

## KETENTUAN UMUM POLIS ASURANSI KESEHATAN *PROTECTO HEALTH CARE*

### PASAL 1 PENGERTIAN

Yang dimaksud dalam Ketentuan Umum Polis ini dengan :

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penanggung : Perseroan Terbatas Asuransi Jiwa Kresna.</li> <li>2. Pemegang Polis : Orang atau Badan Hukum yang mengadakan pertanggungan dengan Penanggung.</li> <li>3. Pertanggungan : Perjanjian tanggung-menanggung antara Penanggung dengan Pemegang Polis.</li> <li>4. Tertanggung : Orang yang atas jiwanya diadakan pertanggungan.</li> <li>5. Penerima Manfaat : Orang atau Badan Hukum yang ditunjuk menerima uang pertanggungan sebagaimana tercantum dalam Polis.</li> <li>6. Peserta : Tertanggung yang telah disetujui oleh Penanggung dan memiliki kartu peserta yang diterbitkan Penanggung.</li> <li>7. Peserta Tambahan : Peserta yang kepesertaannya dimulai tidak pada awal Tahun Polis.</li> <li>8. Tanggungan : Satu orang suami atau istri dan anak sah dari Peserta dan telah didaftarkan oleh Pemegang Polis dan disetujui oleh Penanggung.</li> <li>9. Polis : Suatu akta atau dokumen dan lampiran-lampirannya yang diterbitkan oleh Penanggung dan semua keterangan yang diberikan oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung yang merupakan perjanjian antara Penanggung dengan Pemegang Polis dan semua endorsement, perubahan serta ketentuan tambahan dikemudian hari (jika ada) sebagaimana disepakati oleh Pemegang Polis dan Penanggung, merupakan satu kesatuan dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis</li> <li>10. <i>Adendum</i> : Dokumen yang berisi persetujuan perubahan Polis.</li> <li>11. Uang Pertanggungan : Sejumlah uang yang dipertanggungkan oleh Pemegang Polis atas jiwa Tertanggung yang tercantum dalam Polis yang diperjanjikan antara Penanggung dengan Pemegang Polis.</li> <li>12. Manfaat Asuransi : Jenis-jenis dan besarnya manfaat asuransi sebagaimana tercantum dalam Polis.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Tabel Manfaat/Jaminan : Tabel yang berisi batasan maksimum perawatan Rumah Sakit dan pembedahan yang dapat diberikan dalam jumlah dan jangka waktu tertentu.</li> <li>12. Masa Asuransi : Jangka waktu perlindungan asuransi, yang dimulai sejak tanggal berlakunya Polis sampai dengan tanggal berakhirnya Polis.</li> <li>13. Tahun Polis : Kurun waktu antara satu ulang tahun Polis dengan ulang tahun Polis berikutnya, yang perhitungannya dimulai dari tanggal berlakunya Polis.</li> <li>14. Premi : Sejumlah uang yang wajib dibayar oleh Pemegang Polis dengan cara yang ditentukan dalam Polis dan menjadi salah satu syarat berlakunya pertanggungan.</li> <li>15. Premi Perpanjangan Polis : Premi yang dibayarkan pada saat perpanjangan Polis.</li> <li>16. Kartu Peserta : Tanda kepesertaan dan Sertifikat Peserta yang diterbitkan oleh Penanggung bagi setiap Peserta.</li> <li>17. Kelebihan Klaim (<i>Excess Claim</i>) : Sejumlah uang kelebihan atas pengeluaran Biaya pemeriksaan/perawatan kesehatan dari jumlah maksimum manfaat yang berlaku atas seorang Peserta/Tanggungan atau sejumlah Biaya Pelayanan Kesehatan yang tidak termasuk dijamin oleh Penanggung sesuai dengan ketentuan Polis.</li> <li>18. Penggantian Biaya/ (<i>Reimbursement</i>) : Sejumlah uang penggantian atas biaya pemeriksaan /perawatan yang telah dikeluarkan oleh Peserta atau Pemegang Polis yang diajukan kepada Penanggung.</li> <li>19. Surat Jaminan : Surat yang diterbitkan oleh Penanggung kepada Rekanan/Provider yang memberikan jaminan pembayaran biaya pemeriksaan/perawatan.</li> <li>20. Surat Pernyataan Pasien : Surat yang berisi pernyataan kesanggupan dari Peserta atau Pemegang Polis untuk membayar biaya-biaya kelebihan klaim.</li> <li>21. Kecelakaan : Peristiwa yang kejadiannya secara tiba-tiba yang tidak terduga sebelumnya, datang dari luar, bersifat keras dan tidak dikehendaki serta tidak ada unsur kesengajaan sebagai penyebab langsung dan utama dari Cidera Tubuh atau</li> </ol> |
|--|--|

