta, pengurangan peserta dan perubahan golongan manfaat asuransi, dapat dilakukan selama Polis masih berlaku. Perubahan tersebut hanya dapat dilakukan atas permohonan tertulis dari Tertanggung dan disetujui secara tertulis oleh AXA Insurance dengan diterbitkannya Endosemen Polis, dengan ketentuan:

a. Dalam hal penambahan/perubahan Program Asuransi, perubahan Polis hanya dapat dilakukan pada saat perpanjangan polis.
b. Dalam hal Tertanggung ingin merubah Golongan Manfaat Asuransi, perubahan tersebut dapat diberikan jika:

- Kenaikan Golongan maksimal satu tingkat dari Manfaat sebelumnya.
- Tertanggung harus dalam keadaan sehat dan tidak sedang dirawat di Rumah Sakit. Apabila Tertanggung pada saat didaftarkan dalam keadaan sedang dirawat di Rumah Sakit, maka tanggal berlakunya asuransi bagi Tertanggung tersebut adalah tanggal sesudah keluar dari rumah sakit atas rekomendasi dokter.

c. Masa berlaku untuk perubahan ini diberikan paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender dari tanggal permohonan tertulis diterima oleh AXA Insurance, atau tanggal efektif perubahan yang diminta oleh Tertanggung, mana yang lebih akhir.
d. Penggunaan biaya dari manfaat yang lama akan diperhitungkan ke dalam Manfaat yang baru dan oleh karenanya limit yang baru akan dikurangi sebanyak pemakaian pada Manfaat yang lama.

Sehubungan dengan Perubahan Polis ini, AXA Insurance berhak untuk meminta bukti, keterangan tambahan dan/atau pemeriksaan langsung (survey) kepada Tertanggung.

H. Perpanjangan Polis :

a. Polis dapat diperpanjang untuk tahun Polis berikutnya atas persetujuan AXA Insurance berdasarkan konfirmasi perpanjangan Polis secara tertulis dari Tertanggung sebelum jatuh tempo polis.
b. Jika Tertanggung melakukan konfirmasi perpanjangan polis sesudah jatuh tempo Polis, AXA Insurance berhak merubah periode Perpanjangan Polis untuk periode berikutnya sesuai tanggal konfirmasi dari Pemegang Polis.
c. Polis perpanjangan berlaku efektif apabila Tertanggung telah mengajukan Formulir Konfirmasi Perpanjangan Polis dan membayar premi perpanjangan Polis.
d. AXA Insurance berhak untuk mengubah syarat dan ketentuan beserta tarif premi dalam Polis dan perubahan tersebut akan berlaku mulai saat perpanjangan Polis untuk periode berikutnya.

I. Pembatalan Polis :

1. Penanggung/Pemegang Polis/Tertanggung masing-masing berhak setiap waktu membatalkan atau menghentikan pertanggungan ini dan wajib memberitahukan alasannya.
2. Pemberitahuan pembatalan atau penghentian dimaksud dilakukan secara tertulis melalui surat tercatat atau surat elektronik oleh pihak yang menghendaki pembatalan atau penghentian pertanggungan kepada pihak lainnya di alamat terakhir yang diketahui. Penanggung bebas dari segala kewajiban berdasarkan Polis ini, 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal pengiriman surat atas pemberitahuan tersebut.
3. Apabila terjadi penghentian pertanggungan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 di atas, premi akan dikembalikan secara prorata untuk jangka waktu pertanggungan yang belum dijalani, setelah dikurangi biaya akuisisi Penanggung. Namun demikian, dalam hal penghentian pertanggungan dilakukan oleh Tertanggung di mana selama jangka waktu pertanggungan yang telah dijalani, telah terjadi klaim yang jumlahnya melebihi jumlah premi yang tercantum dalam Ikhtisar Pertanggungan, maka Pemegang Polis/Tertanggung tidak berhak atas pengembalian premi untuk jangka waktu pertanggungan yang belum dijalani.
4. Sehubungan ketentuan dalam Pasal ini, Penanggung dan Pemegang Polis/Tertanggung sepakat untuk mengesampingkan pemberlakuan Pasal 1266 dan Pasal 1267 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata) dan bahwa pembatalan atau penghentian pertanggungan dilakukan tanpa melalui putusan pengadilan.

Pembatalan Polis baik oleh Tertanggung maupun AXA Insurance tidak menghapus kewajiban Pemegang Polis dari hal-hal di bawah ini, termasuk namun tidak terbatas pada:

- Ekses Klaim;
- Biaya Administrasi;
- Premi belum terbayar.

J. Akibat Pembatalan Polis :

Pembatalan Polis oleh Pemegang Polis atau AXA Insurance tidak akan mempengaruhi suatu klaim yang terjadi sebelum tanggal pembatalan tersebut.

K. Tata Cara Pengaduan :

Tertanggung dapat mengajukan pengaduan langsung ke *customer service walk in* di kantor cabang Penanggung terdekat, atau melalui telepon ke Customer Care Center AXA Insurance di no telepon **1500 733** dan email ke customer.general@axa.co.id.

L. Prosedur Pelayanan dan Pelaporan Pengaduan :

1. Jika ada Pengaduan yang ingin disampaikan, Anda dapat melaporkan Pengaduan tersebut ke Customer Care Center AXA Insurance di no. telepon 1500 733 ; email customer.general@axa.co.id
2. Kami akan me-register Pengaduan tersebut dan mengkonfirmasikan kembali kepada Anda melalui telepon atau email bahwa Pengaduan telah diterima dengan baik dan akan segera ditindaklanjuti disertai informasi waktu penyelesaian Pengaduan.
3. Jangka waktu penyelesaian Pengaduan adalah:
   i. Apabila Pengaduan secara tertulis maka waktu penyelesaian maksimum 10 hari kerja sejak diterimanya Pengaduan dan dokumen dinyatakan lengkap;
   ii. Apabila Pengaduan secara lisan maka waktu penyelesaian maksimum 5 hari kerja sejak diterimanya Pengaduan.
4. Untuk Pengaduan tertulis, dalam hal terdapat kondisi tertentu sebagaimana diatur di dalam ketentuan peraturan terkait penyelesaian pengaduan, Kami dapat memperpanjang jangka waktu paling lama 10 (sepuluh) hari kerja sejak jangka waktu penyelesaian pada 3(i). Kami akan mengirimkan pemberitahuan kepada Anda melalui surat sebagai informasi bahwa penyelesaian Pengaduan masih membutuhkan tambahan waktu. Tambahan waktu penyelesaian Pengaduan di luar batas waktu pada 3(i) dan bagian ini dapat dilakukan dan akan mengikuti ketentuan peraturan yang berlaku.
5. Jika Kami membutuhkan dokumen pendukung dan jangka waktu penyelesaian Pengaduan yang disampaikan secara lisan sebagaimana pada poin 3 (ii) tidak dapat dipenuhi, Kami meminta kepada Anda untuk menyampaikan Pengaduan secara tertulis dengan melampirkan dokumen pendukung yang diperlukan.

