

PT AVRIST ASSURANCE

POLIS AVRIST CARE GUARD

BAGIAN 1. KONTRAK KESELURUHAN

POLIS AVRIST CARE GUARD

Polis ini, formulir permohonannya, dan segala bentuk endosemen, pernyataan ringkasan rekaman pembicaraan atau dokumen yang terlampir di dalam Polis tersebut merupakan bagian dari Polis dan merupakan keseluruhan kontrak. Dengan mempertimbangkan diterimanya secara penuh Premi pertama untuk perlindungan tersebut oleh Perusahaan, maka Polis ini, selama masih berlaku, memberikan faedah-faedah sebagaimana disebutkan di bawah ini dengan tunduk kepada ketentuan-ketentuan, syarat-syarat, dan batasan-batasan yang terdapat di dalam Polis ini atau sebagaimana mungkin diubah.

DENGAN DEMIKIAN, PERUSAHAAN mengeluarkan Polis ini pada Tanggal Dikeluarkannya Polis, yang berlaku hanya bila Premi pertama telah dibayar dan Polis telah ditandatangani oleh Presiden Direktur.

BAGIAN 2. PENGERTIAN DASAR

Pada Polis ini, berlaku pengertian berikut ini (dimana tersedia):

1. **“Perusahaan”** berarti PT AVRIST ASSURANCE.
2. **“Tertanggung”** sebagaimana tertera di Halaman Keterangan Polis adalah orang yang jiwa dan atau kesehatannya ditanggung oleh Polis ini.
3. **“Pemilik Polis”** berarti seseorang yang memiliki Polis ini sebagaimana tertera pada Halaman Keterangan Polis.
4. **“Pernyataan Ringkasan Rekaman Pembicaraan”** adalah ringkasan rekaman pembicaraan antara Pemilik Polis atau Tertanggung dengan petugas telemarketer yang menyatakan persetujuan dari Pemilik Polis sehubungan dengan penutupan Polis untuk dan atas nama Tertanggung.
5. **“Rawat Inap”** berarti Tertanggung tinggal di Rumah Sakit dan terdaftar sebagai Pasien Rawat Inap pada Rumah Sakit. Rawat inap yang dilindungi pada Polis ini adalah rawat inap yang memenuhi unsur-unsur sebagai berikut:
 - a. Rawat Inap dilakukan atas dasar saran dari Praktisi Medis Terdaftar untuk keperluan perawatan yang Dibutuhkan Secara Medis;
 - b. Rumah Sakit telah membebankan biaya kamar dan makan;
 - c. jasa medis dan perawatan serta lamanya rawat inap adalah sesuai dengan standar-standar praktek medis yang baik dan tidak boleh melebihi standar umum untuk perawatan Cedera atau Penyakit yang sama di lokasi dimana Rawat Inap tersebut diberikan; dan
 - d. ongkos atau biaya apapun yang timbul sehubungan dengan Rawat Inap tersebut adalah Layak dan Lazim.
6. **“Pasien Rawat Inap”** berarti Tertanggung yang menjalani Rawat Inap untuk Penyakit Yang Ditanggung atau Cedera Yang Ditanggung sebagaimana didefinisikan di Polis ini, sebagai pasien terdaftar menggunakan dan dikenakan fasilitas-fasilitas biaya kamar dan makan Rumah Sakit.
7. **“Rawat Inap yang Sama”** berarti jika dua (2) atau lebih Rawat Inap akibat Cedera Yang Ditanggung dan atau Penyakit Yang Ditanggung yang sama atau berhubungan, atau komplikasi-komplikasi yang timbul daripadanya, Rawat Inap tersebut akan dianggap sebagai satu (1) Rawat Inap jika masing-masing tidak terpisah lebih dari sembilan puluh (90) hari per Penyakit Yang Ditanggung dan atau Cedera Yang Ditanggung dari Rawat Inap yang dapat dibayar atau telah dibayarkan. Ketentuan ini akan dipakai untuk menentukan batas faedah-faedahnya.
8. **“Dokter”** atau **“Praktisi Medis Terdaftar”** berarti seseorang yang diakui dengan gelar dalam ilmu kedokteran barat dan memiliki wewenang sah di dalam wilayah pekerjaannya untuk memberikan pelayanan medis dan bedah, tetapi tidak termasuk apabila dokter tersebut adalah Tertanggung/Pemilik Polis sendiri, agen

asuransi/Tertanggung, rekan bisnis, pemberi kerja atau karyawan/pegawai Tertanggung atau anggota keluarga terdekat dari Tertanggung, atau orang yang mempunyai hubungan dengan Pemilik Polis dengan cara yang sama.

