

PT AVRIST ASSURANCE

POLIS AVRIST TOTAL PROTEKSI

I. PENGERTIAN DASAR

Pada Polis ini, setiap istilah dan ungkapan berikut ini akan memiliki arti yang diuraikan sebagai berikut:

1. "Polis" berarti segala dokumen yang terkait dengan pertanggungan ini termasuk namun tidak terbatas pada Halaman Keterangan Polis, pernyataan ringkasan rekaman pembicaraan, segala syarat dan ketentuan dari pertanggungan ini, dan ketentuan tertulis lainnya yang disepakati antara Perusahaan dengan Pemilik Polis (apabila ada) beserta segala penambahan dan perubahannya yang memuat syarat dan ketentuan pertanggungan.
2. "Perusahaan" merujuk pada PT Avrist Assurance.
3. "Pemilik Polis" berarti perseorangan / badan hukum yang mengadakan pengikatan pertanggungan dalam Polis ini dan namanya disebutkan dalam Halaman Keterangan Polis.
4. "Tertanggung" berarti seseorang yang namanya disebutkan dalam Halaman Keterangan Polis dimana jiwanya terkait dengan pertanggungan dalam Polis ini.
5. "Yang Ditunjuk" berarti perseorangan / badan hukum yang ditunjuk oleh Pemilik Polis untuk menerima manfaat asuransi yang dibayarkan atas kematian Tertanggung.
6. "Premi" merujuk pada jumlah premi yang harus dibayarkan untuk manfaat dari Polis ini.
7. "Uang Pertanggungan" berarti jumlah awal pertanggungan dari Polis pada saat Polis dikeluarkan dan disebutkan dalam Halaman Keterangan Polis. Apabila jumlah awal pertanggungan diubah sesuai dengan ketentuan dan persyaratan Polis, selanjutnya jumlah yang disesuaikan tersebut akan menjadi uang pertanggungan baru pada Polis ini.
8. "Tanggal Polis" adalah sebagaimana yang disebutkan dalam bagian Halaman Keterangan Polis.
9. "Tanggal Dikeluarkannya Polis" adalah sebagaimana yang disebutkan dalam bagian Halaman Keterangan Polis sebagai tanggal mulai berlakunya pertanggungan atas Polis ini.
10. "Tanggal Jatuh Tempo" adalah sebagaimana yang disebutkan dalam bagian Halaman Keterangan Polis.
11. "Tahun Polis" berarti setiap periode 1 (satu) tahun Polis, dimana tanggal yang akan dihitung sebagai tanggal ulang tahun adalah Tanggal Polis.

II. KETENTUAN UMUM

A. KONTRAK

1. Polis ini berikut rekaman pembicaraan merupakan kontrak secara keseluruhan yang dibuat atas dasar pembayaran Premi.
2. Semua pernyataan dalam rekaman pembicaraan akan dianggap sebagai pernyataan dan bukan jaminan.
Pernyataan tersebut tidak akan digunakan oleh Perusahaan untuk membatalkan Polis atau penolakan klaim, kecuali dapat dibuktikan bahwa pernyataan tersebut tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, yang diberikan oleh Pemilik Polis atau Tertanggung secara sengaja ataupun yang tidak disengaja.
3. Tidak ada ketentuan lain yang mengatur hak dari Pemilik Polis dan Tertanggung selain ketentuan yang tertuang dalam Polis ini.

B. MODIFIKASI

1. Segala perubahan, pembaharuan atau penambahan atas ketentuan dalam Polis ini akan dilakukan dengan penerbitan perubahan polis (endosemen) atau kontrak tambahan yang ditandatangani oleh Direksi Perusahaan atau pejabat Perusahaan (registrar) yang menerima kuasa dari Direksi untuk menandatangani dokumen-dokumen tersebut.
2. Bersamaan dengan penerbitan perubahan polis (endosemen) atau kontrak tambahan, Perusahaan akan mengirimkan surat pemberitahuan perubahan polis (endosemen) atau kontrak tambahan kepada Pemilik Polis.
3. Surat pemberitahuan tersebut dalam angka 2 di atas akan dikirimkan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum berlakunya perubahan, pembaharuan atau penambahan yang dicantumkan dalam perubahan polis (endosemen) atau kontrak tambahan yang diterbitkan tersebut.
4. Perubahan, pembaharuan atau penambahan atas ketentuan dalam Polis ini akan berlaku efektif dan mengikat Pemilik Polis jika Pemilik Polis tidak mengajukan keberatan kepada Perusahaan dalam jangka waktu tersebut dalam angka 3 di atas, kecuali disepakati lain oleh Perusahaan dan Pemilik Polis.

C. TAK DAPAT DIBANTAH

Pertanggung atas Polis ini menjadi tidak dapat dibantah setelah Polis ini berjalan selama 2 (dua) tahun yang dihitung dari Tanggal Dikeluarkannya Polis atau setiap tanggal pemulihan, yang mana yang kemudian, kecuali dalam hal-hal yang disebutkan di bawah ini maka Polis dapat dibantah sampai waktu tidak terbatas:

1. terhadap kontrak tambahan yang memberikan manfaat karena cacat, penyakit kritis, kecelakaan atau ganti rugi rumah sakit yang dilekatkan pada Polis ini;
2. adanya kelalaian pembayaran Premi kepada Perusahaan; atau
3. terdapat unsur kecurangan, penipuan atau penyembunyian fakta dari Tertanggung atau Pemilik Polis (misrepresentasi).

Dalam hal Polis dibatalkan berdasarkan Ketentuan II Bagian C ini, maka kewajiban Perusahaan hanya terbatas pada pengembalian Premi yang telah diterima oleh Perusahaan (tanpa tambahan bunga) kepada Pemilik Polis atau ahli waris Pemilik Polis yang sah menurut hukum (dalam hal Pemilik Polis telah meninggal) setelah dikurangi biaya atau Hutang (jika ada).

D. PENGECEUALIAN

Apabila Tertanggung meninggal dunia karena bunuh diri, baik dalam keadaan waras ataupun tidak, dalam jangka waktu 1 (satu) tahun sesudah Tanggal Dikeluarkannya Polis, atau tanggal pemulihan, yang mana yang kemudian, maka kewajiban Perusahaan hanya terbatas pada pengembalian Premi yang telah diterima oleh Perusahaan (tanpa tambahan bunga) kepada Pemilik Polis atau ahli waris Pemilik Polis yang sah menurut hukum (dalam hal Pemilik Polis telah meninggal) setelah dikurangi biaya atau Hutang (jika ada).