M. Prosedur Pelaporan Klaim :

Jika terjadi kerugian, Tertanggung dapat melaporkan klaimnya ke *Customer Care* Center AXA Insurance di no. telepon **1500 733** ; email customer.general@axa.co.id;

N. Prosedur dan Dokumen Klaim :

Jika klaim disetujui AXA Insurance maka Tertanggung mendapatkan penggantian biaya perawatan dari yang tertera dalam uraian manfaat baik di Rumah Sakit/Klinik rekanan maupun Rumah Sakit/Klinik non-rekanan. Tertanggung hanya bisa mendapatkan pelayanan Cashless di rumah sakit rekanan dan jika karena satu sebab atau lainnya Fasilitas Cashless tidak berlaku di rumah sakit rekanan atau tertanggung mendapatkan perawatan di rumah sakit non-rekanan maka klaim akan diproses berdasarkan pengajuan klaim Reimbursemen dari Tertanggung.

1. Prosedur Fasilitas Cashless

1.1 Apabila Tertanggung berhak atas pertanggungan asuransi ini dengan Fasilitas Cashless, AXA Insurance akan melakukan pembayaran terlebih dahulu terhadap perawatan Tertanggung yang dilakukan di Rumah Sakit/Klinik yang termasuk dalam Jaringan Provider dengan ketentuan sebagai berikut:
   a. Tertanggung menunjukkan Kartu Peserta dan identitas diri lainnya, dan
   b. Melakukan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit/Klinik yang termasuk Jaringan Provider sesuai haknya.

1.2 Rumah Sakit/Klinik Jaringan Provider akan melakukan prosedur standar sebagaimana disepakati dengan AXA Insurance.

1.3 Khusus untuk Rawat Inap, apabila AXA Insurance setuju bahwa tertanggung berhak mendapatkan pelayanan Fasilitas Cashless sesuai haknya, maka AXA Insurance akan mengeluarkan Surat Jaminan kepada Rumah Sakit/Klinik Jaringan Provider.

1.4 Semua biaya atas perawatan dan/atau pengobatan yang terkait dengan kondisi yang dikecualikan, dimana:
   a. Jika diketahui saat diagnosa awal maka tidak dapat diberikan surat jaminan;
   b. Jika diketahui saat diagnosa akhir maka biaya yang timbul sebelum diagnosa terakhir termasuk biaya yang dikecualikan

1.5 Untuk Perawaatan di Luar Negeri Fasilitas Cashless tidak berlaku kecuali dinyatakan lain di dalam skedul polis dan apabila Tertanggung menempati kelas kamar di atas haknya maka toleransi kenaikan Kelas Kamar tidak berlaku.

2. Prosedur Pengajuan Klaim Reimbursemen

Tertanggung wajib menyampaikan pemberitahuan secara tertulis kepada AXA Insurance dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah terjadinya Ketidakmampuan yang menimbulkan biaya yang dapat diklaim, atau dikatakan lain dalam skedul polis. Dokumen yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim mengikuti persyaratan kelengkapan dokumen yang tertera di dalam formulir klaim. Dengan tidak mengurangi ketentuan lain yang saling terkait di dalam polis ini, AXA Insurance baik secara langsung ataupun melalui pihak lain yang ditunjuk oleh AXA Insurance, berhak untuk meminta dokumen bukti dan/atau keterangan tambahan kepada Pemegang Polis dan/atau Peserta apabila diperlukan sehubungan dengan proses pengajuan klaim.

Jika berkas pengajuan klaim diterima lebih dari waktu yang ditentukan diatas, maka Tertanggung wajib memberikan pernyataan tertulis kepada AXA Insurance yang berisi alasan keterlambatan pengajuan tersebut. AXA Insurance mempunyai hak untuk menolak klaim jika alasan tersebut tidak akurat. Maksimum hari untuk menyerahkan dokumen klaim yang kurang kepada AXA Insurance yaitu 30 (tiga puluh) hari dari tanggal pemberitahuan, atau dikatakan lain dalam skedul polis.

Maksimum hari untuk AXA Insurance memproses dan membayar klaim adalah 14 (empat belas) hari kerja sejak informasi dan dokumen lengkap diterima oleh AXA Insurance, atau dikatakan lain dalam skedul polis. AXA Insurance berkewajiban memberikan informasi mengenai status klaim yang diajukan. Jika klaim disetujui, AXA akan mengganti 80% dari biaya yang disetujui selama tidak melampaui batasan perketidakmampuan ataupun limit tahunan.

Apabila tertanggung mendapatkan perawatan di luar negeri, maka dokumen pengajuan klaim harus dengan Bahasa Inggris. Jika dokumen yang diberikan tidak dalam Bahasa Inggris, maka pihak AXA Insurance akan menginformasikan kesalahan pengajuan dokumen tersebut kepada Pemegang Polis dan dalam sampai dengan 30 (tiga puluh) hari dari tanggal pemberitahuan AXA Insurance tidak menerima perubahan dokumen klaim maka AXA Insurance berhak untuk tidak memproses pengajuan klaim tersebut.

Pihak AXA Insurance berhak untuk tidak memproses pengajuan klaim tersebut apabila:

a. Klaim melewati batas waktu pengajuan yang sudah ditentukan;
b. Klaim termasuk dalam pengecualian polis;
c. Klaim tersebut untuk perawatan orang lain (tertanggung tidak terdaftar sebagai anggota dalam perusahaan);
d. Pengajuan klaim atas Obat dan Laboratorium yang tidak berkorelasi dengan diagnosa dan juga merupakan obat bebas;
e. Dokumen klaim dicoret-coret atau diganti;
f. Diagnosa bukan dari dokter yang merawat.

3. Koordinasi Manfaat Asuransi/Subrogasi

Pemegang Polis / Tertanggung harus memberitahukan kepada AXA Insurance dalam formulir klaim jika Pemegang Polis menganggap ada suatu biaya yang dapat diklaim kepada pihak lain atau berdasarkan Polis asuransi lain atau berdasarkan sumber lain. Dalam hal tersebut, maka:

a. Apabila ada Polis asuransi lain yang terlibat dan asuransi lain tersebut sudah membayarkan klaim kesehatan tersebut dan klaim tersebut memenuhi syarat dalam Polis ini, maka AXA Insurance hanya membayar bagian yang menjadi tanggungan AXA Insurance saja; atau
b. Apabila terdapat manfaat yang diklaim mengenai pertanggungan Perawatan atau Kondisi Medis yang disebabkan oleh orang lain (selanjutnya disebut ”Pihak Ketiga”), AXA Insurance hanya akan membayar manfaat kepada