|     |                    |  |     |  |  |
|-----|--------------------|--|-----|--|--|
| 22. | Per Penyakit       | : Kematian.<br>Yang dimaksud dengan Per Penyakit adalah batas maksimum jaminan biaya pemeriksaan/perawatan atas suatu jenis penyakit dalam satu Masa Kontrak Pertanggungan.  | 30. | <i>Pre Existing Condition</i>          | : Suatu kondisi medis apapun yang telah didiagnosa atau yang membutuhkan perawatan medis sebelum tanggal masuk asuransi meskipun perawatan belum dilakukan. Dalam masa <i>pre existing condition</i> Penanggung tidak wajib membayar klaim pertanggungan asuransi. |
| 23. | Per Kejadian       | : Yang dimaksud dengan Per Kejadian adalah batas maksimum jaminan biaya perawatan atas suatu jenis penyakit. Jika Peserta/Tertanggung telah dinyatakan sembuh dan apabila 30 (tiga puluh) hari kalender berikutnya atau lebih yang bersangkutan dirawat kembali dengan penyakit yang sama maka perawatan tersebut dianggap sebagai kejadian yang berbeda. Ketentuan ini tidak berlaku untuk jenis penyakit menahun atau penyakit kritis. | 31. | <i>Waiting Period</i>                  | : <i>Waiting Period</i> atau Masa Tunggu adalah tenggang waktu yang ditetapkan oleh Penanggung untuk mulai berlakunya pertanggungan yang dihitung sejak awal kontrak pertanggungan.  |
| 24. | Tenaga Medis       | : Dokter, Dokter Spesialis, lulusan pendidikan kedokteran didalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah setempat dan memiliki ijin praktek dikeluarkan oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI) akan tetapi tidak boleh merangkap sebagai Tertanggung dan bukan sebagai kerabat Tertanggung, agen asuransi, rekan kerja atau anggota keluarga Tertanggung, kecuali telah mendapatkan persetujuan sebelumnya dari Penanggung.       | 32. | Masa Leluasa                           | : Tenggang waktu yang ditetapkan oleh Penanggung untuk pembayaran premi.   |
| 25. | Dokter/Dokter Umum | : Seorang yang mempunyai kualifikasi, bergelar dokter medis, mempunyai ijin praktek atau terdaftar untuk melakukan praktek kedokteran dalam wilayah layanan kesehatannya.  | 33. | <i>Contestable Period</i>              | : Masa selama 3 (tiga) tahun pertama sejak polis diterbitkan, dimana Penanggung berhak membatalkan polis yang berlaku bila ditemukan Pemegang Polis/Tertanggung memberikan keterangan yang tidak benar dalam permintaan pertanggungan polis asuransi.              |
| 26. | Dokter Spesialis   | : Dokter yang telah mendalami keahlian dibidang ilmu kedokteran tertentu yang secara umum dikenal dalam profesi kedokteran sebagai dokter ahli dalam bidang kedokteran tertentu.   | 34. | Keadaan Darurat/Gawat Darurat          | : Suatu kondisi yang menurut Dokter memerlukan penanganan medis darurat secara serius yang membutuhkan tindakan pengobatan atau perawatan secepatnya untuk menghindari terjadinya kematian atau cacat serius pada Peserta dalam jangka pendek maupun panjang.      |
| 27. | Perawat Pribadi    | : Seseorang yang memiliki kualifikasi dan berijazah sebagai juru rawat menurut ilmu keperawatan, terdaftar untuk merawat pasien di Rumah Sakit dan direkomendasikan oleh Dokter yang memeriksa/merawat.  | 35. | Perawatan Medis Yang Diperlukan        | : Pemeriksaan atau tindakan yang diperlukan untuk penyembuhan penyakit yang diderita Peserta/Tertanggung.  |
| 28. | Obat-obatan        | : Obat-obat yang dibeli di Apotik atau Rumah Sakit berdasarkan resep Dokter sesuai diagnosa penyakit.  | 36. | Penyakit Bawaan                        | : Kelainan bawaan atau kelainan medis yang terdapat pada seseorang ketika dilahirkan.  |
| 29. | Biaya Yang Wajar   | : Biaya Pemeriksaan/Perawatan yang dipertimbangkan oleh Penanggung sebagai wajar dan biasa sepanjang tidak melebihi tingkat biaya yang umum.   | 37. | Melahirkan Normal                      | : Proses keluarnya janin yang lahir secara normal dan spontan ( <i>pervaginam</i> ).   |
|     |                    |  | 38. | Melahirkan Operasi                     | : Proses keluarnya janin dengan operasi ( <i>section caesaria</i> ) di atas umur kehamilan 180 (seratus delapan puluh) hari.   |
|     |                    |  | 39. | Pengguguran Kandungan / <i>Abortus</i> | : Proses pengeluaran janin belum cukup bulan (<180 hari) yang disebabkan oleh hal-hal tertentu dan bukan atas kemauan pasien tetapi atas indikasi medis.   |
|     |                    |  | 40. | Ko-Asuransi                            | : Bagian dari biaya yang sebenarnya dikeluarkan Peserta untuk manfaat pertanggungan yang layak dibayarkan, yang menjadi tanggungan Peserta.  |
|     |                    |  | 41. | Perawatan Gigi                         | : Perawatan dan pengobatan gigi yang dilakukan oleh Dokter Gigi.   |
|     |                    |  | 42. | Kacamata                               | : Lensa Kacamata, Lensa Kontak dan Bingkai Kacamata yang   |

- bertujuan untuk membantu fungsi penglihatan.
43. Surat Rujukan : Surat yang diterbitkan oleh Dokter Umum untuk memperoleh diagnosa perawatan, dan/atau pengobatan dari Dokter Spesialis yang ditunjuk oleh Dokter Umum.
44. Provider/Rekanaan : Rumah Sakit, Poli Klinik, Apotik, Optik, dan Dokter yang telah mempunyai kerjasama dengan Penanggung.