E. UMUR DAN JENIS KELAMIN

1. Polis ini dikeluarkan pada saat umur yang dinyatakan pada Halaman Keterangan Polis, dimana umur tersebut merupakan umur Tertanggung pada ulang tahun terakhir.
2. Apabila umur atau jenis kelamin Tertanggung pada Halaman Keterangan Polis sebagaimana disebutkan dalam rekaman pembicaraan ternyata tidak benar, maka pertanggunganan dan manfaat-manfaat lain yang dapat dibayar menurut Polis ini akan dihitung sebagai jumlah yang dapat dibeli oleh Premi yang telah dibayar berdasarkan umur dan jenis kelamin yang sebenarnya. Penyesuaian pertanggunganan tersebut akan diakui bila diberikan bukti-bukti mengenai informasi usia atau jenis kelamin yang sebenarnya kepada Perusahaan.
3. Jika pada umur yang sebenarnya Tertanggung tidak dapat diasuransikan berdasarkan Polis ini atau kontrak tambahan apapun sesuai dengan spesifikasi produk yang telah dilaporkan atau disetujui oleh Otoritas Jasa Keuangan atau institusi pemerintah lain yang memiliki kewenangan dalam bidang Asuransi Jiwa, maka (i) Polis atau kontrak tambahan yang berkaitan dianggap batal dan (ii) Perusahaan akan mengembalikan Premi yang telah diterima oleh Perusahaan (tanpa tambahan bunga) kepada Pemilik Polis atau ahli waris Pemilik Polis yang sah menurut hukum (dalam hal Pemilik Polis telah meninggal) setelah dikurangi biaya atau Hutang (jika ada).

F. BEBAS DARI PEMBATASAN

Polis ini tidak memuat pembatasan terhadap Tertanggung mengenai perjalanan, tempat tinggal atau pekerjaan, kecuali jika dinyatakan sebaliknya.

G. MATA UANG DAN PEMBAYARAN

1. Seluruh 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.
2. Jika diharuskan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku, maka Perusahaan dapat menerima jenis mata uang selain mata uang Polis yang dinyatakan pada Halaman Keterangan Polis untuk sejumlah pembayaran untuk

atau oleh Perusahaan. Dalam hal demikian, maka nilai tukar yang akan digunakan adalah nilai tukar yang diumumkan oleh Bank Indonesia pada waktu pembayaran tersebut dilakukan.

H. MASA COOLING OFF

1. Pemilik Polis berhak untuk membatalkan Polis ini dengan memberikan pemberitahuan tertulis kepada Perusahaan dan menerima pengembalian Premi yang telah dibayarkan kepada Perusahaan (tanpa tambahan bunga) setelah dikurangi:
 - a. biaya apapun yang terjadi dalam penerbitan Polis ini (misalnya biaya medis jika ada); dan
 - b. semua pembayaran yang dibuat atas Polis ini atau kontrak-kontrak tambahan terkait yang dilampirkan.
2. Pemberitahuan tersebut harus ditanda-tangani oleh Pemilik Polis dan diterima langsung oleh Perusahaan dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender setelah Pemilik Polis menerima Polis ini. Apabila dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kalender, Perusahaan tidak menerima suatu pemberitahuan tersebut maka seluruh ketentuan Polis ini tetap berlaku secara sah dan mengikat sejak Tanggal Dikeluarkannya Polis.

I. KEJADIAN PENTING

Mengingat segala syarat dan ketentuan yang terdapat di dalam Polis ini mengikat pihak-pihak lain yang terlibat didalamnya, maka Pemilik Polis berkewajiban untuk melibatkan pihak-pihak yang terkait tersebut untuk memahami dan mematuhi Polis ini. Segala kejadian penting yang melibatkan Pemilik Polis, Tertanggung maupun Yang Ditunjuk sehubungan dengan pertanggungannya ini harus segera diberitahukan kepada Perusahaan oleh Pemilik Polis. Kelalaian Pemilik Polis dalam memberitahukan kejadian penting ini membebaskan Perusahaan dari segala konsekuensi yang muncul.

J. BATAS WAKTU UNTUK MENGAJUKAN TUNTUTAN HUKUM

Tidak ada tindakan hukum yang dapat diambil untuk mendapatkan manfaat Polis ini sebelum berakhirnya masa 90 (sembilan puluh) hari setelah pengajuan bukti klaim yang dianggap lengkap dan telah sesuai dengan syarat-syarat dalam Polis ini. Tindakan hukum demikian tidak dapat pula diambil sama sekali kecuali jika dilakukan dalam waktu 2 (dua) tahun sejak Perusahaan memberikan keputusan terakhir mengenai penerimaan atau penolakan klaim.

K. PROSEDUR KLAIM MANFAAT KEMATIAN

1. Pemberitahuan Tentang Klaim Kematian.

Pemberitahuan secara tertulis mengenai klaim manfaat kematian dalam Polis ini harus diberikan kepada Perusahaan dalam jangka waktu selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari kalender setelah tanggal kematian Tertanggung. Pemberitahuan tertulis tersebut dilakukan dengan menyerahkan formulir klaim kepada Perusahaan beserta dokumen-dokumen pendukung yang disebutkan dalam Ketentuan II Bagian K angka 2 Polis ini.

2. Dokumen Pengajuan Klaim Kematian

Pengajuan klaim manfaat kematian harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen

pendukung sebagai berikut:

- a. Formulir klaim yang diisi dengan lengkap dan benar oleh orang yang mengajukan klaim;
- b. Formulir klaim yang diisi dengan lengkap dan benar oleh dokter yang merawat;
- c. Bukti kematian yang meliputi akta kematian, laporan medis, laporan kecelakaan lalu lintas, surat keterangan dari kepolisian, dan/atau laporan otopsi (jika dilakukan) yang dikeluarkan oleh badan yang berwenang;
- d. Polis asli;
- e. Bukti identitas diri yang terbaru dan masih berlaku dari Tertanggung;
- f. Bukti identitas diri yang terbaru dan masih berlaku dari orang yang mengajukan klaim dan/atau Yang Ditunjuk;
- g. Bukti hak untuk menerima manfaat kematian seperti akta kelahiran, kartu keluarga atau surat lain yang sah dan memiliki kekuatan dalam membuktikan hak tersebut; dan
- h. Dokumen yang sudah disahkan oleh Notaris atau Negara untuk penunjukan ahli waris yang sah sesuai hukum yang berlaku di Indonesia.

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

3. Pengajuan Dokumen

Dokumen-dokumen pendukung yang disebutkan dalam Ketentuan II Bagian K angka 2 di atas harus diserahkan kepada Perusahaan dalam jangka waktu selambat-lambatnya 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah tanggal penerimaan formulir klaim oleh Perusahaan.

4. Pemeriksaan Medis

Apabila diperlukan investigasi lanjutan, Perusahaan berhak melakukan pemeriksaan medis dari badan Tertanggung dan juga berhak melakukan otopsi dengan biaya Perusahaan sendiri, sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.

5. Dokumen Tambahan

Dalam hal diperlukan investigasi lanjutan, Perusahaan berhak meminta dokumen-dokumen pendukung tambahan yang diperlukan untuk membuktikan klaim.

L. KETENTUAN PEMILIK POLIS, TERTANGGUNG DAN YANG DITUNJUK

1. PEMILIK POLIS

- a. Pemilik Polis adalah pihak yang namanya dicatat pada Halaman Keterangan Polis kecuali kemudian diubah sesuai dengan klausula Perubahan Kepemilikan.
- b. Sepanjang Tertanggung masih hidup dan Polis ini masih berlaku, hanya Pemilik Polis yang dapat menggunakan semua hak, keistimewaan dan pilihan yang

diberikan Polis ini dengan tunduk kepada hak dari orang yang tercatat sebagai penerima pengalihan hak atas Polis ini atau untuk kepentingan Yang Ditunjuk.