9. **“Rumah Sakit”** hanya berarti badan yang memiliki izin sebagai Rumah Sakit dan beroperasi berdasarkan hukum yang berlaku tentang perawatan dan penyembuhan bagi orang-orang yang sakit dan cedera sebagai pasien Rawat Inap terdaftar, dengan fasilitas diagnosa dan operasi besar, di bawah pengawasan satu (1) atau lebih Praktisi Medis Terdaftar dan memiliki pelayanan perawat profesional dua puluh empat (24) jam sehari. Pengertian Rumah Sakit tersebut tidak termasuk badan atau bagian dari badan tersebut yang dioperasikan sebagai rumah peristirahatan, panti jompo, tempat bagi pecandu alkohol atau obat-obatan terlarang atau tujuan-tujuan serupa.
10. **“Kecelakaan”** berarti kejadian yang tidak diduga dan tidak disengaja yang menyebabkan terjadinya Cedera.
11. **“Cedera”** berarti keadaan badan yang tidak normal yang disebabkan hanya dan secara langsung oleh Kecelakaan dan berdiri sendiri dari sebab lain serta bukan karena Penyakit atau wabah.
12. **“Cedera Yang Ditanggung”** berarti Cedera yang terjadi setelah Tanggal Dikeluarkannya Polis.
13. **“Penyakit”** berarti kondisi badan yang ditandai oleh penyimpangan patologi dari keadaan normal yang sehat.
14. **“Penyakit Yang Ditanggung”** berarti Penyakit yang terjadi setelah lewat tiga puluh (30) hari sejak Tanggal Dikeluarkannya Polis atau setelah pemulihan Polis, mana yang terakhir.
15. **“Dibutuhkan Secara Medis”** berarti suatu jasa atau persediaan medis, dimana menurut pendapat Perusahaan sesuai dengan standar-standar profesional praktek medis yang secara umum diterima dan dibutuhkan untuk membentuk sebuah diagnosa serta memberikan perawatan, yang tidak dapat diberikan secara aman dalam tingkat perawatan medis yang lebih rendah. Jasa-jasa atau persediaan-persediaan eksperimental, pengawasan dan pencegahan tidak dianggap dibutuhkan secara medis.
16. **“Layak dan Lazim”** berarti ongkos atau biaya apapun yang (1) dikenakan untuk perawatan, pengadaan atau pelayanan medis yang Dibutuhkan Secara Medis dan sesuai dengan standar praktek medis yang baik untuk merawat orang yang cedera atau sakit yang berada dalam perawatan, pengawasan atau perintah Dokter atau Praktisi Medis Terdaftar; (2) tidak melebihi biaya yang lazim untuk perawatan, pengadaan atau pelayanan medis yang serupa di wilayah di mana biaya tersebut dibebankan, dan (3) tidak termasuk biaya yang seharusnya tidak ada jika tidak ada asuransi. Perusahaan dapat menilai biaya atau ongkos Rumah Sakit tertentu sudah memenuhi unsur Layak dan Lazim atau belum dengan mengacu, tapi tidak terbatas

pada, publikasi atau informasi terkait yang tersedia, seperti daftar biaya-biaya, yang dikeluarkan oleh pemerintah, lembaga-lembaga terkait dan asosiasi medis di wilayah tersebut.

17. **“Tanggal Dikeluarkannya Polis”** berarti tanggal dimana perlindungan dari Polis ini mulai berlaku, yaitu pada saat pembayaran Premi pertama telah berhasil didebet oleh bank. Tanggal Dikeluarkannya Polis ini tertera di Halaman Keterangan Polis.
18. **“Tanggal Berakhirnya Polis”** berarti tanggal dimana masa pertanggung jawaban Polis berakhir sebagaimana tertera pada Halaman Keterangan Polis.
19. **“Tahun Polis”** berarti masa dua belas (12) bulan berturut-turut sejak Tanggal Polis.
20. **“Tanggal Polis”** berarti tanggal yang tertera di Halaman Keterangan Polis sebagai Tanggal Polis dan merupakan tanggal yang digunakan untuk menentukan Tanggal Ulang Tahun Polis, Tahun Polis, bulan Polis dan jatuh tempo Premi yang ditentukan.
21. **“Tanggal Jatuh Tempo Premi”** mengacu pada tanggal dimana pembayaran premi jatuh tempo berdasarkan Polis ini :
 - a. jika dibayarkan setiap bulan, pada tanggal yang sama setiap bulan berikutnya;
 - b. jika dibayarkan setiap tahun, pada setiap Tanggal Ulang Tahun Polis.
22. **“Tanggal Ulang Tahun Polis”** berarti tanggal yang sama dengan Tanggal Polis pada tiap tahunnya.
23. **“Umur”** berarti umur Tertanggung sesuai ulang tahun terakhir sejak Tanggal Polis yang tertera dalam Halaman Keterangan Polis.
24. **“Premi”** berarti Premi dasar yang tertera pada Halaman Keterangan Polis, bersih dari segala beban Premi, bunga dan materai yang dikenakan kepada Tertanggung pada setiap Tanggal Ulang Tahun Polis.
25. **“Faedah”** berarti faedah – faedah yang disebutkan dalam Bagian 4 Polis ini.