## PASAL 2 DASAR PERTANGGUNGAN

1. Yang bermaksud mengadakan perjanjian pertanggungan kesehatan diwajibkan mengisi dan menandatangani dengan lengkap dan benar, seluruh formulir yang berkaitan dengan permintaan pertanggungan kesehatan yang telah disediakan oleh Penanggung. Apabila diperlukan lebih lanjut, Penanggung berhak untuk meminta data tambahan lainnya.
  2. Semua keterangan yang dicantumkan dalam pernyataan tertulis lainnya, data dan pernyataan yang disampaikan Pemegang Polis/Tertanggung merupakan tanggung jawab masing-masing Pemegang Polis/Tertanggung dan merupakan dasar dari perjanjian pertanggungan ini dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
  3. Pemegang Polis/Tertanggung wajib menyediakan semua informasi, keterangan, data yang diperlukan dalam rangka penerbitan Polis dan/atau proses penyelesaian klaim, jika kemudian ternyata informasi, keterangan, data tidak benar dan/atau palsu maka Penanggung berhak sepenuhnya untuk membatalkan Polis dan/atau menolak pembayaran klaim tanpa kewajiban membayar apapun.
  4. Apabila setelah Polis diterima dan ternyata ditemukan kekeliruan didalamnya, maka Pemegang Polis dan/atau Penanggung berkewajiban untuk memberitahukan secara tertulis dengan segera kepada masing-masing pihak untuk diadakan perubahan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
  5. Polis ini memberikan pertanggungan selama 24 (dua puluh empat) jam per hari dan berlaku di seluruh dunia.
6. Penggunaan manfaat asuransi tidak dapat diberikan kepada pihak lain kecuali Tertanggung sendiri.
  7. Peserta akan menerima penggantian untuk biaya sampai dengan batas sebagaimana tercantum dalam daftar manfaat dan daftar pembedahan. Untuk operasi pembedahan yang tidak tercantum dalam daftar pembedahan, penggantian akan didasarkan pada suatu skala yang setingkat dengan operasi-operasi pembedahan yang tercantum dalam daftar pembedahan.
  8. Penanggung akan mengganti biaya perawatan yang dilakukan di Luar Negeri (*Reimbursement*) dengan memperhitungkan biaya yang telah dibayar oleh Penanggung lain dan kurs yang digunakan adalah kurs tengah Bank Indonesia pada saat perawatan dilaksanakan atau pada saat pembayaran klaim dilakukan yang mana yang lebih rendah.
  9. Apabila Pemegang Polis berhak atas penggantian dari pihak ketiga lainnya untuk biaya-biaya medis yang dibebankan atas klaim apapun, maka Penanggung berhak untuk mengurangi manfaat yang dibayar sesuai dengan jumlah yang berasal dari sumber-sumber lainnya itu.
  10. Apabila pengajuan klaim secara ganti rugi (*reimbursement*) disampaikan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung dan melebihi waktu 30 (tiga puluh) hari kalender untuk rawat jalan, rawat gigi, kontrol kehamilan dan kacamata, terhitung sejak Peserta meninggalkan Rumah Sakit, maka Penanggung berhak menolak pengajuan klaim tersebut.
  11. Apabila pengajuan klaim secara ganti rugi (*reimbursement*) disampaikan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung dan melebihi waktu 60 (enam puluh) hari kalender untuk rawat inap dan melahirkan, terhitung sejak Peserta meninggalkan Rumah Sakit, maka Penanggung berhak menolak pengajuan klaim tersebut.

## PASAL 4 KEPESERTAAN

1. Hanya biaya medis yang wajar dan lazim yang dibebankan selama Masa Perawatan akan ditanggung dan sesuai dengan diagnosa, dengan ketentuan bahwa Masa Perawatan tersebut dimulai setelah berlakunya kepesertaan dan sebelum berakhirnya kepesertaan Peserta.
  2. Jenis pemeriksaan atau perawatan kesehatan yang ditanggung (jenis jaminan) adalah sesuai dengan yang tertera di dalam Polis dan/atau Sertifikat Asuransi.
  3. Besar manfaat/jaminan adalah sesuai dengan kelas atau golongan sebagaimana ditetapkan dalam polis atau lampiran daftar manfaat (daftar benefit) yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis.
  4. Peserta tidak dapat menggunakan kelas kamar yang lebih tinggi dari haknya kecuali atas persetujuan Penanggung.
  5. Pemegang Polis dapat melakukan perubahan kelas kamar dan/atau manfaat Pertanggungan apabila Peserta mendapatkan Promosi dan perubahan manfaat harus atas persetujuan Penanggung.
1. Yang dapat diikutsertakan dalam asuransi kesehatan adalah Karyawan dan anggota keluarga dan Anggota dari organisasi yang berbadan hukum sah.
  2. Jumlah Peserta yang harus diikutsertakan dalam pertanggungan asuransi kesehatan minimum 80% (delapan puluh persen) dari total Karyawan/Anggota.
  3. Syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh Calon Peserta/Tertanggung adalah sebagai berikut :
    - a. Karyawan atau Anggota yang dapat diikutsertakan dalam pertanggungan adalah yang berstatus aktif pada Pemegang Polis dan **dalam keadaan sehat jasmani dan rohani serta tidak dalam perawatan dokter**, pada tanggal dimana mereka dapat ikut serta dalam program ini;
    - b. Karyawan atau Anggota yang dapat diikutsertakan dalam pertanggungan berusia minimal 18 (delapan belas) tahun dan maksimum 65 (enam puluh lima) tahun saat pertanggungan dimulai;
    - c. Suami atau Istri yang dapat diikutsertakan dalam pertanggungan dalam polis ini adalah suami atau istri yang sah menurut hukum dan dalam keadaan sehat jasmani dan rohani saat pertanggungan dimulai.
    - d. Anak yang dapat diikutsertakan dalam pertanggungan ini adalah anak kandung, anak tiri atau anak angkat yang sah menurut hukum dan berusia sekurang-kurangnya 15 (lima belas) hari saat pertama kali didaftarkan sebagai peserta dan maksimum 18 (delapan belas) tahun, kecuali dapat dibuktikan bahwa masih dalam pendidikan, belum menikah,

belum bekerja dan masih menjadi tanggungan Anggota, maka batasan umurnya adalah 23 (dua puluh tiga) tahun untuk polis pertanggungan baru maupun polis perpanjangan kontrak, dan dalam keadaan sehat jasmani dan rohani saat pertanggungan dimulai; dan