Tertanggung sesuai dengan nilai pertanggungan kepada Tertanggung berdasarkan Polis ini. Jika klaim tersebut juga dipertanggungkan pada Polis asuransi lain atau Polis asuransi perusahaan asuransi lainnya, maka AXA Insurance hanya akan membayar manfaat yang menjadi bagian AXA Insurance. Disisi lain, AXA Insurance dimungkinkan untuk dapat menagih jumlah manfaat yang dibayarkan tersebut kepada Pihak Ketiga yang bertanggung jawab menyebabkan terjadinya klaim. Dalam hal terjadi klaim seperti disebutkan di atas, maka akan berlaku ketentuan sebagai berikut:

i. Pemegang Polis/Tertanggung harus sesegera mungkin memberitahukan AXA Insurance bahwa Perawatan atau Kondisi Medis tersebut disebabkan oleh atau merupakan kesalahan dari Pihak Ketiga. AXA Insurance akan mengirimkan formulir kepada Pemegang Polis untuk mengisi keterangan dan penjelasan tertulis secara lengkap;

ii. Pemegang Polis/Tertanggung wajib untuk beritikad baik untuk terlebih dahulu mengajukan klaim kepada Pihak Ketiga jika merupakan kesalahan dari Pihak Ketiga. Pemegang Polis/Tertanggung wajib untuk memastikan bahwa uang penggantian dapat ditagihkan kepada Pihak Ketiga dan dibayarkan kembali kepada AXA Insurance sampai dengan jumlah manfaat yang telah AXA Insurance bayarkan kepada Pemegang Polis/Tertanggung. Dalam hal ini, Pemegang Polis/Tertanggung akan ditindaklanjuti dengan penandatanganan pernyataan tertulis; dan

iii. Apabila Pemegang Polis/Tertanggung tidak membayar kepada AXA Insurance sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pihak Ketiga tersebut hingga sebesar manfaat-manfaat tersebut (termasuk setiap bunga), maka AXA Insurance berhak untuk menagih pembayaran tersebut kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.

c. AXA Insurance tidak akan memberikan kompensasi selain secara proporsional atau manfaat tunai jika Pemegang Polis atau Tertanggung memiliki asuransi lain yang berlaku atau berhak untuk ganti rugi dari sumber lain sehubungan Kondisi Medis yang sama.

d. AXA Insurance memiliki hak penuh subrogasi/koordinasi manfaat dan dapat mengambil tindakan atas nama Tertanggung, untuk menagihkan jumlah setiap pembayaran yang dilakukan di dalam Polis ini dan/atau untuk mengamankan ganti rugi dari pihak ketiga.

4. Ekses Klaim

4.1 Metode Penjaminan Ekses Klaim

Jika terjadi klaim, dan kemudian timbul biaya Ekses Klaim maka ada 2 (dua) opsi penjaminan Ekses Klaim, opsi yang digunakan akan tertera pada skedul polis pada masing-masing manfaat yang dimiliki tertanggung.

a. Ekses Klaim ditagih di Rumah Sakit setelah Tertanggung selesai melakukan perawatan, namun tidak menutup kemungkinan akan datangnya tagihan ekses susulan setelah AXA Insurance menerima dokumen klaim lengkap dan melakukan proses klaim sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku.

b. AXA Insurance akan membayarkan terlebih dahulu Ekses Klaim yang terjadi sebagai kuasa dari Tertanggung dengan kondisi sebagai berikut:

- Pemegang Polis memahami dan menyetujui untuk tunduk pada kewajiban yang diatur dan dicantumkan dalam Letter of Acknowledgement.
- Maksimum ekses yang akan diberikan AXA Insurance tertera didalam skedul polis dan Letter of Acknowledgement.
- Ekses Klaim yang dijaminkan tidak termasuk ekses yang disebabkan pengecualian polis, kenaikan kelas kamar atas permintaan sendiri/melebihi ketentuan toleransi kenaikan kelas kamar yang dijelaskan dalam Skedul Polis.

4.2 AXA Insurance akan menagih semua biaya Ekses Klaim dari Pemegang Polis dalam waktu maksimum 14 (empat belas) hari kerja sejak Pemegang Polis menerima tagihan.

4.3 Jika AXA Insurance tidak menerima pembayaran Ekses Klaim dari Pemegang Polis dalam jangka waktu yang disebutkan diatas, AXA Insurance akan membekukan seluruh pembayaran klaim serta membekukan Fasilitas Cashless sampai Pemegang Polis menyelesaikan pembayaran Ekses Klaim sesuai dengan jumlah yang ditagihkan.

4.4 Apabila terjadi ketidaksesuaian pada tagihan Ekses Klaim, Pemegang Polis diwajibkan untuk membayar terlebih dahulu tagihan Ekses Klaim tersebut sampai dengan ketidaksesuaian tersebut selesai. Apabila ternyata terbukti terdapat kesalahan dari pihak AXA Insurance, maka AXA Insurance akan mengembalikan pembayaran Ekses Klaim tersebut sejumlah yang menjadi kesalahan AXA Insurance kepada Pemegang Polis. Sebaliknya apabila ternyata hasil penyesuaian tersebut mengakibatkan penambahan terhadap tagihan Ekses Klaim maka Pemegang Polis harus membayarkan kekurangan pembayaran tagihan Ekses Klaim tersebut.

4.5 AXA Insurance akan mengirimkan tagihan ekses kepada Pemegang Polis dalam waktu maksimum 120 hari sejak peserta keluar dari rumah sakit/Klinik, jika melebihi waktu tersebut maka ekses tidak menjadi tanggungan Pemegang Polis tetapi tanggung jawab peserta.

5. Keterangan/Dokumen Klaim yang Tidak Benar dan/Atau Dipalsukan

Misrepresentasi atau penipuan (kewajiban untuk memberikan informasi yang sebenarnya) terjadi jika memenuhi salah satu keadaan berikut ini:

a. Apabila pengajuan, pernyataan, deklarasi dari Tertanggung atau informasi apapun dan dokumen terkait yang disediakan oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung tidak benar dalam aspek apapun; atau
b. Apabila terdapat kesalahan fakta material yang dapat mempengaruhi resiko, dinyatakan secara tidak benar, dihilangkan atau disembunyikan; atau
c. Apabila Polis asuransi ini atau perpanjangannya diperoleh melalui pernyataan yang tidak sesuai, representasi yang tidak sesuai, penekanan deskripsi atau deskripsi yang tidak sesuai; atau
d. Apabila terdapat klaim apapun yang terbukti penipuan (fraudulent) atau berlebihan; atau
e. Apabila dokumen tidak diberikan / menahan informasi yang sudah diketahui,

maka AXA Insurance berhak untuk melakukan tindakan di bawah ini:

1. Menolak untuk membayar Manfaat Asuransi yang berkaitan dengan klaim; dan/atau
2. Membatalkan Polis; dan/atau
3. Mengubah ketentuan Polis; dan/atau
4. Membatalkan asuransi bagi peserta tersebut; dan/atau
5. Menarik kembali semua uang yang telah dibayar kepada Tertanggung atau Pihak yang mengatasnamakan dirinya; dan/atau
6. Meneruskan kasus ini kepada pihak berwajib.

6. Hak Untuk Memeriksa

6.1 AXA Insurance mempunyai hak untuk menunjuk dan menyewa seorang Praktisi Medis independen untuk memberi masukan kepada AXA Insurance tentang hal-hal medis yang berkaitan dengan suatu klaim. Jika AXA Insurance perlukan, Praktisi Medis independen tersebut juga akan secara medis memeriksa Tertanggung yang mengajukan klaim tersebut dan memberi laporan kepada AXA Insurance. Namun demikian hal ini jarang sekali terjadi dan AXA Insurance hanya menggunakan hak ini apabila terdapat ketidakpastian mengenai sifat atau lingkup dari Kondisi Medis tersebut dan/atau tanggung jawab AXA Insurance dalam Polis. Tertanggung harus bekerjasama dengan Praktisi Medis independen, bila tidak maka AXA Insurance berhak untuk tidak membayar klaim.