BAGIAN 3. KETENTUAN-KETENTUAN UMUM POLIS

A. TANGGAL MULAI BERLAKU

- i. Polis ini ditandatangani dan dikeluarkan dengan mengacu pada pernyataan persetujuan Tertanggung yang tersimpan dalam Pernyataan Ringkasan Rekaman Pembicaraan yang dilekatkan pada Polis ini, dan dianggap mulai berlaku pada pukul 00:01 pada Tanggal Dikeluarkannya Polis dimana Premi pertama telah diterima oleh Perusahaan secara penuh.
- ii. Ketentuan dalam Polis tidak dapat diubah, diperbaharui atau ditambahkan oleh pihak manapun kecuali dinyatakan dalam perubahan Polis atau ketentuan tambahan yang ditandatangani oleh Presiden Direktur.

B. PEMBAYARAN PREMI

Premi dapat dibayar melalui fasilitas transaksi bank. Setiap pembayaran Premi yang dilakukan melalui pendebitan rekening atau dalam bentuk-bentuk lain (termasuk tetapi tidak terbatas seperti kartu kredit Pemilik Polis, pembayaran di bank, transfer atau pengiriman uang melalui bank) akan dianggap telah diterima oleh Perusahaan apabila pembayaran tersebut telah diterima dengan baik dan dikliring oleh bank penerima serta dikreditkan dalam rekening Perusahaan.

Apabila pembayaran Premi tidak memenuhi syarat-syarat tersebut, maka Pemilik Polis akan menanggung segala akibatnya dan tidak berhak mengajukan tuntutan pidana atau perdata kepada Perusahaan di kemudian hari.

C. TENGGANG WAKTU

Tenggang waktu selama tiga puluh satu (31) hari setelah Tanggal Jatuh Tempo Premi akan diberikan kepada Pemilik Polis untuk pembayaran Premi-premi setelah Premi pertama dimana Polis ini akan tetap berlaku selama masa tenggang waktu ini. Jika Premi tidak dibayarkan selama tenggang waktu sebagaimana ditentukan di atas, maka Polis ini secara otomatis akan berakhir pada saat berakhirnya tenggang waktu tersebut. Jika Tertanggung menjalani Rawat Inap karena Sakit Yang Ditanggung atau Cedera Yang Ditanggung dalam masa tenggang waktu tersebut, Premi yang jatuh tempo dan belum dibayarkan akan dipotong dari jumlah klaim yang dibayarkan.

D. MATA UANG DAN TEMPAT PEMBAYARAN

Semua jumlah yang harus dibayar oleh atau kepada Perusahaan, akan dibayarkan dalam mata uang seperti yang dinyatakan pada Halaman Keterangan Polis. Dalam hal pembayaran dilakukan dengan menggunakan mata uang selain Rupiah, maka pembayaran tersebut harus dilakukan dengan cara pemindahbukuan ke atau dari rekening Perusahaan.

Perusahaan berhak untuk memutuskan, berdasarkan kebijaksanaan Perusahaan sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, apakah akan menerima jenis mata uang selain mata uang polis yang dinyatakan pada Halaman Keterangan Polis untuk sejumlah pembayaran untuk atau oleh Perusahaan. Jika pembayaran tersebut diterima, maka nilai tukar yang akan digunakan adalah yang diumumkan oleh Bank Indonesia pada waktu pembayaran dilakukan.

E. KESALAHAN PERNYATAAN USIA

Bila Umur atau tanggal lahir atau fakta-fakta relevan lain berkenaan dengan Tertanggung diketahui salah, dan bila pernyataan yang salah tersebut mempengaruhi besarnya Faedah atau syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan Polis ini, maka umur dan fakta-fakta sebenarnya yang harus digunakan untuk menentukan apakah pertanggungan akan berlaku menurut ketentuan-ketentuan Polis ini dan Faedah yang dapat dibayarkan atas Polis ini, dan harus dibuat suatu penyesuaian Premi yang wajar.

Bila pernyataan yang salah adalah tentang umur atau fakta-fakta relevan lainnya telah menyebabkan Tertanggung diberikan pertanggungan, atau apabila ia sebenarnya tidak berhak untuk dipertanggungkan, atau dimana pernyataan tersebut menyebabkan seseorang tetap dipertanggungkan pada saat dimana ia tidak memenuhi syarat untuk terus dipertanggungkan sehubungan dengan syarat-syarat dan pembatasan-pembatasan yang tercantum dalam Polis ini, maka pertanggungan menjadi batal dan premi-premi yang telah dibayarkan oleh Tertanggung akan dikembalikan. Bila pernyataan yang keliru itu disengaja oleh pihak Tertanggung, maka Premi yang telah dibayarkan tidak akan dikembalikan.

F. PEMBAHARUAN

Polis ini dapat diperbaharui pada saat Ulang Tahun Polis sebelum usia Tertanggung yang ke-enampuluh lima (ke-65) tanpa menerbitkan Polis baru dengan membayar Premi yang sesuai. Perusahaan memiliki hak untuk memperhitungkan kembali Premi dalam Polis ini pada tanggal pembaharuan.