2. PERUBAHAN KEPEMILIKAN

- a. Selama Tertanggung masih hidup dan Polis ini masih berlaku, Pemilik Polis dapat mengubah kepemilikan Polis ini dengan mengajukan pemberitahuan tertulis yang benar dan lengkap kepada Perusahaan.
- b. Perubahan kepemilikan Polis hanya berlaku mengikat Perusahaan dan Pemilik Polis apabila Pemilik Polis yang baru memiliki kepentingan atas pertanggungan pada Polis ini (*insurable interest*) sesuai dengan ketentuan Polis ini. Dengan berlakunya perubahan kepemilikan Polis maka seluruh hak dan kewajiban dalam Polis ini akan beralih ke Pemilik Polis yang baru.
- c. Perubahan kepemilikan Polis berlaku sejak tanggal dimana Pemilik Polis menandatangani suatu dokumen yang dipersyaratkan oleh Perusahaan, meskipun Tertanggung dalam keadaan hidup atau tidak pada waktu pencatatan dan pengesahan tersebut.
- d. Apabila Pemilik Polis telah meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan perubahan kepemilikan Polis adalah ahli waris yang sah menurut hukum dari Pemilik Polis sepanjang memenuhi persyaratan yang ditentukan dalam Polis mengenai Pemilik Polis.

3. PENGALIHAN HAK DAN KEWAJIBAN

- a. Dengan pemberitahuan tertulis kepada Perusahaan, Pemilik Polis dapat mengalihkan hak dan kewajibannya atas Polis ini.
- b. Perusahaan dianggap tidak mengetahui pengalihan ini kecuali lembaran asli atau salinannya diterima oleh Perusahaan. Perusahaan tidak bertanggungjawab atas sah atau tidaknya surat-surat pengalihan tersebut.

4. TERTANGGUNG

Tertanggung adalah pihak yang namanya dicatat pada Halaman Keterangan Polis. Pihak yang akan menjadi Tertanggung tidak dapat digantikan oleh pihak manapun.

5. YANG DITUNJUK

Yang Ditunjuk adalah pihak yang namanya dicatat pada Halaman Keterangan Polis sebagaimana disebutkan dalam rekaman pembicaraan yang berlaku dari waktu ke waktu dan memiliki kepentingan atas pertanggungan ini (*insurable interest*).

6. PERUBAHAN YANG DITUNJUK.

Selama Tertanggung masih hidup dan Polis ini masih berlaku, Pemilik Polis dapat mengubah Yang Ditunjuk dalam Polis ini dengan mengajukan pemberitahuan tertulis kepada Perusahaan. Perubahan Yang Ditunjuk hanya dapat dilakukan sepanjang Yang Ditunjuk baru memiliki kepentingan atas pertanggungan pada Polis ini (*insurable interest*).

Perubahan Yang Ditunjuk berlaku sejak pemberitahuan tersebut dicatat, disahkan dan ditandatangani oleh Perusahaan, meskipun Tertanggung dalam keadaan hidup atau tidak pada waktu pencatatan dan pengesahan tersebut.

M. KONTRAK TAMBAHAN

1. Semua Kontrak Tambahan yang dilekatkan pada Polis ini, jika ada, akan berakhir sesuai dengan yang dinyatakan dalam masing-masing ketentuan pengakhiran di Kontrak Tambahan tersebut.
2. Jika Polis ini menjadi bebas Premi :
 - a. Apabila jangka waktu pembayaran premi pada Kontrak Tambahan sama dengan jangka waktu pembayaran Premi pada Polis ini, maka Kontrak Tambahan yang dilekatkan pada Polis ini akan menjadi bebas premi dan Kontrak Tambahan masih tetap akan berlaku sampai masa berakhirnya Kontrak Tambahan; atau
 - b. Apabila jangka waktu pembayaran Premi pada Kontrak Tambahan lebih lama dari jangka waktu pembayaran Premi pada Polis ini, maka Kontrak Tambahan yang dilekatkan pada Polis ini tidak akan diberlakukan pembebasan premi sehingga pembayaran premi pada Kontrak Tambahan tersebut akan tetap berjalan sampai dengan berakhirnya jangka waktu pembayaran Premi yang dinyatakan dalam Halaman Keterangan Polis

N. 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.

O. PENYELESAIAN SENGKETA

Segala sengketa yang timbul sehubungan dengan penafsiran dan/atau pelaksanaan Polis ini diselesaikan secara damai atau dengan musyawarah dalam waktu paling lama 20 (dua puluh) Hari Kerja sejak tanggal sengketa diajukan oleh Pemilik Polis (atau orang yang mengajukan klaim, dalam hal terjadi klaim) kepada Perusahaan. Dengan tunduk kepada persyaratan yang terdapat pada peraturan yang dikeluarkan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK), atau institusi pemerintah lain yang memiliki kewenangan untuk mengatur kebijakan pada industri asuransi jiwa, Perusahaan dapat memperpanjang jangka waktu penyelesaian musyawarah tersebut sampai dengan paling lama 20 (dua puluh) Hari Kerja berikutnya.

Apabila penyelesaian sengketa dengan jalan damai atau musyawarah tidak dapat dicapai dalam jangka waktu yang disebutkan di atas, maka Pemilik Polis atau orang yang mengajukan klaim (dalam hal terjadinya klaim) dapat memilih salah satu cara penyelesaian sengketa sebagaimana yang diatur di bawah ini. Pemilihan cara penyelesaian sengketa ini mengikat secara hukum dan tidak dapat dicabut kembali.

Pemilik Polis (atau orang yang mengajukan klaim, dalam hal terjadi klaim) 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:

1. Penyelesaian Sengketa Di Luar Pengadilan

Segala sengketa apapun yang timbul sehubungan dengan interpretasi dan/atau

pelaksanaan Polis ini akan diselesaikan (i) melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa yang dimuat dalam Daftar Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa yang ditetapkan oleh Otoritas Jasa Keuangan atau (ii) dengan menyampaikan permohonan kepada Otoritas Jasa Keuangan untuk memfasilitasi sengketa yang terjadi.

2. Penyelesaian Sengketa Melalui Pengadilan

Segala sengketa apapun yang timbul sehubungan dengan interpretasi dan/atau pelaksanaan Polis ini akan diselesaikan melalui Pengadilan Negeri yang berwenang sesuai ketentuan yang berlaku di wilayah hukum Republik Indonesia.

P. INFORMASI NASABAH

Perusahaan dapat menggunakan informasi Pemilik Polis dan/atau Tertanggung dalam rangka pelaksanaan kegiatan Perusahaan, antara lain untuk pembayaran klaim, pengalihan risiko pertanggung, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk-produk lainnya.

Q. BAHASA

Polis ini dibuat dalam Bahasa Indonesia. Apabila Polis ini diterjemahkan dalam bahasa lain, maka dalam hal terdapat perbedaan interpretasi atau pengertian antara kedua versi bahasa tersebut atas isi Polis ini, maka versi Bahasa Indonesia akan digunakan sebagai rujukan.

R. PERNYATAAN KESESUAIAN

POLIS INI TELAH DISESUIKAN DENGAN KETENTUAN PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERMASUK KETENTUAN PERATURAN OTORITAS JASA KEUANGAN.