- e. Jika seorang Calon Peserta diharuskan dirawat di Rumah Sakit atau sedang dalam cuti sakit pada tanggal diikutsertakan sebagai Peserta, maka tanggal ikut serta akan ditunda sampai tanggal Calon Peserta tersebut sehat dan aktif kembali bekerja.
4. Usia Peserta dihitung pada hari ulang tahun yang terdekat dengan ketentuan lebih dari 6 (enam) bulan dibulatkan ke atas.
5. Untuk asuransi melahirkan (*maternity*) maka semua Peserta wanita harus diikutsertakan. Dalam hal tidak semua Peserta Wanita tidak diikutsertakan dalam asuransi melahirkan maka Pemegang Polis harus melaporkan terlebih dahulu kepada Penanggung secara tertulis.
6. Kepada setiap Peserta/Tertanggung diberikan tanda kepesertaan berupa Kartu Peserta yang diterbitkan oleh PT Asuransi Jiwa Kresna.
7. Kartu Peserta untuk setiap Peserta yang mengundurkan diri atau asuransinya dibatalkan harus segera dikembalikan kepada Penanggung.
8. Apabila Kartu Peserta hilang, maka Pemegang Polis bertanggung jawab atas setiap biaya yang timbul untuk pembuatan Kartu Peserta yang baru dan atas penggunaan Kartu Peserta yang tidak dikembalikan kepada Penanggung pada saat berakhirnya Masa Pertanggungan.
9. Atas setiap pembuatan Kartu Peserta pengganti akan dibebankan kepada Pemegang Polis sebesar Rp. 30.000,- (tiga puluh ribu Rupiah) per kartu.

#### **PASAL 5 SYARAT PENGAJUAN CALON PESERTA/TERTANGGUNG**

1. Pemegang Polis wajib menyerahkan kepada Penanggung semua keterangan serta data yang diperlukan sebagai dasar pertanggungan. Penanggung atau seseorang yang ditunjuk olehnya mempunyai hak untuk memeriksa kebenaran keterangan/data tersebut.
2. Apabila segala keterangan/data yang diberikan sebagai dasar pertanggungan tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya, Penanggung berhak untuk:
  - a. Membatalkan pertanggungan;
  - b. Mengadakan penyesuaian sesuai dengan data yang benar, termasuk tarif premi dan Manfaat Pertanggungan.
3. Pemegang Polis dapat mengajukan tambahan atau pengurangan Peserta selama Polis masih berlaku, Penambahan Peserta baru harus memenuhi syarat kepesertaan yang disebutkan dalam Polis ini dan dilaporkan sebelum masa berlakunya kepesertaan (tanggal efektif kepesertaan) dan telah disetujui oleh Penanggung. Data penambahan atau pengurangan Peserta harus disampaikan secara tertulis kepada Penanggung.
4. Pemegang Polis wajib menyerahkan kepada Penanggung semua informasi dan catatan untuk kelengkapan administrasi Polis, termasuk tetapi tidak terbatas pada:
  - a. Data setiap Peserta baru,

- b. Daftar nama dan tanggal berakhirnya setiap Kepesertaan, dan
- c. Perubahan-perubahan dalam tingkat Manfaat Pertanggungan setiap Peserta.
5. Penanggung berhak sepenuhnya menolak pengajuan pertanggungan calon Peserta (baik peserta baru maupun renewal) tanpa harus menyatakan alasan penolakan tersebut. Penolakan kepesertaan akan disampaikan secara tertulis kepada Pemegang Polis.

#### **PASAL 6**

#### **BERLAKU DAN BERAKHIRNYA PERTANGGUNGAN**

1. Polis dinyatakan mulai berlaku sejak Tanggal Berlaku Polis yang tercantum dalam Data Polis dan Premi pertama telah dibayar lunas.
2. Untuk Peserta/Tertanggung tambahan pertanggungan berlaku sejak Kartu Peserta diterbitkan dan premi telah dibayar lunas.
3. Manfaat Pertanggungan untuk Peserta berlaku efektif sejak tanggal kepesertaan.
4. Apabila Peserta tidak bekerja aktif melakukan tugas biasa dalam pekerjaannya pada tanggal kepesertaan, tanggal berlakunya pertanggungan akan ditunda sampai Peserta yang bersangkutan bekerja aktif kembali.
5. Apabila Peserta dirawat di Rumah Sakit pada tanggal kepesertaan, tanggal berlakunya pertanggungan akan ditunda sampai Peserta tersebut tidak lagi menjalani perawatan di Rumah Sakit.
6. Masa Pertanggungan adalah 1 (satu) tahun, dengan memperhatikan ketentuan Pasal 1 (satu) Ketentuan Umum Polis ini mengenai Istilah Masa Pertanggungan.
7. Pertanggungan secara otomatis akan berakhir apabila salah satu hal yang disebutkan di bawah ini terjadi terlebih dahulu:
  - a. Polis diakhiri/dibatalkan oleh Pemegang Polis;
  - b. Masa leluasa berakhir; dan
  - c. Masa Pertanggungan berakhir.
8. Polis dapat dibatalkan oleh Penanggung berdasarkan salah satu alasan di bawah ini:
  - a. Syarat Kepesertaan berada di bawah jumlah minimal yang diperkenankan untuk pertanggungan Polis ini; dan
  - b. Seorang atau salah satu Peserta melakukan tindakan *misrepresentasi* atau pemalsuan dokumen/data atau tindakan lainnya yang dapat merugikan Penanggung.
9. Apabila Peserta/Tertanggung mengundurkan diri sebelum kontrak berakhir dan belum pernah mengalami klaim asuransi maka Penanggung akan mengembalikan premi secara proposional setelah dikurangi dengan biaya dan klaim, yang dihitung dengan rumus:
 