G. PEMULIHAN

Jika Premi tidak dibayarkan setelah tenggang waktu yang disebutkan pada Bagian 3 Huruf C Polis ini, Polis dapat dipulihkan dengan persetujuan Perusahaan dalam waktu empat puluh lima (45) hari setelah Tanggal Jatuh Tempo Premi dan sepanjang Polis belum diserahkan dengan ketentuan:

- i. menyerahkan surat permohonan tertulis untuk pemulihan;
- ii. memberikan bukti pertanggungan yang memuaskan Perusahaan;
- iii. membayar semua Premi tertunggak berikut bunga dengan tingkat bunga yang ditentukan oleh Perusahaan

Pemulihan tersebut hanya mencakup kerugian akibat Cedera atau Penyakit yang timbul sesudah pemulihan.

H. MEMBERIKAN KETERANGAN SECARA LENGKAP

Semua pernyataan dan jawaban yang dibuat Pemilik Polis atau oleh Tertanggung dalam Pernyataan Ringkasan Rekaman Pembicaraan atau perubahannya dalam hal tidak ada unsur penipuan, akan dianggap sebagai keterangan dan bukan jaminan dan merupakan syarat pendahuluan berlakunya Polis ini dengan ketentuan bahwa tidak ada pernyataan yang akan membatalkan pertanggung atau dipergunakan untuk melakukan penolakan terhadap klaim, kecuali pernyataan tersebut diberikan dalam bentuk tertulis.

I. PROSEDUR KLAIM

(1) PEMBERITAHUAN TENTANG KLAIM

Pemberitahuan tertulis tentang klaim harus diberikan kepada Perusahaan dalam waktu sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari setelah tanggal Kecelakaan atau, dalam hal adanya Rawat Inap, sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari setelah tanggal dimulainya Rawat Inap di Rumah Sakit. Dalam hal kejadian kematian akibat Kecelakaan, pemberitahuan tertulis harus secepatnya diberikan kepada Perusahaan. Kelalaian untuk memberikan pemberitahuan tersebut tidak akan menggugurkan klaim jika dapat menunjukkan alasan-alasan mengapa tidak dapat diberikan dan pemberitahuan itu harus diberikan segera setelah memungkinkan.

(2) PENGAJUAN FORMULIR KLAIM

Perusahaan atas dasar pemberitahuan tersebut, akan memberikan kepada orang yang mengajukan klaim formulir-formulir untuk mengajukan bukti-bukti tentang perawatan Rumah Sakit. Jika formulir-formulir tersebut tidak diberikan dalam waktu lima belas (15) hari, maka orang yang mengajukan klaim dengan menyampaikan bukti tertulis yang meliputi kejadian, sifat dan besarnya kehilangan atau perawatan Rumah Sakit atas dasar mana klaim tersebut diajukan yang disampaikan oleh orang yang mengajukan klaim itu akan dianggap telah memenuhi persyaratan ketentuan ini.

(3) BUKTI PERAWATAN RUMAH SAKIT

Tertanggung atau orang yang mengajukan klaim harus menyerahkan kepada Perusahaan dalam waktu secepat mungkin, bukti awal tentang kehilangan/perawatan rumah sakit yang meliputi tapi tidak terbatas pada hal berikut ini:

- i. Formulir klaim yang diisi dengan lengkap, benar dan ditanda tangani oleh Tertanggung atau orang yang mengajukan klaim;
- ii. Surat pernyataan dokter yang menjelaskan sifat Cedera dan memberikan diagnosa yang tepat mengenai Penyakit Yang Ditanggung ;
- iii. Bukti kematian yang meliputi akte kematian jika tertanggung meninggal,
- iv. Laporan Polisi asli atau yang dilegalisir mengenai Kecelakaan (yang menyebutkan waktu kejadian kecelakaan dan nama saksi-saksi);
- v. Kuitansi asli pembayaran Premi terakhir;

- vi. Kuitansi asli atau fotocopy legalisir biaya perawatan Rumah Sakit;
- vii. Bukti identitas diri yang terbaru dan masih berlaku dari Tertanggung;
- viii. Bukti identitas diri yang terbaru dan masih berlaku dari orang yang mengajukan klaim; dan
- ix. Bukti hak untuk menerima Faedah kematian seperti surat kuasa, wasiat atau surat lain yang berkekuatan hukum.
- x. Dokumen-dokumen yang diperlukan lainnya yang sekiranya berhubungan dengan kasus yang dilaporkan.

Perusahaan berhak meminta bukti atau dokumen tambahan lainnya untuk mendukung klaim tersebut.

Semua dokumen pendukung yang diserahkan kepada Perusahaan adalah atas tanggungan biaya orang yang mengajukan klaim.

(4) JANGKA WAKTU UNTUK MENGAJUKAN BUKTI PERAWATAN RUMAH SAKIT

Bukti-bukti yang disebutkan dalam Ketentuan Bagian 3 Huruf I Angka 3 Polis ini harus diberikan kepada Perusahaan dalam waktu:

- i. tiga puluh (30) hari setelah tanggal keluar dari Rumah Sakit, dalam hal terjadinya perawatan di Rumah Sakit. Penyerahan bukti-bukti tersebut disertakan juga rekening dan kuitansi Rumah Sakit.