III. KETENTUAN KHUSUS

A. DEFINISI

1. **"Manfaat Polis"** berarti manfaat yang akan diberikan oleh Perusahaan atas Tertanggung sebagaimana disebutkan dalam Ketentuan III Bagian B Polis.
2. **"Penyakit"** berarti kondisi fisik Tertanggung yang ditandai dengan penyimpangan patologi dan gangguan fisiologis dari kondisi normal yang sehat, serta bukan diakibatkan karena Kecelakaan. Untuk tujuan ini, suatu Penyakit telah terjadi bilamana telah diselidiki, mendapatkan Diagnosa, dirawat atau bilamana tanda-tanda atau gejala-gejala telah timbul yang membuat seseorang mencari Diagnosa, perawatan atau pengobatan. Jika terjadi perselisihan atau perbedaan pendapat mengenai tanda-tanda atau gejala-gejala suatu Penyakit dan buktibuktinya diantara Dokter dan Tertanggung, Perusahaan akan menyesuaikan dan mengikuti pendapat profesional dari Dokter lain yang independen yang ditunjuk oleh Perusahaan.
3. **"Kecelakaan"** berarti peristiwa yang terjadi secara tiba-tiba, tidak terduga sebelumnya, datang dari luar, bersifat kekerasan, tidak dikehendaki dan tidak ada unsur-unsur kesengajaan.
4. **"Cedera"** berarti luka badan yang diderita akibat suatu Kecelakaan dan berpengaruh langsung dan berdiri sendiri terlepas dari sebab-sebab lain.

5. **"Rumah Sakit"** berarti suatu badan yang diakui sebagai rumah sakit dan beroperasi sesuai dengan hukum dan peraturan perundang-undangan mengenai perawatan dan penyembuhan orang-orang yang sakit dan cedera sebagai pasien rawat inap terdaftar, dengan fasilitas diagnosa dan operasi besar, di bawah pengawasan satu atau lebih Dokter, dan memiliki pelayanan 24 jam perawat profesional. "Rumah Sakit" tidak termasuk badan atau bagian dari badan tersebut yang dioperasikan sebagai tempat pemulihan atau perawatan di rumah, rumah peristirahatan, panti jompo, tempat bagi pecandu alkohol atau obat-obatan terlarang, atau untuk tujuan-tujuan serupa, dan bukan merupakan sebuah klinik, spa atau hidroklinik atau pengobatan sejenisnya yang tidak memiliki ijin rawat inap dan pembedahan.
6. **"Diagnosa"** berarti diagnosa yang pasti yang dibuat oleh seorang Dokter berdasarkan bukti spesifik atau jika bukti spesifik tidak ada, berdasarkan bukti radiologi, klinis, histologi, atau laboratorium.

Perusahaan akan melakukan penilaian atas Diagnosa berdasarkan pada bukti medis atau bukti tambahan lainnya yang diserahkan kepada Perusahaan. Jika terjadi perselisihan atau perbedaan pendapat mengenai tanda-tanda atau gejala-gejala suatu Penyakit dan bukti-buktinya diantara Dokter dan Tertanggung, Perusahaan akan menyesuaikan dan mengikuti pendapat profesional dari Dokter lain yang independen yang ditunjuk oleh Perusahaan.

7. **"Dokter"** berarti setiap orang yang diakui dengan gelar dalam ilmu pengobatan barat dan memiliki wewenang sah untuk memberikan pelayanan medis barat di dalam wilayah pekerjaannya, dengan pengecualian seorang dokter tersebut bukan merupakan Tertanggung atau Pemilik Polis itu sendiri, agen dari Tertanggung atau Pemilik Polis, rekan bisnis, pemberi kerja atau karyawan dari Tertanggung atau Pemilik Polis atau anggota keluarga langsung dari Tertanggung atau Pemilik Polis atau hubungan yang serupa dengan Tertanggung atau Pemilik Polis.
8. **"Operasi"** berarti rangkaian tindakan medis untuk mengobati penyakit atau cedera dengan petunjuk pelaksanaan dan instrumen operasi dengan sayatan.
9. **"Aktivitas Sehari-hari"** meliputi kegiatan di bawah ini:
 - (a) **Transfer:**
Duduk dan berdiri dari sebuah kursi tanpa memerlukan bantuan fisik dari orang lain.
 - (b) **Mobilitas:**
Kemampuan untuk berpindah dari ruangan ke ruangan lain tanpa memerlukan bantuan fisik dari orang lain.
 - (c) **Berpakaian:**
Mengenakan dan menanggalkan semua bentuk pakaian tanpa memerlukan bantuan orang lain.
 - (d) **Mandi/Membasuh:**
Kemampuan untuk membasuh di dalam kamar mandi atau menggunakan pancuran (termasuk masuk atau keluar kamar mandi atau pancuran) atau membasuh dalam arti lainnya.
 - (e) **Makan:**
Semua kegiatan memasukkan makanan ke dalam tubuh ketika makanan sudah disiapkan.
 - (f) **Ke kamar kecil:**
Kemampuan untuk menggunakan kamar kecil.

10. **"Rawat Inap"** berarti tinggal di Rumah Sakit secara berkelanjutan sekurang-kurangnya enam (6) jam atas dasar saran dari Dokter dan yang dapat dibuktikan dengan tagihan kamar yang diterbitkan secara sah oleh Rumah Sakit. Lama perawatan minimal ini tidak berlaku jika (i) perawatan tersebut berhubungan dengan Pembedahan tanpa rawat inap atau (ii) Rumah Sakit membebaskan tagihan kamar atas Tertanggung.
11. **"Penyakit Kritis"** berarti 5 (lima) penyakit yang ter-Diagnosa pertama kali lebih dari 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari setelah Tanggal Dikeluarkannya Polis atau tanggal terakhir pemulihan Polis, yang mana yang kemudian, dan meliputi Diagnosa penyakit-penyakit atau pelaksanaan Operasi yang disebutkan dalam Ketentuan III Bagian B angka 3 Polis.
12. **"Keadaan Yang Telah Diderita Sebelumnya"** berarti suatu kondisi fisik, medis atau mental atau suatu penyakit:
 - a. yang telah ada;
 - b. yang telah diinvestigasi, diagnosa, dikonsultasikan atau dirawat Dokter atau tidak; atau
 - c. yang tanda-tanda atau gejala-gejalanya baik diketahui Tertanggung ataupun tidak telah dimulai,
13. **"Kartu Kredit"** berarti kartu kredit yang dimiliki secara sah oleh Pemilik Polis dengan rincian yang disebutkan dalam rekaman pembicaraan, dimana Kartu Kredit tersebut akan digunakan untuk melakukan pembayaran Premi dan penerimaan Manfaat Bonus Tanpa Klaim (No Claim Bonus).
14. **"Masa Pertanggung"** berarti masa berlakunya pertanggung, yaitu sejak Tanggal Dikeluarkannya Polis atau tanggal pemulihan Polis, yang mana yang kemudian, sampai dengan tanggal berakhirnya / batalnya Polis.

B. MANFAAT POLIS

Tunduk pada batasan dan pengecualian yang ditentukan dalam Polis ini, Perusahaan akan memberikan Manfaat Polis kepada Tertanggung dengan rincian sebagai berikut:

1. Manfaat Kematian Karena Sakit

Apabila dalam Masa Pertanggung, Tertanggung meninggal dunia karena Penyakit, maka Perusahaan akan membayarkan Uang Pertanggung dengan nilai sebesar yang ditentukan dalam Lampiran I Polis sesuai dengan prosedur klaim manfaat kematian yang tercantum dalam Ketentuan II Huruf K.