$$\text{Pengembalian premi} = \frac{t}{n} \times (60\% \times \text{Premi})$$

t = Sisa Masa Kontrak (Hari)  
n = Masa Kontrak Asuransi (Hari)
10. Polis dapat diperpanjang untuk 1 (satu) tahun berikutnya atas persetujuan tertulis dari Penanggung dan apabila Polis diperpanjang untuk satu tahun berikutnya, maka jatuh tempo premi berikutnya adalah Ulang Tahun Polis berikutnya.
11. Pemegang Polis dapat mengembalikan Polis selambat-lambatnya dalam tempo 14 (empat belas) hari kalender sejak Polis diterima dan pengembalian pembayaran premi setelah dikurangi dengan biaya administrasi (*cooling off period*).

12. Penanggung memberikan Masa Leluasa (*grace period*) selama 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak tanggal jatuh tempo pembayaran premi (perpanjangan kontrak) kecuali premi pada awal pertanggungan, pertanggungan tidak akan berlaku apabila premi tidak dibayarkan sampai Masa Leluasa berakhir dan pertanggungan secara otomatis menjadi batal. Apabila dalam Masa Leluasa terjadi klaim dan disetujui Penanggung untuk dibayar, hanya akan dibayarkan setelah pemegang polis melunasi pembayaran premi yang tertunggak.
13. Untuk Peserta/Tertanggung tambahan maka pertanggungan akan berlaku efektif setelah premi dibayar oleh Pemegang Polis yang besarnya ditetapkan oleh Penanggung.

## PASAL 7

### KETENTUAN MASA TUNGGU (*PRE EXISTING CONDITION*)

1. Kecuali ditentukan secara khusus dalam polis untuk perawatan atas penyakit yang telah ada dan penyakit kronis sebelum pertanggungan dimulai (*Pre Existing Conditions*) yang memerlukan tindakan lebih lanjut selama 12 (dua belas) bulan pertama sejak seorang Tertanggung memenuhi persyaratan untuk memperoleh santunan-santunan di dalam Polis in maka pertanggungan tidak berlaku sehingga Penanggung tidak wajib membayarkan penggantian biaya perawatan, jika penyakit atau cedera tersebut telah ada baik tanda-tanda maupun gejala-gejalanya, disadari atau tidak disadari oleh Tertanggung. Kondisi-kondisi penyakit yang telah ada sebelumnya adalah:
  - a. Ketidakmampuan (*disabilities*) dan atau sedang menjalani/dalam perawatan karena suatu penyakit yang telah ada atau telah terjadi sebelum tanggal efektif asuransi kesehatan dari peserta yang bersangkutan, dimana telah menunjukkan tanda-tanda atau gejala-gejala yang sudah seharusnya menjadi perhatian dari yang bersangkutan atau menjadi tanggung jawab yang bersangkutan.
  - b. Jenis penyakit atau gejala penyakit yang timbul selama 1 (satu) tahun pertama dari/sejak periode peserta ditanggung oleh asuransi termasuk dalam *Kategori B* adalah sebagai berikut :
    1. Segala jenis *Hernia*.
    2. Segala jenis Tumor dalam tubuh yang tidak tampak dari luar.
    3. *Endometriosis*, terdapatnya jaringan endometrium pada tempat yang abnormal.
    4. *Haemorrhoids*(wasir atau embeien).
    5. *Tonsil* yang sakit dan perlu dioperasi (Operasi amandel).
    6. Keadaan *sinus* yang memerlukan operasi.
    7. Ketidak normalan pada *Nasal Septum* atau *Tubينات* (hidung dan tubinat)
    8. *Hipertroidism* (pembesaran kelenjar Thyroid).
    9. *Cataracts* (katarak, kekeruhan lensa mata).
    10. Segala Jenis *Epilepsy* (termasuk sakit ayan, tipe Gran Mal atau Petit Mal).
    11. Penyakit-penyakit Hati (*Hepatitis*)
    12. Asma (*Asthma*).
    13. *Diabetes Mellitus* (kencing manis).
    14. Penyakit tekanan darah tinggi, Penyakit jantung, Penyakit pembuluh darah.
    15. Gagal ginjal menahun/kronik, Batu pada ginjal, batu pada saluran kemih atau kandung kemih (*Calculii of Kidney,Ureter,Bladder or Urethra*).