(5) PEMERIKSAAN MEDIS

Perusahaan memiliki hak untuk meminta bukti tambahan dan pemeriksaan medis Tertanggung selama dan sebanyak yang diperlukan selama berlangsungnya pemeriksaan klaim tersebut dan Perusahaan juga berhak untuk melakukan bedah mayat dalam hal terjadinya kematian, sepanjang hal tersebut tidak bertentangan dengan hukum. Biaya yang muncul dalam pemeriksanaan medis dalam ketentuan ini akan ditanggung oleh Perusahaan.

J. BERAKHIRNYA POLIS

Polis secara keseluruhan akan berakhir dengan sendirinya segera sesudah tanggal paling awal dari tanggal-tanggal berikut ini:

- i. jika Premi untuk Polis ini tetap tidak dibayarkan pada saat berakhirnya masa tenggang waktu;
- ii. pada Tanggal Ulang Tahun Polis ini segera setelah ulang tahun Tertanggung yang ke-enam puluh lima (ke-65)
- iii. Tertanggung meninggal dunia;
- iv. pada saat Polis ini dibatalkan oleh Perusahaan atau Pemilik Polis sebagaimana yang dimaksud dalam Ketentuan Bagian 3 Huruf P Polis ini.

Pengakhiran Polis tidak akan menggugurkan klaim yang timbul sebelum pengakhiran tersebut.

Jika pengakhiran Polis adalah atas permintaan Pemilik Polis maka Pemilik Polis harus memberikan pemberitahuan secara tertulis kepada Perusahaan.

K. PEMBAYARAN FAEDAH DALAM POLIS INI

Faedah-faedah berdasarkan Polis ini dibayarkan kepada Pemilik Polis, jika Pemilik Polis masih hidup, atau kepada ahli waris Pemilik Polis yang sah menurut hukum dan perundang-undangan yang berlaku dengan memberikan bukti kematian yang meliputi akte kematian Pemilik Polis kepada Perusahaan.

Dalam melakukan pembayaran Faedah tersebut, Perusahaan berhak menyesuaikan semua nilai Faedah apapun yang dapat dibayarkan yang berhubungan dengan :

- Biaya-biaya Rumah Sakit jika menurut pendapat dokter pemeriksa dari Perusahaan biaya tersebut tidak Layak dan Lazim ;

L. KETAATAN PADA HUKUM

Jika suatu ketentuan dalam Polis ini, pada saat Tanggal Dikeluarkannya Polis bertentangan dengan hukum negara Republik Indonesia maka dengan ini Polis akan diubah untuk disesuaikan dengan persyaratan dari ketentuan hukum tersebut dan ketentuan lainnya dalam Polis ini yang tidak bertentangan dengan hukum tersebut akan tetap berlaku.

M. MASA COOLING OFF

Pemilik Polis berhak untuk membatalkan Polis ini dengan memberikan pemberitahuan tertulis kepada Perusahaan dan menerima Premi yang telah dibayarkan sesudah a) dikurangi biaya apapun yang terjadi dalam penerbitan Polis ini (misalnya biaya medis); dan b) dikurangi semua pembayaran yang dibuat atas Polis ini atau Kontrak-kontrak tambahan yang dilampirkan. Pemberitahuan tersebut harus ditandatangani oleh Pemilik Polis dan diterima langsung oleh Perusahaan dalam waktu empat belas (14) hari setelah Pemilik Polis menerima Polis ini.

N. PENGALIHAN HAK

Pengalihan kepentingan berdasarkan Polis ini tidak akan mengikat Perusahaan kecuali jika surat asli pengalihan hak ataupun salinannya yang dibuat oleh Pemilik Polis diterima dan dicatat oleh Perusahaan. Perusahaan tidak bertanggung jawab atas keabsahan surat pengalihan hak tersebut. Ketentuan-ketentuan dalam anggaran dasar dan peraturan-peraturan Perusahaan tidak dapat digunakan untuk mempertahankan klaim yang timbul berdasarkan Polis ini, kecuali jika ketentuan tersebut merupakan bagian dari Polis ini.

O. BATAS WAKTU UNTUK MENGAJUKAN TUNTUTAN HUKUM

Tidak ada tindakan hukum yang dapat diambil untuk mendapatkan Faedah Polis ini sebelum berakhirnya masa 60 (enam puluh) hari setelah bukti-bukti yang

disebutkan dalam Ketentuan Bab 3 Huruf I Angka 3 Polis ini diajukan sesuai dengan syarat-syarat dalam Polis ini, dan juga tindakan demikian tidak dapat pula diambil sama sekali kecuali jika dilakukan dalam waktu 2 (dua) tahun sejak berakhirnya waktu dalam mana pembuktian kehilangan diperlukan oleh Polis ini.