Manfaat kematian ini akan dibayarkan oleh Perusahaan kepada:

- a. Yang Ditunjuk; atau
- b. ahli waris yang sah dari Yang Ditunjuk (apabila Yang Ditunjuk telah meninggal dan Pemilik Polis tidak melakukan perubahan Yang Ditunjuk sebagaimana ditentukan dalam Ketentuan II Huruf L angka 6).

2. Manfaat Kematian Karena Kecelakaan

Apabila dalam Masa Pertanggung, Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan, maka Perusahaan akan membayarkan Uang Pertanggung dengan nilai sebesar yang ditentukan dalam Lampiran I Polis sesuai dengan prosedur klaim manfaat kematian yang tercantum dalam Ketentuan II Huruf K.

Manfaat kematian ini akan dibayarkan oleh Perusahaan kepada:

c. Yang Ditunjuk; atau

d. ahli waris yang sah dari Yang Ditunjuk (apabila Yang Ditunjuk telah meninggal dan Pemilik Polis tidak melakukan perubahan Yang Ditunjuk sebagaimana ditentukan dalam Ketentuan II Huruf L angka 6).

3. Manfaat Penyakit Kritis

Apabila dalam Masa Pertanggungan, Tertanggung mendapatkan Diagnosa atau menjalani Operasi sehubungan dengan salah satu Penyakit Kritis dan tetap hidup dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari setelah mendapatkan Diagnosa atau menjalani Operasi tersebut, maka Perusahaan akan membayar Uang Pertanggungan kepada Tertanggung dengan nilai sebesar yang ditentukan dalam Lampiran I Polis sesuai dengan prosedur klaim yang disebutkan dalam Ketentuan III Bagian C angka 1 Polis ini.

Namun, dalam setiap keadaan, jumlah pertanggungan atas adanya Diagnosa Penyakit Kritis hanya akan dibayarkan 1 (satu) kali walaupun Tertanggung menderita lebih dari 1 (satu) Penyakit Kritis.

Penyakit Kritis yang ditanggung dalam Polis ini adalah sebagai berikut:

a. Stroke

Serangan pertama dari kejadian neurologis akut yang disebabkan perdarahan otak atau subarakhnoid, emboli atau trombosis pembuluh darah otak dimana kondisi-kondisi berikut ini harus dipenuhi:

- (i) Timbulnya defisit neurologis yang akut dan terus-menerus yang akan menjadi permanen dan mengakibatkan ketidakmampuan untuk melakukan sedikitnya 2 (dua) Aktivitas Sehari-hari; dan
- (ii) Hasil pemeriksaan Magnetic Resonance Imaging (MRI), Computerised Tomography (CT-Scan) atau teknik imaging lainnya yang dapat diandalkan, menunjukkan lesi yang konsisten dengan perdarahan emboli atau trombosis yang akut.

Kerusakan otak akibat Kecelakaan, infeksi, vaskulitis atau penyakit inflamasi tidak termasuk dalam definisi ini.

b. Kanker

(i) Tumor Ganas

Timbulnya untuk pertama kali tumor ganas invasif yang sudah dikonfirmasi secara histologis yang menunjukkan penyebaran kejarangan yang berdekatan.

Hal-hal berikut ini merupakan pengecualian:

- Tumor yang dapat disembuhkan hanya dengan prosedur endoskopi saja;
- Tumor yang digolongkan sebagai karsinoma in situ;
- Tumor prostat yang digolongkan sebagai T1 (menurut sistem klasifikasi TNM);
- Karsinoma papiler kelenjar tiroid golongan T1N0M0
- (Sistem Klasifikasi TNM) yang berukuran diameter kurang dari 1 cm;
- Kanker kulit Melanoma Ganas kecuali yang ukuran kedalamannya lebih besar dari 1,5 mm.
- Kanker kulit lainnya;
- Tumor-tumor yang merupakan kekambuhan atau metastasis (penyebaran) dari tumor yang pertama timbul sebelum masa 90

- (Sembilan puluh) hari setelah Tanggal Dikeluarkannya Polis ini, atau tanggal pemulihan Polis ini, mana saja yang kemudian; dan
- Sarkoma Kaposi, dan tumor-tumor lain yang timbul sehubungan dengan adanya infeksi HIV.

(ii) Penyakit Ganas pada Darah dan Sistem Limfatik

Timbulnya untuk yang pertama kali penyakit leukaemia atau limfoma yang sudah dikonfirmasi secara histologis.

Hal-hal berikut ini merupakan pengecualian:

- Leukaemia limfatik kronis;
- Limfoma stadium I; dan
- Leukaemia dan limfoma yang timbul akibat adanya infeksi HIV.

c. Gagal ginjal

Gagal berfungsinya kedua ginjal yang kronis dan tidak dapat pulih kembali sehingga memerlukan dialisis ginjal secara permanen atau transplantasi ginjal.

d. Kegagalan fungsi hati

Penyakit hati tahap akhir yang disebabkan oleh sirosis dan dimana semua kondisi berikut ini dipenuhi:

- (i) Kuning yang permanen;
- (ii) Ascites; dan
- (iii) Sindroma enselofati atau hepatorenal.

e. Operasi Jantung Koroner

Operasi dengan membuka dinding dada, untuk pertama kalinya, untuk melakukan operasi pencangkokkan pembuluh darah arteri (*by-pass*) pada satu atau lebih pembuluh darah arteri jantung karena penyakit pada pembuluh arteri tersebut. Angioplasti (teknik *ballooning*), pemasangan stent (*cincin/ring*), laser atau prosedur intraarterial lainnya tidak termasuk dalam definisi ini.

4. Manfaat Santunan Harian

Apabila dalam Masa Pertanggungjawaban Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit, baik karena Kecelakaan maupun Penyakit, maka Perusahaan akan membayarkan Manfaat Santunan Harian maksimal 30 (tiga puluh) hari dalam 1 (satu) Tahun Polis kepada Tertanggung dengan nilai sebesar yang ditentukan dalam Lampiran I Polis sesuai dengan prosedur klaim yang disebutkan dalam Ketentuan III Bagian C angka 2 Polis ini. Khusus untuk Rawat Inap yang disebabkan oleh penyakit terdapat waktu tunggu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal dikeluarkannya Polis atau tanggal terakhir pemulihan, yang mana yang kemudian.

5. Manfaat Bonus Tanpa Klaim (*No Claim Bonus*)

Apabila tidak ada klaim Manfaat Polis apapun yang diajukan ke Perusahaan dalam 1 (satu) Tahun Polis, maka Perusahaan akan membayarkan Bonus Tanpa Klaim dengan nilai yang disebutkan dalam Lampiran I Polis pada akhir Tahun Polis.

Pembayaran manfaat ini akan dilakukan setiap pertengahan bulan kalender pada akhir Tahun Polis yang bersangkutan atau awal bulan kalender berikutnya, dengan ketentuan hari-hari tersebut merupakan Hari Kerja (tanpa dikenakan bunga).

Perusahaan akan membayarkan manfaat ini secara otomatis tanpa persyaratan klaim apapun melalui Kartu Kredit kepada Pemilik Polis.