6.2 Dokter yang merawat tertanggung akan memutuskan apakah perawatan yang tertanggung terima diberikan atas dasar rawat inap atau operasi pada hari yang sama atau rawat jalan, AXA Insurance berhak untuk meminta penjelasan cara Perawatan yang telah dipilih apabila menurut pendapat Praktisi Medis AXA Insurance terdapat bentuk Perawatan lain yang lebih tepat. Maksud AXA Insurance mempertanyakan hal ini adalah agar dapat menilai suatu klaim dengan tepat dan adil.

6.3 Apabila terdapat perbedaan antara hasil pemeriksaan Praktisi Medis AXA Insurance dengan Praktisi Medis yang menangani, maka yang berlaku adalah hasil pemeriksaan Praktisi Medis AXA Insurance.

6.4 Jika dibutuhkan oleh AXA Insurance, seorang agen penjual AXA Insurance termasuk investigator dan/atau Praktisi Medis dapat ditunjuk dalam hal terjadinya suatu kehilangan/kejadian atau keadaan yang menimbulkan klaim terhadap Pemegang Polis/Tertanggung dan agen tersebut harus diijinkan, di waktu yang wajar, untuk memeriksa kehilangan/kejadian atau keadaan tersebut. Pemegang Polis/Tertanggung wajib melakukan, apabila diminta oleh

AXA Insurance, menyediakan dokumen-dokumen yang relevan dengan kehilangan/kejadian atau keadaan tersebut atau yang mengandung rujukan dengan kehilangan/kejadian atau keadaan dalam kepemilikannya, termasuk menyediakan dirinya sendiri untuk diperiksa, atau memberikan salinan atau sejenisnya apabila dibutuhkan oleh AXA Insurance sejauh berkaitan dengan klaim tersebut, atau dengan cara apapun dapat membantu AXA Insurance untuk memastikan kebenarannya atau pertanggungjawaban AXA Insurance terhadap Polis ini. Jika Pemegang Polis/Tertanggung gagal bekerjasama dengan AXA Insurance dalam prosedur investigasi, maka AXA Insurance berhak untuk menolak klaim yang sedang diinvestigasi.

6.5 Dalam hal pengajuan klaim yang dianggap Penanggung memerlukan proses penelurusan lebih lanjut sebagai dasar keputusan klaim, Penanggung berhak melakukan proses penelurusan ke pihak – pihak terkait (dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, institusi, perorangan atau organisasi lainnya), yang mempunyai catatan dan/atau keterangan medis atau mengetahui keadaaan/kesehatan Tertanggung dan mamberikan catatan/keterangan medis tersebut kepada PT AXA Insurance Indonesia dan/atau pihak lain yang ditunjuk oleh PT AXA Insurance Indonesia sehubungan dengan pengajuan klaim yang dibutuhkan, dalam waktu maksimal 60 (enam puluh) hari kerja sejak tanggal dokumen klaim diterima lengkap oleh Penanggung.

7. Mata Uang Pembayaran Klaim

Dalam hal rawat inap yang terjadi di Rumah Sakit di luar Indonesia, biaya perawatan yang dinyatakan dalam mata uang lainnya selain Rupiah Indonesia apabila disetujui AXA Insurance untuk dibayarkan, maka pembayaran tersebut akan diperhitungkan dengan menggunakan kurs nilai tukar mata uang asing yang ditetapkan oleh AXA Insurance berdasarkan kurs tengah Bank Indonesia, yang berlaku pada tanggal pelayanan kesehatan selesai dilakukan.

a. Dalam hal telah dilakukannya penolakan klaim oleh AXA Insurance dan kemudian ada perbaikan/ralat/penarikan informasi terhadap diagnosa dan/atau keterangan lainnya yang sudah diinformasikan secara tertulis oleh Dokter yang merawat Tertanggung kepada AXA Insurance, maka perbaikan/ralat/penarikan informasi terhadap diagnosa dan/atau keterangan lainnya tersebut dinyatakan tidak berlaku dan AXA Insurance tidak mempunyai kewajiban dalam bentuk apapun untuk memenuhi klaim dari peserta.
b. Dalam masa pemeriksaan klaim, AXA Insurance mempunyai hak untuk melakukan pemeriksaan/investigasi atas diri Peserta dengan mencari informasi dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau organisasi yang mempunyai catatan keadaan Tertanggung.
c. AXA Insurance memiliki hak untuk memperhitungkan pembayaran klaim dengan semua Premi dan/atau kewajiban-kewajiban lain yang tertunggak.
d. Pembayaran klaim reimbursemen akan dibayarkan langsung ke rekening Pemegang Polis atau rekening lainnya dengan menyerahkan Surat Kuasa dari Pemegang Polis.

O. Pembayaran Klaim :

Jika klaim disetujui AXA Insurance maka Tertanggung mendapatkan penggantian biaya perawatan sebesar persentase (%) dari yang tertera dalam uraian manfaat baik di Rumah Sakit/ Klinik rekanan maupun Rumah Sakit / Klinik non- rekanan. Tertanggung hanya bisa mendapatkan pelayanan Cashless di rumah sakit rekanan dan jika karena satu sebab atau lainnya Fasilitas Cashless tidak berlaku di rumah sakit rekanan atau tertanggung mendapatkan perawatan di rumah sakit non-rekanan maka klaim akan diproses berdasarkan pengajuan klaim Reimbursemen dari Tertanggung.

Tertanggung wajib menyampaikan pemberitahuan secara tertulis kepada AXA Insurance dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah terjadinya Ketidakmampuan yang menimbulkan biaya yang dapat diklaim, atau dikatakan lain dalam skedul polis. Maksimum hari untuk AXA Insurance memproses dan membayar klaim adalah 14 (empat belas) hari kerja sejak informasi dan dokumen lengkap diterima oleh AXA Insurance, atau dikatakan lain dalam skedul polis. AXA Insurance berkewajiban memberikan informasi mengenai status klaim yang diajukan.

Simulasi

Ilustrasi Perhitungan Tarif Premi

Misalkan seorang nasabah A berusia 40 tahun mengambil asuransi SmartCare (Asuransi Kesehatan Individu) dengan plan 550. Berdasarkan tabel premi, besar premi yang harus dibayar nasabah A sebesar Rp 8,199,000.00
Maka Premi yang dibayarkan sbb:

Premi	= Rp 8,199,000.00
Biaya Polis	= Rp 40,000.00
Biaya Materai	= Rp 10,000.00
Total Premi	= Rp 8,129,000.00

Ilustrasi Perhitungan Klaim
Setelah bergabung selama 5 bulan, nasabah A tersebut mengalami kecelakaan sehingga harus dirawat di Rumah Sakit selama 3 hari. Nasabah A tersebut bisa dirawat di Rumah Sakit dengan biaya kelas kamar maksimal Rp 550,000.00 per hari. Setelah diperbolehkan pulang dari Rumah Sakit, total biaya yang harus dikeluarkan sebesar 15 juta. Untuk biaya tersebut bisa dijaminkan penuh oleh Perusah dikarenakan masih dalam batas limit plan nasabah A tersebut.