P. PEMBATALAN

Perusahaan memiliki hak penuh untuk membatalkan Polis ini setiap waktu dengan memberikan pemberitahuan tertulis tidak kurang dari sepuluh (10) hari sesudah pembatalan tersebut mulai berlaku. Pengiriman pemberitahuan tersebut sudah cukup sebagai bukti pemberitahuan waktu pemutusan atau tanggal berlakunya dan jam pembatalan tercantum di dalam pemberitahuan akan menjadi akhir dari periode Polis. Premi akan diperhitungkan prorata.

Pemilik Polis dapat membatalkan Polis ini dengan menyerahkan Polis asli kepada Perusahaan atau kepada salah satu agen Perusahaan yang berwenang atau dengan mengirimkan kepada Perusahaan pemberitahuan tertulis yang menyatakan tanggal mulai berlakunya pembatalan tersebut. Premi akan diperhitungkan berdasarkan daftar tarif singkat.

Penyesuaian nilai Premi dapat dilakukan pada waktu pembatalan berlaku atau segera setelah pembatalan berlaku, namun pengembalian Premi bukan merupakan syarat pembatalan Polis. Pembatalan tersebut tidak akan mempengaruhi suatu klaim yang timbul sebelum tanggal efektif pembatalan tersebut.

Q. PENYELESAIAN SENGKETA

Segala sengketa yang timbul sehubungan dengan penafsiran dan/atau pelaksanaan Polis ini akan diselesaikan secara damai atau dengan musyawarah dalam waktu paling lama enam puluh (60) hari sejak tanggal sengketa diajukan oleh Pemilik Polis kepada Perusahaan.

Apabila penyelesaian sengketa dengan jalan damai atau musyawarah tersebut tidak dapat dicapai dalam waktu 60 (enam puluh) hari, maka Pemilik Polis dapat memilih salah satu dari cara-cara penyelesaian sengketa sebagaimana yang diatur di bawah ini. Pemilihan cara penyelesaian sengketa ini tidak dapat dicabut kembali. Pemilik Polis wajib untuk memberitahukan pilihannya tersebut kepada Perusahaan dengan surat tercatat, telegram, *telex*, faksimili, surat elektronik (*e-mail*) atau surat melalui kurir.

Berikut ini adalah pilihan-pilihan yang diberikan dalam penyelesaian sengketa:

a. Penyelesaian Sengketa melalui Arbitrase

Segala sengketa yang timbul sehubungan dengan interpretasi dan/atau pelaksanaan Polis ini akan diselesaikan melalui Badan Arbitrase Nasional Indonesia (BANI) dalam bahasa Indonesia dan menggunakan peraturan BANI, dengan tatacara penyelesaian sebagai berikut:

- Majelis arbitrase terdiri dari 3 (tiga) orang Arbiter. Pemilik Polis (atau orang yang mengajukan klaim, dalam hal terjadi klaim) dan Perusahaan masing-masing akan menunjuk seorang arbiter dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari setelah diterimanya pemberitahuan tertulis mengenai cara penyelesaian sengketa. Kedua arbiter tersebut kemudian akan menunjuk arbiter ketiga dalam waktu 14 (empat belas) hari setelah arbiter yang kedua ditunjuk. Arbiter ketiga akan bertindak sebagai ketua majelis Arbitrase. Kegagalan dalam melakukan pemilihan anggota majelis arbitrase akan diselesaikan berdasarkan peraturan yang berlaku Badan Arbitrase Nasional Indonesia.
- Pemeriksaan atas sengketa oleh para arbiter harus diselesaikan dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari sejak majelis Arbitrase terbentuk. Dengan persetujuan Pemilik Polis (atau orang yang mengajukan klaim, dalam hal terjadi klaim) dan Perusahaan atau apabila dianggap perlu oleh majelis Arbitrase, jangka waktu pemeriksaan sengketa dapat diperpanjang.
- Putusan arbitrase yang dibuat dan diberikan oleh arbiter bersifat akhir, mengikat dan tidak dapat dilawan serta dapat digunakan sebagai dasar putusannya di Republik Indonesia. Seluruh biaya arbitrase akan dibayar sesuai dengan ketentuan yang ditentukan di dalam putusan arbitrase tersebut.
- Tidak akan ada banding ke pengadilan manapun atau badan lain yang berwenang atas putusan arbitrase yang dikeluarkan arbiter. Arbiter terikat dengan aturan hukum yang ketat dalam membuat putusannya dan tidak berhak untuk mengeluarkan putusan dengan dasar seadil-adilnya (*lex aequo et bono*).

b. Klausula Penyelesaian Sengketa melalui Pengadilan

Segala sengketa yang timbul sehubungan dengan interpretasi dan/atau pelaksanaan Polis ini akan diselesaikan melalui Pengadilan yang daerah hukumnya meliputi domisili Pemilik Polis atau Perusahaan. Pilihan tersebut tidak membatasi hak Pemilik Polis untuk memilih Pengadilan lain sebagai forum untuk menyelesaikan sengketa asalkan termasuk dalam wilayah hukum Pemilik Polis atau Perusahaan.