C. PROSEDUR KLAIM

1. Manfaat Penyakit Kritis

a. Pemberitahuan Tentang Klaim Manfaat Penyakit Kritis

Pemberitahuan secara tertulis mengenai klaim harus diberikan kepada Perusahaan dalam jangka waktu selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari kalender setelah tanggal adanya Diagnosa Penyakit Kritis atau setelah tanggal Operasi sehubungan dengan Penyakit Kritis.

Pemberitahuan tertulis tersebut dilakukan dengan menyerahkan formulir klaim kepada Perusahaan beserta dokumen-dokumen pendukung yang disebutkan dalam huruf b di bawah ini.

b. Dokumen Pengajuan Klaim Penyakit Kritis

Pengajuan klaim Manfaat Penyakit Kritis harus dilakukan saat Tertanggung masih hidup dan dilengkapi dokumen-dokumen sebagai berikut:

- (i) Form Klaim 1 yang diisi dan ditandatangani oleh yang mengajukan klaim.
- (ii) Form Klaim 2 diisi lengkap dan ditandatangani oleh dokter yang merawat Tertanggung dilengkapi dengan cap basah Rumah Sakit
- (iii) Bukti identitas diri yang terbaru dan masih berlaku dari Tertanggung.
- (iv) Bukti identitas diri yang terbaru dan masih berlaku dari orang yang mengajukan klaim.
- (v) Salinan hasil pemeriksaan medis yang berhubungan dengan diagnosis atau operasi sehubungan dengan Penyakit Kritis.

c. Pengajuan Dokumen

Dokumen-dokumen pendukung yang membuktikan adanya Diagnosa atau Operasi sehubungan dengan Penyakit Kritis yang dialami oleh Tertanggung harus diserahkan kepada Perusahaan dalam jangka waktu selambat-lambatnya 180 (seratus delapan puluh) hari kalender setelah tanggal adanya Diagnosa Penyakit Kritis atau setelah tanggal Operasi sehubungan dengan Penyakit Kritis.

d. Pemeriksaan Medis

Apabila diperlukan investigasi lanjutan, Perusahaan berhak melakukan pemeriksaan medis atas Tertanggung, sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.

e. Dokumen Tambahan

Dalam hal diperlukan investigasi lanjutan, Perusahaan berhak meminta dokumen-dokumen pendukung tambahan yang diperlukan untuk membuktikan klaim.

2. Manfaat Santunan Harian

a. Pemberitahuan Tentang Klaim Manfaat Santunan Harian

Pemberitahuan secara tertulis mengenai klaim harus diberikan kepada Perusahaan dalam jangka waktu selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal dimulainya Rawat Inap.

Pemberitahuan tertulis tersebut dilakukan dengan menyerahkan formulir klaim kepada Perusahaan beserta dokumen-dokumen pendukung yang disebutkan dalam huruf b di bawah ini.

b. Dokumen Pengajuan Klaim Santunan Harian

Pengajuan klaim Manfaat Santunan Harian dengan dilengkapi dokumen-dokumen sebagai berikut:

- (i) Form Klaim 1 yang diisi dan ditandatangani oleh yang mengajukan klaim.
- (ii) Form Klaim 2 diisi lengkap dan ditandatangani oleh dokter yang merawat Tertanggung dilengkapi dengan cap basah Rumah Sakit.
- (iii) Copy Legalisir Rumah Sakit kuitansi biaya perawatan Rawat Inap.
- (iv) Bukti identitas diri yang terbaru dan masih berlaku dari Tertanggung.
- (v) Bukti identitas diri yang terbaru dan masih berlaku dari orang yang mengajukan klaim.

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

c. Pengajuan Dokumen

Dokumen-dokumen pendukung yang membuktikan adanya Rawat Inap yang dialami oleh Tertanggung harus diserahkan kepada Perusahaan dalam jangka waktu selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal keluar dari Rumah Sakit.

d. Pemeriksaan Medis

Apabila diperlukan investigasi lanjutan, Perusahaan berhak melakukan pemeriksaan medis atas Tertanggung, sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.

e. Dokumen Tambahan

Dalam hal diperlukan investigasi lanjutan, Perusahaan berhak meminta dokumen-dokumen pendukung tambahan yang diperlukan untuk membuktikan klaim.

D. PENGECUALIAN

Perusahaan tidak akan membayarkan Manfaat Polis dalam hal terjadi hal-hal di bawah ini:

1. Pengecualian Manfaat Kematian Karena Penyakit

Manfaat Kematian Karena Penyakit yang disebutkan dalam Ketentuan III Bagian B angka 1 tidak akan diberikan jika kematian disebabkan karena hal yang disebutkan dalam Ketentuan II Bagian D Polis.

2. Pengecualian Manfaat Kematian Karena Kecelakaan

Manfaat Kematian Karena Kecelakaan yang disebutkan dalam Ketentuan III Bagian B

angka 2 di atas tidak akan diberikan jika kematian yang dialami oleh Tertanggung terjadi, baik secara langsung atau tidak langsung, seluruhnya atau sebagian, akibat dari salah satu kejadian-kejadian sebagai berikut:

- a. Akibat perang, baik diumumkan maupun tidak, serangan musuh, perang saudara, pemberontakan, revolusi, pemberontakan terhadap pemerintah, atau tindakan apapun yang bersifat perang;
- b. Akibat pelanggaran hukum atau percobaan pelanggaran hukum, atau perlawanan terhadap penahanan;
- c. Akibat dari huru-hara dan kerusuhan massa;
- d. Akibat dari Tertanggung melakukan atau ambil bagian dalam angkatan bersenjata di laut, darat maupun udara atau operasi dari suatu negara atau badan internasional, dalam keadaan damai maupun perang, dan bila demikian maka Perusahaan akan mengembalikan premi pro-rata untuk periode tersebut;
- e. Akibat dari bunuh diri atau percobaan bunuh diri atau 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;
- f. Yang berhubungan dengan perawatan atau bedah gigi, kecuali akibat dari Kecelakaan pada gigi asli (kecuali gigi palsu dan biaya lain yang berhubungan);
- g. Sewaktu Tertanggung baik langsung maupun tidak langsung, dalam perjalanan udara, kecuali sebagai penumpang yang membayar biaya tiket dari suatu pesawat udara pribadi dan/atau komersil yang berizin untuk keperluan ini "Perjalanan Udara" berarti sebagai penumpang naik maupun turun dari pesawat udara;
- h. Dalam hal Tertanggung adalah seorang wanita, yang diakibatkan, seluruhnya atau sebagian, oleh kelahiran atau kehamilan atau keguguran atau komplikasinya meskipun kejadian tersebut mungkin dipercepat atau disebabkan oleh Cedera;
- i. Diakibatkan oleh penyakit apapun;
- j. Akibat dari Tertanggung melakukan olah raga secara professional atau dimana Tertanggung mendapatkan penghasilan atau gaji dari melakukan olah raga tersebut;
- k. Kecelakaan apapun yang berhubungan dengan penyalahgunaan obat-obatan;
- l. Perlombaan adu kecepatan jenis apapun; atau
- m. Keadaan Yang Telah Diderita Sebelumnya.