## 16. *Prostat*.

- c. Jenis penyakit atau gejala penyakit yang timbul selama 6 (enam) bulan pertama dari/sejak periode peserta ditanggung oleh asuransi termasuk dalam *Kategori A* adalah sebagai berikut :
  1. *Tuberculosis* (TBC).
  2. *Anal Fistulae* (fistula anal).
  3. *Cholecystitis* (radang empedu dan batu empedu).
  4. *Calculii of Kidney* (batu ginjal), *Urethra or Bladder* (saluran kemih atau radang kemih).
  5. *Hypertention* (hipertensi, darah tinggi) atau *Cardio Vascular Diseases* (penyakit-penyakit jantung dan pembuluh darah).
  6. *Gastric* (luka di lambung) atau *Duodenal Ulcer* (usus dua belas jari).
  7. *Hallux Valgus* (jari kaki/tangan berjumlah lebih dari normal).
  8. Tumor/cancer atau benjolan abnormal yang tampak diluar tubuh.
  9. Tukak lambung atau usus 12 jari (*Gastric* atau *Duodenal Ulcer*).
2. Masa Tunggu untuk Manfaat Melahirkan adalah 210 (dua ratus sepuluh) hari sejak didaftarkan oleh perusahaan, kecuali ada ketentuan lain yang disetujui oleh Penanggung.

## PASAL 8

### KETENTUAN RAWAT INAP DAN OPERASI

1. Rawat Inap adalah suatu perawatan medis yang membutuhkan rawat inap di Rumah Sakit atas keputusan medis Dokter yang memeriksa dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. Perawatan di Rumah Sakit dibutuhkan minimum 6 (enam) jam berturut-rurut.
  - b. Semua tindakan pembedahan (termasuk *one day surgery* atau bedah kecil).
2. Penggantian dilakukan untuk biaya-biaya rawat inap yang dibutuhkan secara medis serta wajar akibat suatu penyakit atau kecelakaan atas rekomendasi dokter di Rumah Sakit, **KECUALI** untuk perawatan melahirkan (persalinan) atau keguguran.
3. Jenis-jenis manfaat/benefit yang diberikan untuk satu kejadian dalam program Asuransi Rawat Inap dan Pembedahan adalah sebagai berikut :
  - 1) **Biaya Kamar Rumah Sakit**
    - (a) Biaya kamar termasuk makan dan layanan kamar per hari dibayarkan sejak hari pertama dirawat di Rumah Sakit dan terdaftar sebagai pasien rawat inap dan biaya yang dijamin/ditanggung **tidak melebihi** Biaya Kamar per hari sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat.
    - (b) Peserta tidak dapat menggunakan kelas kamar yang lebih tinggi dari haknya sesuai Table Manfaat. Dalam hal tarif kamar tidak tersedia sesuai hak Peserta maka dapat menggunakan kamar dengan tarif yang lebih tinggi maksimum kenaikan 20% (dua puluh persen) atau Rp.50.000 (lima puluh ribu Rupiah) mana yang lebih kecil.
    - (c) Dalam hal kelas kamar yang menjadi hak Peserta sedang penuh pada saat akan dilaksanakan perawatan inap berdasarkan pernyataan Tertulis dari pihak Rumah Sakit maka Peserta berhak untuk mendapatkan perawatan pada kelas kamar

1(satu) tingkat diatasnya maksimal selama 2x24 jam dan apabila lebih dari waktu tersebut masih belum tersedia maka Peserta harus menggunakan kelas kamar yang lebih rendah atau pindah ke Rumah Sakit lain.

- (d) Apabila Peserta menggunakan kelas kamar yang lebih tinggi dari haknya atas keinginan sendiri maka Peserta harus membayar lebih dahulu biaya perawatannya dan Penanggung akan mengganti biaya pelayanan kesehatan secara proporsional terhadap tarif kamar yang menjadi haknya.
- (e) Lama perawatan yang ditanggung sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat.

## 2) Biaya Kamar Isolasi

- (a) Peserta dapat menggunakan Kamar Isolasi yang terdapat di Rumah Sakit berdasarkan keputusan medis Dokter yang merawat.
- (b) Lama perawatan di Kamar Isolasi yang ditanggung sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat.

## 3) Biaya Unit Perawatan Intensif (HCU / ICU / ICCU)

- (a) Peserta dapat menggunakan HCU/ICU/ICCU yang terdapat di Rumah Sakit berdasarkan keputusan medis Dokter yang merawat.
- (b) Lama perawatan HCU/ICU/ICCU yang ditanggung sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat.

## 4) Biaya Pembedahan

- (a) Termasuk dalam Biaya Pembedahan adalah:
  - i. Biaya Dokter Bedah.
  - ii. Biaya Dokter Anastesi.
  - iii. Biaya Kamar Bedah (termasuk biaya kamar pemulihan, jasa perawat, alat kesehatan dan obat-obatan di kamar bedah).
- (b) Kategori pembedahan adalah :
  - i. **Bedah Kecil adalah** semua tindakan dengan anastesi tanpa risiko tinggi, tidak termasuk biaya sunat. Jenis-jenis operasi kecil sesuai Lampiran Polis.
  - ii. **Bedah Sedang adalah** semua tindakan yang dilakukan dengan *narkose* tanpa risiko tinggi. Jenis-jenis Operasi Sedang sesuai Lampiran Polis.
  - iii. **Bedah Besar adalah** semua tindakan yang dilakukan dengan *narkose* dan mempunyai resiko tinggi. Jenis-jenis Operasi Besar sesuai Lampiran Polis.
  - iv. **Bedah Kompleks adalah** semua tindakan yang dilakukan dengan *narkose* dan pembedahan dua atau lebih jenis penyakit operasi besar sekaligus. Jenis-jenis Operasi Kompleks sesuai Lampiran Polis.