R. KETERPISAHAN

Dalam hal suatu ketentuan yang terdapat dalam Polis ini dinyatakan tidak sah dan atau tidak dapat diberlakukan secara hukum, maka ketidakabsahan dan atau ketidakberlakuan tersebut tidak akan mempengaruhi ketentuan lainnya dalam Polis ini.

BAGIAN 4. KETENTUAN-KETENTUAN FAEDAH POLIS

A. FAEDAH HARIAN RUMAH SAKIT

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit yang disebabkan oleh Penyakit Yang Ditanggung, Perusahaan akan membayar suatu jumlah yang sama dengan Faedah Harian Rumah Sakit yang tertera pada Halaman Keterangan Polis atau endosemen, untuk setiap harinya sampai dengan maksimal sembilan puluh (90) hari per Tahun Polis untuk Rawat Inap atas Penyakit Yang Ditanggung. Apabila Rawat Inap atau Rawat Inap Yang Sama, melewati Tahun Polis dan melebihi batas sembilan puluh (90) hari, maka Perusahaan hanya membayar suatu jumlah untuk sisa hari dari batas sembilan puluh (90) hari untuk Tahun Polis berikutnya.

Apabila Tertanggung mempunyai lebih dari satu polis yang dikeluarkan oleh Perusahaan yang juga memberikan faedah yang sama, maka besaran Faedah Harian Rumah Sakit yang dapat dibayarkan oleh Perusahaan adalah maksimum sebesar Rp. 1,500,000 (satu juta lima ratus ribu Rupiah) per jiwa untuk setiap hari Rawat Inap yang disebabkan oleh Penyakit Yang Ditanggung atau jumlah lain yang akan diinformasikan oleh Perusahaan dari waktu ke waktu.

B. FAEDAH HARIAN RUMAH SAKIT GANDA

Perusahaan akan membayar sebesar dua (2) kali dari Faedah Harian Rumah Sakit seperti yang telah diuraikan dalam ketentuan Bagian 4 Huruf A di atas atau endosemen, untuk salah satu kondisi sebagai berikut:

1. Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit yang disebabkan oleh Cedera Yang Ditanggung. Pembayaran Faedah adalah untuk setiap harinya sampai dengan maksimal seratus delapan puluh (180) hari per tahun untuk Rawat Inap atas Cedera Yang Ditanggung. Apabila Rawat Inap atau Rawat Inap Yang Sama, melewati Tahun Polis dan melebihi batas seratus delapan puluh (180) hari, maka Perusahaan hanya membayar suatu jumlah untuk sisa hari dari batas seratus delapan puluh (180) hari untuk Tahun Polis berikutnya. Tidak ada masa tunggu untuk Rawat Inap yang disebabkan oleh Cedera Yang Ditanggung.
2. Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit dalam unit perawatan intensif yang disebabkan Penyakit Yang Ditanggung atau Cedera Yang Ditanggung sampai dengan maksimal lima belas (15) hari per tahun polis. Apabila Rawat Inap atau Rawat Inap Yang Sama, melewati Tahun Polis dan melebihi batas lima belas (15) hari, maka Perusahaan akan membayar untuk sisa hari dari batas lima belas (15) hari untuk Tahun Polis berikutnya. Faedah tersebut akan dibayarkan apabila Pemegang Polis telah membayar premi jatuh tempo berdasarkan Polis ini.

C. FAEDAH PEMBEDAHAN

Apabila Tertanggung menjalani operasi pembedahan yang disebabkan oleh Penyakit atau Cedera Yang Ditanggung maka Perusahaan akan membayar Faedah Pembedahan secara sekaligus namun tidak melebihi jumlah Faedah Pembedahan yang tertera pada Daftar Faedah.

D. FAEDAH “NO CLAIM BONUS”

Perusahaan akan membayarkan Faedah “No Claim Bonus” sebesar 25% (dua puluh lima persen) dari total Premi tanpa bunga yang telah dibayarkan selama 24 (dua puluh empat) bulan berturut-turut, apabila:

- a. Polis tidak pernah batal selama 24 (dua puluh empat) bulan berturut-turut terhitung sejak Tanggal Dikeluarkannya Polis atau sejak tanggal Pemulihan Polis, yang mana yang kemudian ;
- b. Tidak ada klaim yang dibayarkan oleh Perusahaan atas Polis ini dalam kurun waktu 24 (dua puluh empat) bulan ;
- c. Tidak ada penangguhan pembayaran klaim yang diajukan oleh Tertanggung dalam kurun waktu 24 (dua puluh empat) bulan ;
- d. Perusahaan menolak pembayaran terhadap klaim yang ditangguhkan, bilamana diajukan oleh Tertanggung dalam kurun waktu 24 (dua puluh empat) bulan terakhir

Perhitungan “No Claim Bonus” akan dilakukan kembali untuk setiap 24 (dua puluh empat) bulan berikutnya terhitung sejak tanggal Dikeluarkannya Polis atau sejak tanggal Pemulihan Polis, yang mana yang kemudian.