3. Pengecualian Manfaat Penyakit Kritis

Manfaat Penyakit Kritis yang disebutkan dalam Ketentuan III Bagian B angka 3 di atas tidak akan diberikan jika Diagnosa atau Operasi sehubungan dengan Penyakit Kritis yang dialami oleh Tertanggung terjadi, baik secara langsung atau tidak langsung, seluruhnya atau sebagian, akibat dari salah satu kejadian-kejadian sebagai berikut:

- a. Manfaat atas Polis ini tidak akan dibayarkan bila menurut pendapat Perusahaan penyakit yang timbul merupakan akibat langsung atau tidak langsung dari Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) atau infeksi oleh Human Immuno-

deficiency Virus (HIV). Perusahaan berhak mewajibkan Tertanggung menjalani pemeriksaan darah untuk HIV sebagai syarat sebelum penerimaan suatu klaim.

Untuk tujuan Polis ini, definisi AIDS yang digunakan adalah sama dengan definisi dari World Health Organization yang dikeluarkan pada tahun 1987, atau revisi- revisi selanjutnya dari definisi tersebut yang dibuat oleh World Health Organization; infeksi akan dianggap terjadi bilamana test darah atau test-test lainnya yang berkaitan, menurut pendapat Perusahaan menunjukkan keberadaan Human Immunodeficiency Virus atau adanya Antibodi terhadap virus itu.

- b. Semua kelainan bawaan atau penyakit yang terdapat atau terdiagnosa sebelum Tertanggung berusia tujuh belas (17) tahun.
- c. Semua kondisi kesehatan selain dari Penyakit Kritis yang didefinisikan secara spesifik dalam Polis ini.
- d. Keadaan Yang Telah Diderita Sebelumnya.
- e. Semua Penyakit Kritis yang diakibatkan oleh perbuatan yang melukai diri sendiri.

4. Pengecualian Manfaat Santunan Harian

Manfaat Santunan Harian yang disebutkan dalam Ketentuan III Bagian B angka 4 di atas tidak akan diberikan jika Rawat Inap yang dialami oleh Tertanggung terjadi, baik secara langsung atau tidak langsung, seluruhnya atau sebagian, akibat dari salah satu kejadian-kejadian sebagai berikut:

- a. Semua kelainan bawaan atau Penyakit yang terdapat atau terdiagnosa sebelum Tertanggung berumur tujuh belas (17) tahun;
- b. Keadaan yang diderita sebelumnya berarti (1) suatu kondisi fisik, medis atau mental; dan/atau (2) segala penyakit atau wabah:
 - 1. yang telah ada;
 - 2. yang telah diinvestigasi, diagnosa atau dirawat oleh Praktisi Medis Terdaftar;
 - 3. yang telah di konsultasikan dengan Praktisi Medis Terdaftar; atau
 - 4. Mulai menunjukkan tanda-tanda atau gejala-gejala yang telah dimulai, sebelum Tanggal Dikeluarkannya Polis atau tanggal pemulihan Polis.
- c. Akibat perang, baik diumumkan maupun tidak, serangan musuh, perang saudara, pemberontakan, revolusi, pemberontakan terhadap pemerintah (rebellion), komplotan, atau tindakan-tindakan apapun yang bersifat perang;
- d. Akibat pelanggaran hukum atau percobaan pelanggaran hukum atau perlawanan terhadap penahanan;
- e. Akibat dari huru-hara dan kerusuhan massa;
- f. 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;
- g. Akibat-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;
- h. 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;

- i. 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;
- j. Kehamilan, keguguran atau kelahiran anak, pengobatan kehamilan atau segala komplikasinya atau investigasi, pengobatan atau segala prosedur yang terkait dengan kesuburan, test yang berhubungan dengan keturunan atau konsultasi. Disfungsi seksual atau kemandulan atau perubahan, kontrasepsi, sterilisasi dan segala jenis pemeriksaan reproduksi;
- k. Perawatan atas kecanduan alkohol, atau penyalahgunaan obat-obatan atau komplikasi-komplikasi lain yang diakibatkannya atau Kecelakaan yang berhubungan dengan alkohol;
- l. Gangguan kejiwaan, kelainan-kelainan mental atau saraf atau gangguan-gangguan sulit tidur;
- m. Bedah kosmetik atau plastik atau bedah apapun yang tidak diperlukan secara medis;
- n. Perawatan untuk tuberculosis;
- o. 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;
- p. 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.

E. KARTU KREDIT

1. Kartu Kredit akan digunakan untuk:
 - a. pembayaran Premi sesuai Ketentuan III Bagian H Polis; dan
 - b. menerima Manfaat Bonus Tanpa Klaim (No Claim Bonus).
2. Kartu Kredit yang akan digunakan untuk tujuan tersebut dalam angka 1 di atas adalah Kartu Kredit yang nomor dan masa berlakunya disebutkan oleh Pemilik Polis dalam rekaman pembicaraan. Jika Pemilik Polis hendak mengubah Kartu Kredit yang akan digunakan (termasuk jika kartu sudah tidak aktif / sudah ditutup) maka Pemilik Polis wajib memberikan informasi tertulis kepada Perusahaan dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum tanggal jatuh tempo pembayaran Premi atau tanggal jatuh tempo Manfaat Bonus Tanpa Klaim.
3. Perusahaan tidak bertanggungjawab atas gagalnya pembayaran Premi dan gagalnya pembayaran Manfaat Bonus Tanpa Klaim yang disebabkan karena adanya perubahan Kartu Kredit yang tidak sesuai dengan Ketentuan III Huruf E angka 2 di atas.

F. INDEPENDENSI PEMERIKSAAN

Apabila Pemilik Polis memiliki polis-polis atau kontrak tambahan lain pada Perusahaan, maka Polis ini dianggap berdiri sendiri, terpisah dan bukan merupakan bagian serta tidak berhubungan dengan polis-polis atau kontrak-kontrak tambahan tersebut dalam hal pemeriksaan klaim Tertanggung dan lainnya. Keputusan yang diberikan Perusahaan terhadap Polis Dasar, polis-polis atau kontrak-kontrak tambahan tersebut tidak berkaitan dengan Polis ini. Perusahaan berhak untuk melakukan pemeriksaan kembali atas setiap klaim manfaat atau lainnya yang timbul dari Polis ini.

G. PEMULIHAN POLIS

1. Bila terjadi kelalaian pembayaran Premi karena lewatnya tenggang waktu pembayaran Premi, Polis tersebut masih dapat dipulihkan kembali sampai 45 (empat puluh lima) hari sesudah tanggal wajib bayar dari Premi yang lalai dibayar dengan syarat:

- a. Mengisi Formulir Pemulihan Polis dengan lengkap dan benar.
- b. Menyerahkan pernyataan kesehatan dan/atau pemeriksaan kesehatan atas diri Tertanggung sesuai ketentuan Polis. Pengenaan biaya untuk pernyataan kesehatan dan/atau pemeriksaan kesehatan tersebut (jika ada) adalah atas tanggungan biaya Pemilik Polis.
- c. Menyerahkan bukti identitas diri yang resmi, terbaru dan masih berlaku.
- d. Membayar semua Premi yang jatuh tempo.

Dalam hal diperlukan investigasi lanjutan, Perusahaan berhak meminta bukti atau dokumen tambahan lainnya untuk mendukung permohonan pemulihan Polis tersebut.

Semua dokumen pendukung yang diserahkan kepada Perusahaan adalah atas tanggungan biaya Pemilik Polis.