*Jika terjadi pembedahan atas suatu jenis penyakit diluar dari yang disebutkan diatas maka penentuan kategori pembedahan ditentukan oleh PT Asuransi Jiwa Kresna.*

- (c) Biaya pembedahan yang ditanggung sesuai dengan Tabel Manfaat.

## 4. Aneka Biaya Perawatan Rumah Sakit

- (a) Penggantian Aneka Biaya Perawatan Rumah Sakit yang dijamin terdiri atas biaya :
  - i. Biaya Obat.
  - ii. Alat Kesehatan namun tidak termasuk alat bantu prothese.
  - iii. Radiologi.
  - iv. Laboratorium.
  - v. Patologi anatomi.
  - vi. Mikrobiologi.
  - vii. Parasitologi.
- (b) Aneka Biaya Perawatan Rumah Sakit yang dijamin sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat sesuai yang tertera dalam polis dan atau lampiran polis.

## 5. Biaya Kunjungan Dokter yang Merawat

Pengantian biaya pemeriksaan Dokter yang Merawat untuk kunjungan dan pengobatan harian dengan batasan jaminan yang tercantum dalam Tabel Manfaat.

## 6. Biaya Konsultasi Dokter Spesialis

Biaya konsultasi Dokter Spesialis yang ditanggung adalah pemeriksaan Dokter Spesialis atas rekomendasi Dokter yang Merawat dengan batasan jaminan yang tercantum dalam Tabel Manfaat.

## 7. Biaya Sebelum dan Sesudah Rawat Inap

- (a) Biaya sebelum rawat inap yang ditanggung adalah biaya pemeriksaan dan atau gawat darurat sebelum rawat inap. Biaya sesudah rawat inap adalah biaya pemeriksaan atau perawatan atas permintaan dari Dokter yang merawat dan berlaku untuk maksimum 30 (tiga puluh) hari sesudah rawat inap
- (b) Biaya Sebelum dan Sesudah Rawat Inap yang ditanggung terdiri dari biaya:
  - i. Konsultasi Dokter
  - ii. Obat-obatan
  - iii. Pemeriksaan Diagnostik

## 8. Biaya Perawatan Gawat Darurat akibat kecelakaan

- (a) Biaya Perawatan Gawat Darurat Akibat Kecelakaan terdiri dari biaya:
  - i. Biaya perawatan dan pengobatan darurat atas cedera sebagai akibat suatu kecelakaan yang dilakukan dalam waktu 24 (dua puluh empat) jam sejak terjadinya Kecelakaan.
  - ii. Biaya pengobatan lanjutan diatas yang timbul dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari sejak terjadinya Kecelakaan.
- (b) Biaya Perawatan gawat darurat akibat kecelakaan ditanggung sesuai dengan Tabel Manfaat.

## 9. Biaya Perawatan Gigi Darurat akibat kecelakaan

- (a) Biaya Perawatan Gigi Darurat Akibat Kecelakaan terdiri dari biaya:
  - i. Biaya perawatan dan pengobatan gigi akibat suatu kecelakaan yang dilakukan dalam waktu 24 (dua puluh empat) jam sejak terjadinya Kecelakaan.
  - ii. Biaya pengobatan lanjutan diatas yang timbul dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari sejak terjadinya Kecelakaan.

- (b) Biaya Perawatan Gigi darurat akibat kecelakaan ditanggung sesuai dengan Tabel Manfaat.

#### 10. Biaya Perawat Pribadi

- (a) Perawatan Medis oleh Perawat Pribadi harus atas permintaan Dokter yang merawat.
- (b) Jumlah Biaya Perawatan Medis oleh seorang Perawat Pribadi selama rawat inap ditanggung sesuai dengan tabel manfaat.

#### 11. Biaya Ambulance

Biaya jasa mobil ambulance resmi (berlisensi) yang digunakan sehubungan akibat kecelakaan atau Penyakit untuk mengantar Peserta ke Rumah Sakit, jumlah Biaya Ambulance ditanggung sesuai dengan Tabel Manfaat.

#### 12. Santunan Kematian

Apabila Peserta meninggal, manfaat santunan Kematian dibayarkan sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat.

### PASAL 9 KETENTUAN RAWAT JALAN

Jika polis menanggung biaya rawat jalan maka manfaat yang diberikan untuk satu kejadian adalah sebagai berikut :

#### 1. Biaya Konsultasi Dokter Umum

Maksimum biaya yang ditanggung setiap kunjungan Konsultasi dokter Umum sesuai dengan Tabel manfaat.

#### 2. Biaya Konsultasi Dokter Spesialis

- (a) Konsultasi Dokter Spesialis harus berdasarkan Surat Rujukan dari Dokter Umum kecuali Konsultasi Dokter Spesialis berikut:
  - i. Dokter Spesialis Anak
  - ii. Dokter Spesialis Kandungan
  - iii. Dokter Spesialis Mata
  - iv. Dokter Spesialis THT
  - v. Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin
- (b) Maksimum manfaat setiap kunjungan/konsultasi Dokter Spesialis sesuai dengan Tabel Manfaat Rawat Jalan.

#### 3. Biaya Paket Perawatan Dokter

- (a) Biaya konsultasi Dokter dimana biaya pemeriksaan, tindakan dan obat-obatan tidak diperinci.
- (b) Maksimum manfaat setiap kunjungan konsultasi Dokter Spesialis sesuai dengan Tabel Manfaat.

#### 4. Biaya Obat-obatan

Maksimum penggantian biaya Obat-obatan dalam 1 (satu) tahun Polis sesuai dengan Tabel Manfaat.