Informasi Tambahan

A. Definisi Polis Asuransi SmartCare antara lain :

1. AXA Insurance berarti PT AXA Insurance Indonesia yang bertindak sebagai Penanggung berdasarkan Polis.
2. Biaya Kamar berarti jumlah yang dibebankan oleh Rumah Sakit/Klinik untuk penggunaan tempat tidur per hari untuk jenis perawatan rawat inap yang terkait dengan pengobatan.
3. Biaya Wajar dan Lazim berarti biaya yang dipakai atau umum berlaku dan dibebankan terhadap jasa medis atau perawatan pada suatu Rumah Sakit/Klinik atau oleh Dokter, yang dianggap wajar dan lazim sepanjang tidak melampaui tingkat biaya standar atau biaya yang sudah di sepakati oleh ikatan dokter/lembaga pemerintahan terkait/lembaga-lembaga lain yang dijadikan rujukan oleh rumah sakit-rumah sakit, dalam keadaan serupa di wilayah yang sama dimana biaya tersebut timbul. Biaya Wajar dan Lazim yang dijadikan rujukan adalah biaya yang ditentukan oleh AXA Insurance.
4. Diperlukan Secara Medis berarti suatu pelayanan, penyediaan jasa medis, atau perawatan yang dianjurkan oleh Dokter dan wajib memenuhi semua ketentuan berikut:
   a. Diperlukan untuk mendiagnosa atau merawat suatu penyakit, sakit atau cedera;
   b. Sebuah layanan yang diperlukan untuk menentukan suatu keluhan/gejala aktif yang sebabnya belum diketahui dan dari keluhan/gejala tersebut dapat menandakan adanya suatu penyakit, sakit atau cedera yang diderita/dialami yang dapat dijaminkan oleh Polis ini;
   c. Sebuah prosedur atau Perawatan pada saat dimulainya prosedur atau Perawatan tersebut sudah diterima secara medis oleh otoritas badan medis di negara tempat prosedur dan Perawatan tersebut berlangsung;
   d. Secara klinis sesuai dalam hal jenis, frekuensi, tingkat keparahan, lokasi dan durasi;
   e. Tidak ditujukan semata-mata hanya untuk kenyamanan bagi Tertanggung, Praktisi Medis, Rumah Sakit atau klinik;
   f. Ketika secara khusus diterapkan pada Perawatan Rawat Inap, Diperlukan Secara Medis juga diartikan sebagai Kondisi Medis yang dialami adalah kondisi yang Perawatannya tidak dapat dilakukan secara Rawat Jalan;
   g. Biaya yang dikenakannya adalah Biaya Wajar dan Lazim untuk Ketidakmampuan tersebut.

   AXA Insurance berhak meminta informasi tambahan sehubungan dengan pelayanan yang dilakukan oleh Dokter untuk memastikan adanya unsur "Diperlukan Secara Medis". Dalam hal ini AXA Insurance dapat meminta saran, termasuk namun tidak terbatas kepada Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Ikatan Dokter Ahli Indonesia, Ikatan Dokter Indonesia dan Meminta pendapat dari konsultan medis atau hukum di luar AXA Insurance. AXA Insurance berhak untuk menentukan hasil akhir dari unsur 'Diperlukan Secara Medis'.
5. Ekses Klaim berarti segala biaya yang timbul dan/atau selisih dari kelebihan biaya yang terjadi akibat penggunaan Fasilitas *Cashless* yang akan menjadi kewajiban Pemegang Polis, termasuk namun tidak terbatas kepada:
   a. melebihi batas maksimum ketentuan Tabel Manfaat tertanggung;
   b. ketentuan mengenai pengecualian sebagaimana diatur dalam Polis ini;

c. perawatan dan/atau pengobatan yang tidak Diperlukan Secara Medis dan/atau diperlukan secara wajar dan lazim;
d. di luar prosedur yang telah diatur dalam Ketentuan Umum Polis.

6. Endosemen Polis berarti semua perubahan termasuk namun tidak terbatas kepada penambahan, pengurangan, pembatalan terhadap Polis berdasarkan:
   a. permohonan Pemegang Polis yang telah di setujui AXA Insurance secara tertulis;
   b. ketentuan yang di keluarkan AXA Insurance dan kemudian akan diberitahukan kepada Pemegang Polis.
7. Fasilitas *Cashless* berarti fasilitas yang diberikan oleh AXA Insurance kepada Tertanggung dimana biaya perawatan yang dijalani Tertanggung dibayarkan langsung pada rekanan Jaringan Provider oleh AXA Insurance. Fasilitas *Cashless* hanya berlaku jika Tertanggung sudah membayar premi sebagaimana yang tercantum di dalam Skedul Polis dan sesuai dengan syarat dan kondisi Polis.
8. Gawat Darurat berarti suatu keadaan yang tiba-tiba dan tanpa diduga atau suatu rangkaian keadaan yang mengakibatkan luka atau penyakit dan membutuhkan tindakan medis yang segera dilakukan oleh praktisi medis untuk mencegah kematian atau cacat. Suatu kondisi termasuk Gawat Darurat ditentukan oleh dokter yang menangani peserta. AXA Insurance berhak untuk menilai suatu kondisi termasuk Gawat Darurat sesuai ketentuan Polis.
9. Jaringan Provider berarti daftar Rumah Sakit/ Klinik rekanan yang bekerja sama dengan AXA Insurance dan/atau pihak ketiga yang ditunjuk AXA Insurance untuk menyediakan pelayanan kesehatan untuk tertanggung dengan Fasilitas Cashless, dengan ketentuan:
   a. Untuk perawatan yang dilakukan oleh Jaringan Provider di luar negeri, hanya untuk yang disetujui oleh AXA Insurance akan mendapatkan penggantian secara *reimbursemen* sesuai dengan Uraian Manfaat, kecuali secara spesifik dinyatakan berbeda di Skedul Polis.
   b. Metode penggantian akan berdasarkan Biaya Wajar yang Lazim dan Diperlukan Secara Medis menurut pertimbangan AXA Insurance.
10. Kecelakaan berarti suatu peristiwa yang bersifat kekerasan, tidak terduga, tiba-tiba datangnya dari luar diri Tertanggung, terbukti dan penyebabnya dapat dilihat dan mengakibatkan terjadinya luka tubuh. Dalam hal ini termasuk namun tidak terbatas: keracunan dalam bentuk yang mendadak karena masuknya gas, uap, zat yang beracun, terkena sengatan listrik, tenggelam.
11. Kelainan Bawaan berarti kelainan bawaan yang telah ada sejak lahir termasuk kelainan fisik yang terbentuk dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sejak lahir, dimana bersifat tidak normal berdasarkan pembentukan, struktur atau posisinya, termasuk semua komplikasi yang timbul darinya atau terkait erat dengannya. Hal ini dapat merujuk pada:
    a. Kelainan Bawaan internal, yaitu Kelainan Bawaan pada bagian tubuh yang tidak kelihatan dan tidak bisa diakses yang disebut Kelainan Bawaan internal anomali.
    b. Kelainan Bawaan eksternal, yaitu Kelainan Bawaan pada bagian tubuh yang kelihatan dan dapat diakses yang disebut Kelainan Bawaan eksternal anomali.
12. Ketidakmampuan berarti suatu keadaan medis yang timbul karena suatu luka/cedera tubuh atau suatu Penyakit, yang terjadi karena satu macam penyebab. Jika dalam satu kali perawatan medis terdapat lebih dari satu diagnosa penyakit maka dianggap sebagai satu ketidakmampuan.
13. Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialistik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis yang tunduk pada hukum dan peraturan sebagai Klinik di negara yang memberlakukan untuk perawatan dan pengobatan orang sakit dan cedera dan diakui oleh AXA Insurance.
14. Kunjungan berarti setiap kejadian terpisah dimana Tertanggung bertemu dengan praktisi medis dan menerima konsultasi dan/atau pengobatan untuk suatu kondisi medis.
15. Luka (Cidera) berarti luka tubuh secara fisik yang disebabkan semata-mata dan secara langsung oleh suatu Kecelakaan sebagaimana sudah diverifikasi dan dinyatakan oleh Praktisi Medis.
16. Manfaat As Charged berarti Manfaat yang dibayarkan terkait biaya Perawatan untuk Tertanggung selama Periode Asuransi, yang dibatasi hingga Batas Tahunan Total sebagaimana yang tercantum dalam Uraian Manfaat tanpa memandang jenis Ketidakmampuannya. Jika Batas Tahunan Total telah tercapai dan dibayarkan, maka semua