2. Permohonan pemulihan Polis yang diajukan dapat diterima, ditolak, dikenakan pengecualian pertanggungan ataupun dikenakan tambahan premi, berdasarkan kelengkapan persyaratan, hasil pemeriksaan kesehatan dan ketentuan Polis.

H. KETENTUAN TATA CARA PEMBAYARAN DAN PENERIMAAN PREMI

1. Premi dalam Polis ini dapat dibayarkan secara bulanan atau tahunan sebagaimana disebutkan dalam Halaman Keterangan Polis sesuai pilihan yang ditentukan Pemilik Polis dalam rekaman pembicaraan. Pilihan ini hanya dapat diubah oleh Pemilik Polis pada tanggal Ulang Tahun Polis.
2. Semua Premi harus dibayar kepada Perusahaan dalam jangka waktu yang disebutkan dalam Halaman Keterangan Polis.
3. Perusahaan berhak mengubah tarif Premi pada setiap tanggal Ulang Tahun Polis dengan memberikan pemberitahuan tertulis terlebih dahulu kepada Pemilik Polis.
4. Setiap pembayaran Premi akan dilakukan melalui pemotongan otomatis (auto-debet) Kartu Kredit dan akan dianggap telah diterima oleh Perusahaan jika pembayaran tersebut diterima dengan baik dan dikliring oleh bank penerima serta dikreditkan dalam rekening Perusahaan.

5. Apabila pemotongan otomatis (auto-debet) Kartu Kredit tidak dapat dilaksanakan karena Kartu Kredit dalam kondisi tidak aktif / sudah ditutup maka akan dianggap sebagai kelalaian pembayaran Premi. Dalam hal demikian, Pemilik Polis akan menanggung setiap konsekuensi yang timbul karena tidak terbayarnya Premi tersebut, termasuk tetapi tidak terbatas pada tidak dibayarkannya Manfaat Polis.
6. Sesudah pembayaran Premi pertama, kegagalan untuk membayar Premi selanjutnya dalam batas waktu pembayaran Premi dalam Halaman Keterangan Polis akan dianggap sebagai kelalaian pembayaran Premi.
7. Tenggang waktu 31 (tiga puluh satu) hari sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi, diberikan untuk pembayaran Premi sesudah Premi pertama, dimana selama tenggang waktu tersebut Polis ini masih tetap berlaku. Jika suatu Premi tetap belum dibayar pada akhir tenggang waktu tersebut, maka Polis menjadi berakhir pada akhir tenggang waktu tersebut.

I. PERNYATAAN YANG SALAH

Pernyataan dan fakta yang salah yang diberikan dalam rekaman pembicaraan yang berkaitan dengan Polis dapat menyebabkan Tertanggung menjadi tidak dapat diasuransikan berdasarkan Polis ini. Dalam hal demikian, maka (i) Polis ini akan dianggap batal dan (ii) Perusahaan akan mengembalikan Premi yang telah diterima oleh Perusahaan (tanpa tambahan bunga) kepada Pemilik Polis atau ahli waris Pemilik Polis yang sah menurut hukum (dalam hal Pemilik Polis telah meninggal) setelah dikurangi biaya atau hutang (jika ada).

J. TAK DAPAT DIBANTAH

Ketentuan mengenai Tak Dapat Dibantah yang disebutkan dalam Ketentuan II Bagian C hanya berlaku untuk Manfaat Kematian Karena Sakit yang disebutkan dalam Ketentuan III Bagian B angka 1 dan tidak berlaku untuk Manfaat Polis lainnya.

K. PEMBAHARUAN POLIS

Sepanjang Perusahaan telah menerima pembayaran Premi sesuai dengan ketentuan Polis, Polis ini berlaku sampai dengan Tanggal Jatuh Tempo dan dapat diperbaharui pada tanggal Ulang Tahun Polis sebelum Tertanggung berusia 65 (enam puluh lima) tahun (menggunakan metode ulang tahun terakhir) dari suatu jangka waktu ke jangka waktu selanjutnya dengan kewajiban pembayaran Premi terlebih dahulu sesuai dengan tarif yang berlaku pada waktu pembaharuan sebagaimana diinformasikan terlebih dahulu oleh Perusahaan kepada Pemilik Polis.

L. BERAKHIRNYA POLIS

1. Tanpa mengesampingkan kondisi pengakhiran yang diatur dalam ketentuan lain pada Polis ini, Polis ini akan berakhir secara otomatis pada saat terjadinya salah satu peristiwa dari kejadian di bawah ini:
 - a. Salah satu Manfaat Kematian Karena Sakit, Manfaat Kematian Karena Kecelakaan atau Manfaat Penyakit Kritis telah dibayarkan;
 - b. Pemilik Polis mengakhiri Polis ini dengan memberikan pemberitahuan tertulis sebelumnya 31 (tiga puluh satu) hari kalender sebelumnya kepada Perusahaan. Dalam hal demikian, Perusahaan tidak akan melakukan pengembalian Premi yang telah dibayarkan;
 - c. Jika Perusahaan menolak untuk memperbaharui Polis karena alasan kesehatan / kondisi medis Tertanggung, maka Polis akan berakhir pada Tanggal Jatuh Tempo. Dalam hal ini, Perusahaan akan mengirimkan pemberitahuan tertulis mengenai

hal tersebut sebelum Tanggal Jatuh Tempo dari waktu ke waktu kepada Pemilik Polis.;

- d. Pada tanggal Ulang Tahun Polis dimana Tertanggung berusia 65 (enam puluh lima) tahun (menggunakan metode ulang tahun terakhir);
 - e. Tertanggung meninggal dunia; atau
 - f. Adanya kelalaian pembayaran Premi sesuai dengan Ketentuan III Bagian H angka 7 Polis ini mengenai Ketentuan Tatacara Pembayaran dan Penerimaan Premi.
2. Berakhirnya Polis ini tidak akan mempengaruhi klaim apapun yang terjadi sebelum tanggal Polis ini berakhir kecuali jika disebutkan sebaliknya.
 3. Pembayaran Premi kepada Perusahaan sesudah berakhirnya Polis tidak memberikan kewajiban pertanggunganaan apapun kepada Perusahaan kecuali kewajiban pengembalian Premi tersebut, tanpa pengenaan bunga apapun.

**Lampiran I
Manfaat Polis**

No.	Manfaat Polis	Nilai
1	Manfaat Kematian Karena Sakit	75 kali Premi bulanan*)
2	Manfaat Kematian Karena Kecelakaan	
3	Manfaat Penyakit Kritis	
4	Manfaat Santunan Harian (Maks. 30 hari dalam Tahun Polis) **)	3 kali Premi bulanan*)
5	Manfaat Bonus Tanpa Klaim (No Claim Bonus)	10% Premi setahun

Catatan:

- *) Untuk metode pembayaran Premi secara tahunan adalah nilai Premi bulanan yang disebutkan dalam Halaman Keterangan Polis dikali 12.
- **) Dalam keadaan apapun, jumlah maksimal Manfaat Santunan Harian yang akan dibayarkan oleh Perusahaan adalah Rp. 1.500.000,00 (satu juta lima ratus ribu Rupiah) per hari, termasuk jika Tertanggung diasuransikan pada lebih dari 1 (satu) polis pada Perusahaan Perusahaan yang memiliki Manfaat Santunan Harian sejenis. Dalam hal demikian, tidak ada pengembalian Premi yang akan dilakukan kepada Pemilik Polis.