BAGIAN 5. PENGECUALIAN

Polis ini tidak menanggung Penyakit atau Cedera yang disebabkan atau akibat dari salah satu dari kondisi-kondisi berikut ini:

1. Semua kelainan bawaan atau Penyakit yang terdapat atau terdiagnosa sebelum Tertanggung berumur tujuh belas (17) tahun;
2. Keadaan yang diderita sebelumnya berarti (1) suatu kondisi fisik, medis atau mental; dan/atau (2) segala penyakit atau wabah:
 - a. yang telah ada;
 - b. yang telah diinvestigasi, diagnosa atau dirawat oleh Praktisi Medis Terdaftar;
 - c. yang telah di konsultasikan dengan Praktisi Medis Terdaftar; atau
 - d. Mulai menunjukkan tanda-tanda atau gejala-gejala yang telah dimulai, sebelum Tanggal Dikeluarkannya Polis atau tanggal pemulihan Polis.
3. Akibat perang, baik diumumkan maupun tidak, serangan musuh, perang saudara, pemberontakan, revolusi, pemberontakan terhadap pemerintah (*rebellion*), komplotan, atau tindakan-tindakan apapun yang bersifat perang;
4. Akibat pelanggaran hukum atau percobaan pelanggaran hukum atau perlawanan terhadap penahanan;
5. Akibat dari huru-hara dan kerusuhan massa;
6. Akibat dari Tertanggung melakukan atau mengambil bagian dalam angkatan bersenjata di laut, darat maupun udara atau operasi dari suatu negara atau badan internasional, dalam keadaan damai maupun perang;
7. Akibat dari bunuh diri atau percobaan bunuh diri atau Cedera karena melukai diri sendiri atau secara sengaja melakukan hal-hal yang sangat berbahaya (kecuali dalam usaha menyelamatkan jiwa manusia), atau yang diderita ketika Tertanggung dalam keadaan sakit jiwa;
8. Yang berhubungan dengan perawatan untuk bedah gigi atau operasi, kecuali dibutuhkan karena Cedera akibat Kecelakaan pada gigi asli (kecuali gigi palsu dan biaya lain yang berhubungan); kerusakan-kerusakan pada mata, pemakaian kacamata, lensa kontak atau alat-alat bantu pendengaran; operasi pembedahan dengan prosedur "one day surgery".
9. Akibat langsung maupun tidak langsung dari Tertanggung melakukan perjalanan udara, kecuali sebagai penumpang yang telah membayar untuk pesawat pribadi dan atau pesawat komersil yang mempunyai izin;
10. Kehamilan, keguguran atau kelahiran anak, pengobatan kehamilan atau segala komplikasinya atau investigasi, pengobatan atau segala prosedur yang terkait dengan kesuburan, tes yang berhubungan dengan keturunan atau konsultasi.

Disfungsi seksual atau kemandulan atau perubahan, kontrasepsi, sterilisasi dan segala jenis pemeriksaan reproduksi.

11. Perawatan atas kecanduan alkohol, atau penyalahgunaan obat-obatan atau komplikasi-komplikasi lain yang diakibatkannya atau Kecelakaan yang berhubungan dengan alkohol;
12. Gangguan kejiwaan, kelainan-kelainan mental atau saraf atau gangguan-gangguan sulit tidur;
13. Bedah kosmetik atau plastik atau bedah apapun yang tidak diperlukan secara medis;
14. Perawatan untuk *tuberculosis*;
15. Pemeriksaan-pemeriksaan kesehatan rutin, penyelidikan yang tidak langsung berhubungan dengan diagnosa, Penyakit atau Cedera, atau perawatan atau penyelidikan yang tidak Dibutuhkan Secara Medis, atau penyembuhan, pencegahan atau istirahat;
16. *Acquired Immunodeficiency Syndrome* ("AIDS") atau komplikasi-komplikasi yang berhubungan dengan infeksi *Human Immune-deficiency Virus* ("HIV") (untuk tujuan Polis ini, definisi dari AIDS diambil dari definisi yang dipakai oleh World Health Organization tahun 1987, atau revisi (-revisi) selanjutnya oleh World Health Organization; infeksi yang dimaksud dianggap terjadi bilamana tes (-tes) darah atau tes-tes lainnya yang berkaitan, menurut pendapat Perusahaan menunjukkan keberadaan HIV atau virus antibodi.

DAFTAR FAEDAH

FAEDAH	PLAN					
	I	II	III	IV	V	VI
Faedah Harian Rumah Sakit	100,000	250,000	500,000	750,000	1,000,000	1,500,000
Faedah Harian Rumah Sakit Ganda karena Kecelakaan	200,000	500,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000	3,000,000
Faedah Harian Rumah Sakit Ganda karena Rawat Inap di ICU	200,000	500,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000	3,000,000
Faedah Pembedahan	1,000,000	2,500,000	5,000,000	7,500,000	10,000,000	15,000,000
No Claim Bonus	25%	25%	25%	25%	25%	25%