pertanggungan bagi Tertanggung di bawah Polis ini berakhir. Penggantian biaya untuk klaim rawat inap pada manfaat As Charged yang dilakukan di luar negeri akan berlaku perhitungan prorata kecuali dinyatakan berbeda di Skedul Polis.

17. Manfaat Inner limit berarti Manfaat yang akan dibayarkan terkait biaya Perawatan untuk Tertanggung selama Periode Asuransi, yang dibatasi perketidakmampuan/ perkejadian/ perkunjungan di setiap manfaat yang tercantum dalam Uraian Manfaat. Jika Batasan Manfaat perketidakmampuan telah tercapai dan dibayarkan, maka tidak ada tambahan manfaat yang dibayarkan, kecuali secara spesifik di setujui dijamin di manfaat lain di Skedul Polis.
18. Masa Tunggu berarti jangka waktu 30 (tiga puluh) hari pertama sejak Tanggal Berlaku, dan berlaku hanya bila seseorang diasuransikan untuk pertama kalinya dengan AXA Insurance kecuali jika ada pemutusan dalam penjaminan berkelanjutan dengan AXA Insurance.
19. Obat atau Obat Resep berarti suatu media penyembuhan kesehatan berdasarkan ilmu kedokteran barat karena Penyakit atau Kecelakaan yang diresepkan oleh seorang Dokter/Dokter Spesialis, dan secara langsung terkait dengan Ketidakmampuan Tertanggung dan telah disetujui/diakui oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia atau Negara dimana obat-obatan tersebut disetujui/diakui. Dalam hal ini termasuk:
    a. Obat-obat yang diresepkan hanya untuk penggunaan dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari setelah Tanggal Keluar Rumah Sakit, kecuali jika ada rekomendasi khusus dari dokter yang merawat dan hal ini disetujui secara tertulis oleh AXA Insurance.
    b. Obat yang diresepkan secara berulang (iter), maksimal pengantiannya adalah 3 kali pengulangan dengan jenis obat yang sama, dengan ketentuan 30 hari sejak keluar dari Rumah Sakit, lebih dari itu tidak bisa dibayarkan atau diganti kecuali ada rekomendasi khusus dari dokter yang merawat dan disetujui secara tertulis oleh AXA Insurance.
    c. Vitamin, Multi Vitamin dan Suplemen yang diresepkan oleh dokter, dengan jumlah dan biaya yang wajar maksimum 3 (tiga) jenis untuk manfaat dan kandungan yang sama, sesuai dengan diagnosa, disertai obat resep atau antibiotik.
20. Pembedahan berarti segala intervensi tindakan bedah yang Diperlukan Secara Medis dan tidak diperkecualikan dalam Polis ini serta memerlukan fasilitas pemulihan setelah tindakan pembedahan tersebut, yaitu:
    a. Irisan, pemotongan, dan jahitan pada luka/cedera tubuh (kecuali pengangkatan benang jahitan), atau
    b. Elektrokauter, kriokauter, laser, tehnik ultrasonik, atau
    c. Reduksi pada patah tulang dan dislokasi dengan manipulasi.
    d. Penggunaan prosedur endoskopi termasuk prosedur lain, kecuali untuk tujuan penegakan diagnosa.
21. Pembedahan Pulang Hari berarti penggunaan fasilitas rumah sakit/Klinik oleh Tertanggung yang menjalani Pembedahan di Rumah Sakit sebagaimana yang telah direncanakan sebelumnya tetapi tidak dirawat inap, dengan ketentuan bahwa penggunaan fasilitas tersebut Diperlukan Secara Medis dan atas saran dari dokter.
22. Pemegang polis :
    a. Untuk Polis Kelompok/perusahaan yang menyetujui untuk mengasuransikan Karyawan dan atau anggota keluarga inti (jika ada) dan namanya tercantum dalam Nama Pemegang Polis sebagaimana dimaksud dalam Data Polis.
    b. Untuk Polis Perorangan/Keluarga: pasangan peserta (suami/istri) dan/atau anak-anak (anak kandung/sah secara hukum) yang belum menikah.
23. Penyakit berarti sakit atau penyakit atau kondisi patologis mengarah pada kerusakan dari fungsi fisiologis normal yang muncul selama periode Polis dan memerlukan perawatan medis, dengan pembagian:
    a. Kondisi Akut; yaitu penyakit, sakit atau cidera yang seharusnya mendapatkan perawatan untuk mengembalikan kondisi kesehatan sesegera mungkin sebelum penyakit/sakit/luka diarahkan pada pemulihan total.
    b. Kondisi Kronik; yaitu penyakit, sakit atau luka dengan satu atau lebih tanda-tanda berikut:
        - Memerlukan pengawasan terus menerus atau jangka panjang untuk konsultasi, pengujian, pemeriksaan dan/atau tes;
        - Memerlukan kontrol terus menerus atau jangka panjang atau menghilangkan dari gejala-gejala yang ada;
        - Memerlukan rehabilitasi atau pelatihan khusus untuk menanganinya;
        - Berlangsung terus menerus;

- Cenderung kambuh lagi.

24. Penyakit Khusus berarti keadaan kesehatan di bawah ini yang terjadi dalam dua belas (12) bulan pertama sejak Tanggal Berlakunya Polis, tanpa memandang apakah tertanggung menyadarinya atau tidak:
    1. Batu di dalam sistem Saluran Kemih, gagal ginjal kronis; Batu atau radang pada Kandung Empedu (sistem bilier);
    2. Tekanan Darah Tinggi, Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (Kardiovaskuler), Penyakit Pembuluh Darah Otak (Cerebro Vasculer Disease); Kelainan Darah
    3. Katarak;
    4. Semua jenis kanker / tumor / polip / kista/ benjolan;
    5. Keadaan rongga hidung atau sinus, Kelainan pada Sekat Rongga Hidung (Nasal Septum) atau tulang-tulang Turbin (Turbinate);
    6. Peradangan Tonsil;
    7. Segala jenis Hernia, Wasir (Haemorrhoid), Fistula;
    8. Kencing manis (Diabetes melitus), Pembesaran kelenjar gondok (Hipertiroid), Kekurangan hormon tiroid (Hipotiroid);
    9. Hepatitis;
    10. Radang atau tukak pada lambung atau pada usus dua belas jari;
    11. Endometriosis, termasuk penyakit-penyakit pada sistem reproduksi, dan Adenomiosis;
    12. Radang persendian (rheumatik/ gout) atau gangguan tulang persendian dan penyakit otot lainnya;
    13. Tuberculosis, Asma;
    14. Diskus invertebrata yang menonjol;
    15. Semua jenis kelainan vertebro spinal (tulang belakang dan sumsum tulang belakang);
    16. Semua peradangan telinga.
25. Penyakit yang Telah Ada Sebelumnya, berarti setiap kondisi medis, penyakit atau cedera atau kondisi terkait yang mana Tertanggung sudah memiliki tanda-tanda atau gejala-gejala dan/atau sudah didiagnosa dan/atau telah mendapat saran medis atau saran perawatan medis (terlepas sudah dilakukan perawatan atau belum) sebelum tanggal mulai Polis diterbitkan oleh AXA Insurance, Kondisi Kesehatan dan/atau diagnosa yang termasuk dalam Keadaan yang Telah ada Sebelumnya mengacu pada Definisi Penyakit Khusus.
26. Perawat Pribadi berarti tenaga medis terlatih yang memiliki kualifikasi sebagai seseorang yang memiliki pengalaman dan/atau pendidikan kualifikasi ilmu keperawatan, memiliki lisensi yang berlaku dan terdaftar pada lembaga berwenang di negara dimana perawatan diberikan dan diakui oleh AXA Insurance.
27. Perawatan berarti Pembedahan atau prosedur-prosedur medis atau manajemen medis yang dilakukan oleh Dokter (selain yang bertujuan untuk prosedur diagnostik).
28. Perawatan eksperimental adalah Sebuah Perawatan, obat, tindakan dan/atau penyediaan/pasokan medis yang dianggap eksperimental atau masih dalam proses investigasi (investigational) apabila TIDAK SESUAI dengan persyaratan berikut:
    a. *Secara medis diterima oleh konsensus bersama para profesional dan dokter* spesialis yang setara dengan evidance-based medicine (pendekatan medis berdasarkan pada bukti-bukti ilmiah terkini) disertai efek menguntungkan dan menunjukkan kemanjuran atas suatu diagnosa tertentu;
    b. Didukung oleh evidence-based medicine (pendekatan medis berdasarkan pada bukti-bukti ilmiah terkini) dengan penelitian klinis yang meyakinkan dan terbukti bermanfaat;
    c. Layanan, tindakan, obat atau Perawatan harus memenuhi standar praktik yang diterima oleh Departemen Kesehatan dan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) Republik Indonesia, United State Food and Drug Administration (FDA) atau badan yang setara dengan FDA, dan/atau badan berwenang sejenis dimana Perawatan tersebut dilakukan.
    d. Harus melewati dan memenuhi seluruh uji klinis pada manusia, penelitian, dan protokol klinis dibawah pengawasan penilaian medis yang tepat, dewan penilaian investigasi; komite etika rumah sakit; dan/atau komunitas atau asosiasi ilmiah international.

29. Periode Polis berarti masa antara tanggal awal polis dan tanggal kadaluwarsa polis sebagaimana tercantum dalam skedul polis, atau tanggal pembatalan asuransi, mana yang lebih dulu.
30. Peserta berarti warga negara Indonesia dan/atau warga negara asing yang bertempat tinggal di Republik Indonesia secara sah dan untuknya jaminan asuransi dibuat, mempunyai kepentingan pertanggungan atau hubungan kepentingan pertanggungan dengan pemegang polis dan namanya tercantum di dalam Skedul Polis untuk mendapatkan manfaat asuransi berdasarkan Polis. Termasuk dan terbatas pada:
    a. Karyawan yang saat ini terdaftar dan aktif bekerja dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan jabatan dan tugas pekerjaannya pada badan usaha dari Pemegang Polis serta sesuai dengan persyaratan hukum yang berlaku di Republik Indonesia dengan maksimum usia sebagaimana dispesifikasikan dalam Skedul Polis.
    b. Pasangan resmi dari karyawan/karyawati yang tidak bercerai atau berpisah secara hukum dengan maksimum usia di spesifikasikan dalam Skedul Polis.
    c. Anak (kandung atau diadopsi secara hukum) dari Karyawan dan/atau pasangan karyawan, belum menikah, masih mengikuti pendidikan formal penuh waktu pada suatu lembaga pendidikan formal dan tidak punya kemandirian secara keuangan dengan maksimum usia yang di spesifikasikan untuk anak di Skedul Polis.
31. *Third Party Administration* ("TPA") berarti organisasi atau lembaga yang ditunjuk oleh AXA Insurance untuk menyediakan fasilitas pelayanan di Jaringan Provider dan bertanggung jawab dalam penyelesaian administrasi sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku.
32. Polis berarti Perjanjian antara AXA Insurance dan Pemegang Polis berupa dokumen yang menjelaskan syarat dan ketentuan dari perjanjian asuransi kesehatan, termasuk surat-surat pemberitahuan dari AXA Insurance kepada tertanggung jika ada, Ketentuan umum dan Ketentuan Khusus Asuransi Kesehatan, Skedul Polis yang melekat dan menjadi kesatuan dari polis ini, kartu Peserta, Formulir Klaim, SPAK, Tabel pembedahan, dokumen lain yang memuat pernyataan-pernyataan dari tertanggung (atau atas nama tertanggung) dan Endosemen Polis yang berlaku atasnya. Polis ini berisi rincian dari lingkup dan luas jaminan yang tersedia untuk Tertanggung, pengecualian dari luas jaminan dan syarat dan ketentuan dari penerbitan polis.
33. Praktisi Medis (termasuk dokter umum, dokter spesialis dan ahli bedah) berarti seseorang yang diakui oleh AXA Insurance, memiliki gelar utamanya di bidang ilmu kedokteran barat dan pembedahan setelah tamat dari sebuah "sekolah kedokteran yang diakui" dan mempunyai izin untuk mempraktekkan ilmu kedokteran dari otoritas yang berwenang dan kompeten di negara dimana Perawatan dilakukan, dan yang terlatih dalam lingkup izinnya untuk memberikan Perawatan tersebut.

    Yang AXA Insurance maksud dengan "sekolah kedokteran yang diakui" adalah "sekolah kedokteran yang tercatat dalam versi terkini dari Direktori Dunia Sekolah-Sekolah Kedokteran yang diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia".

    Tidak termasuk dalam definisi bila Praktisi Medis tersebut merupakan Pemegang Polis, Tertanggung, agen asuransi, keluarga dari Tertanggung atau agen asuransi, partner bisnis atau kerabat atau pemberi kerja dari Pemegang Polis/Tertanggung.
34. Rawat Inap berarti Perawatan yang memenuhi syarat di sebuah Rumah Sakit /Klinik (dimana terdapat biaya kamar dan Perawatan di Rumah Sakit/Klinik) yang menyebabkan Tertanggung diharuskan menginap di Rumah Sakit/Klinik selama satu malam atau lebih sebagaimana yang tertera pada tagihan biaya kamar Perawatan yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit.

    Yang tidak termasuk dalam definisi ini adalah semua bentuk pengobatan alternatif seperti namun tidak terbatas pada pengobatan tradisional Cina Tiongkok dan akupunktur.
35. Rawat Jalan berarti Perawatan yang memenuhi syarat di sebuah klinik Rawat Jalan, di dalam ruang konsultasi seorang Praktisi Medis atau di sebuah Rumah Sakit dimana Tertanggung tidak diharuskan untuk menginap.

    Yang tidak termasuk definisi ini adalah semua bentuk pengobatan alternatif seperti namun tidak terbatas pada pengobatan tradisional Tiongkok dan akupunktur
36. Reimbursemen berarti sistem penggantian biaya klaim dengan cara Tertanggung harus membayar terlebih dahulu segala biaya di Rumah Sakit/Klinik untuk kemudian diajukan klaim penggantian kepada AXA Insurance.

37. Risiko Sendiri berarti syarat pembagian biaya didalam Polis ini sebagaimana tercantum di Skedul Polis yang mana AXA Insurance tidak menjamin jumlah tertentu atau persentase (%) dari klaim yang layak bayar yang ditentukan oleh AXA Insurance dan akan berlaku sebelum manfaat apapun dibayarkan oleh AXA Insurance.
38. Rumah Sakit berarti suatu lembaga pelayanan kesehatan yang sah dan terdaftar serta tunduk pada hukum dan peraturan sebagai rumah sakit pusat praktek dokter di Negara yang memberlakukan untuk perawatan dan pengobatan orang sakit dan/atau cedera, dan diakui oleh AXA Insurance, dengan ketentuan:
    a. memiliki fasilitas atau sarana untuk melakukan diagnosa, perawatan dan berbagai pembedahan kecil dan besar; dan
    b. menyediakan pelayanan perawatan 24 (dua puluh empat) jam sehari oleh para perawat berijazah dan terdaftar secara resmi; dan
    c. dibawah pengawasan minimal seorang Dokter selama 24 (dua puluh empat) jam setiap hari; dan
    d. bukan semata-mata tempat dengan fasilitas perawatan yang lengkap, tempat bagi perawatan orang dengan ketergantungan atau penyalahgunaan zat, alkohol, atau obat-obatan, rumah perawatan atau peristirahatan atau pemulihan atau rumah untuk para lanjut usia (jompo) atau tempat pengobatan gangguan mental atau kelainan kejiwaan, atau tempat-tempat serupa lainya; dan
    e. Mempunyai catatan harian pasien dan ringkasan medis pasien, yang dapat di akses oleh orang yang berwenang dari Tertanggung (termasuk kewenangan yang telah diberikan kepada AXA Insurance).
39. Skedul Polis berarti Informasi yang tertuang yang melekat dan menjadi kesatuan dari polis ini yang menyebutkan rincian daftar tertanggung/peserta, periode dan tabel manfaat, ketentuan dan kondisi khusus, dan premi yang tunduk dibawah polis ini.
40. Surat Jaminan adalah suatu yang diberikan oleh AXA Insurance atau TPA untuk menjamin biaya perawatan medis di Rumah Sakit/Klinik atas nama Tertanggung yang akan dirawat.
41. Tabel Manfaat/Uraian Manfaat berarti tabel atau rincian yang mencantumkan batasan untuk setiap Tertanggung terdiri atas penggolongan kelas dan Manfaat Asuransi yang menjadi hak Tertanggung dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang telah disetujui oleh AXA Insurance.
42. Tabel Pembedahan berarti tabel pembedahan yang terkini yang dilampirkan di dalam polis atau terdapat pada website resmi AXA Insurance yang mana berisi kategori pembedahan untuk suatu jenis pembedahan yang menjadi dasar perhitungan manfaat maksimum pembedahan.
43. Tanggal Efektif Kepesertaan berarti tanggal saat Tertanggung disetujui untuk diterima oleh AXA Insurance untuk ditanggung di Polis ini
44. Terorisme/Insiden Teroris berarti setiap penggunaan paksaan dan kekerasan yang aktual atau mengancam yang menyebabkan kerusakan, cedera, gangguan, atau perbuatan dari tindakan berbahaya bagi kehidupan manusia atau properti atau pemerintah, yang dilakukan oleh orang atau kelompok orang-orang, apakah bertindak sendiri atau mengatasnamakan atau berhubungan dengan organisasi atau pemerintah, baik yang dinyatakan atau tidak dinyatakan, bertujuan untuk kepentingan ekonomi, etnis, nasionalistik, politik, ras, agama atau tujuan sejenis termaksud maksud untuk mempengaruhi pemerintahan dan atau membuat ketakutan publik, namun tidak termasuk perampokan atau tindak pidana lainnya, terutama yang dilakukan untuk keuntungan pribadi dan tindakan yang timbul akibat dari hubungan pribadi sebelumnya antara pelaku dan korban tidak dianggap kegiatan teroris. Terorisme juga harus mencakup tindakan apapun, yang diverifikasi atau diakui oleh Pemerintah tempat dimana terorisme/Insiden Teroris terjadi, dikategorikan sebagai tindakan terorisme.
45. Tertanggung berarti peserta yang telah memenuhi syarat dan berhak untuk diikutsertakan dalam pertanggungan asuransi kesehatan berdasarkan Polis ini dan yang namanya tercantum dalam Skedul Polis yang telah disetujui oleh AXA Insurance.
46. Toleransi Kenaikan Kelas Kamar berarti toleransi yang diberikan AXA Insurance kepada Tertanggung untuk menempati kelas kamar di atas haknya pada saat Tertanggung dirawat inap karena kamar yang sesuai dengan haknya tidak tersedia atau penuh. Hal ini dibuktikan dengan melampirkan surat keterangan dari Rumah Sakit/Klinik yang menyatakan kamar yang menjadi hak Tertanggung tidak tersedia atau penuh. Atas ketentuan aturan yang terjadi ini, AXA Insurance akan menanggung selisih Biaya Kamar dengan ketentuan biaya lainnya yang terkait dengan perawatan

akan ditanggung sesuai dengan uraian manfaat dan ketentuan didalam polis. Ketentuan mengenai batasan Toleransi Kenaikan Kamar mengacu pada Skedul Polis. Toleransi Kenaikan Kelas Kamar tidak berlaku jika Tertanggung menempati kelas kamar di atas haknya atas permintaan sendiri atau melakukan perawatan di luar negeri atas permintaan sendiri.

47. Unit Perawatan Intensif berarti suatu bagian area atau ruangan dari Rumah Sakit yang secara permanen dibutuhkan sebagai ruangan khusus dengan pengawasan berkesinambungan selama 24 (dua puluh empat) jam oleh Dokter Spesialis ICU dibantu perawat-perawat khusus dengan peralatan khusus, untuk pengobatan dan perawatan Tertanggung dengan Ketidakmampuan yang:
    a. sedang dalam keadaan kritis, atau
    b. membutuhkan fasilitas – fasilitas penunjang kehidupan, dimana tingkatan perawatan dan pengawasan lebih intensif yang tidak terdapat di tempat lain di Rumah Sakit dimaksud.
48. Usia berarti usia peserta yang dihitung dengan metode ulang tahun berikutnya pada saat tanggal efektif kepesertaan.
49. Santunan Duka berarti sejumlah uang yang diberikan kepada keluaga/Ahli Waris ketika Tertanggung meninggal dunia.

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 SmartCare 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 tertanggung dan/atau pihak pemasar (agen/broker/intermediary lainnya)
4. Produk yang dipasarkan adalah Produk Asuransi
5. 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 Center di 1500733, email ke customer.general@axa.co.id atau melalui website di www.axa.co.id.
6. 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
01/10/2025