#### 5. Biaya Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

- (a) Biaya Pemeriksaan Penunjang yang berhubungan dengan diagnosa penyakit dan atas permintaan Dokter meliputi Laboratorium dan Radiologi (X-Ray, CT-Scan, USG dan MRI).
- (b) Maksimum manfaat dalam 1 (satu) tahun Polis sesuai dengan Tabel Manfaat.

#### 6. Biaya Fisioterapi

- (a) Biaya Fisioterapi yang berhubungan dengan diagnosa penyakit dan atas permintaan Dokter.
- (b) Maksimum manfaat dalam 1 (satu) tahun Polis sesuai dengan Tabel Manfaat.

### PASAL 10 KETENTUAN PERTANGGUNGAN BIAYA IMUNISASI

Jika polis menanggung biaya imunisasi maka usia anak yang ditanggung maksimum 5 (lima) tahun dengan manfaat yang dijamin adalah sebagai berikut :

#### 1. Jenis Imunisasi dasar yang ditanggung adalah:

- (a) BCG
- (b) DPT
- (c) Polio
- (d) Campak
- (e) Hepatitis B

#### 2. Termasuk dalam Biaya Imunisasi ini adalah:

- (a) Biaya pemeriksaan dan tindakan imunisasi oleh Dokter.
- (b) Bahan vaksin
- (c) Obat-obatan sehubungan dengan imunisasi (apabila ada).

### PASAL 11 KETENTUAN PERTANGGUNGAN BIAYA MELAHIRKAN/KEHAMILAN

Jika polis menanggung biaya melahirkan/persalinan dan atau pemeriksaan kehamilan maka manfaat yang diberikan untuk satu kejadian adalah sebagai berikut :

#### 1. Biaya Melahirkan Normal

- (a) Paket Biaya Melahirkan Normal termasuk:
  - i. Biaya melahirkan Normal yakni kelahiran per vaginan.
  - ii. Paket Biaya melahirkan Normal meliputi biaya pemeriksaan/perawatan sebelum melahirkan dan biaya persalinan.
  - iii. Biaya rawat inap bayi sampai dengan usia 14 (empat belas) hari.
- (b) Biaya Melahirkan normal yang ditanggung sesuai dengan Tabel Manfaat.

#### 2. Biaya Melahirkan Dengan Pembedahan

- (a) Paket Biaya Melahirkan dengan Pembedahan termasuk:
  - i. Biaya Dokter kebidanan dan kandungan, Dokter Anastesi, Dokter Anak, Kamar Bedah, Obat-obatan, Alat Kesehatan dan Asisten Perawat/Bidan.
  - ii. Biaya rawat inap bayi sampai dengan usia 14 (empat belas) hari.
- (b) Biaya Melahirkan dengan Pembedahan yang ditanggung sesuai dengan Tabel Manfaat.

#### 3. Biaya Komplikasi Kehamilan / Keguguran

- (a) Biaya Komplikasi Kehamilan:
  - i. Biaya komplikasi kehamilan berlaku hanya 1(satu) kali dalam setahun.
  - ii. Biaya yang ditanggung meliputi biaya keguguran atas indikasi medis dan biaya rawat inap akibat komplikasi kehamilan.
- (b) Biaya Komplikasi Kehamilan yang ditanggung sesuai dengan Tabel Manfaat.

4. **Biaya Pemeriksaan Kehamilan (Kontrol Kehamilan)**
  - (a) Jika polis menanggung Biaya Pemeriksaan Kehamilan (kontrol kehamilan) maka biaya yang ditanggung adalah biaya pemeriksaan oleh Dokter Kebidanan, biaya diagnostik dan obat-obatan kecuali vitamin untuk pemeriksaan maksimal 9 (sembilan) kali per kehamilan.
  - (b) Besar biaya yang ditanggung adalah sesuai dengan Tabel Manfaat.
5. **Batasan Pertanggungjawaban Pemeriksaan Kehamilan**  
Pertanggungjawaban hanya berlaku bagi kehamilan yang dimulai sejak tanggal Peserta ikut serta dalam Asuransi Melahirkan Kumpulan ini.

## PASAL 12

### KETENTUAN PERAWATAN GIGI

Jika polis menanggung biaya pemeriksaan/perawatan gigi maka manfaat adalah sebagai berikut :

1. **Biaya Perawatan Pencegahan**
  - (a) Biaya Perawatan Pencegahan meliputi perawatan akar saraf gigi yang dilakukan oleh Dokter Gigi Umum.
  - (b) Jumlah biaya perawatan manfaat yang dijamin sesuai dengan Tabel Manfaat.
2. **Biaya Perawatan Gigi Dasar**
  - (a) Biaya untuk Perawatan Gigi Dasar yang dilakukan oleh Dokter Gigi Umum, termasuk:
    - i. Penambalan gigi.
    - ii. Pencabutan gigi tanpa pembedahan.
    - iii. Perawatan pembengkakan.
    - iv. Perawatan gusi termasuk *kuretase*.
  - (b) Manfaat Perawatan Gigi Dasar termasuk biaya konsultasi, tindakan diagnostik, alat, obat dan pemeriksaan penunjang.
  - (c) Jumlah biaya perawatan Gigi Dasar yang dapat ditanggung sesuai dengan Tabel Manfaat.
3. **Biaya Perawatan Gigi Kompleks**
  - (a) Biaya untuk Perawatan Gigi Kompleks yang dilakukan oleh Dokter Gigi Umum termasuk:
    - i. Tindakan pembedahan pada sekitar gigi.
    - ii. Pemoangan pada bagian ujung akar gigi.
    - iii. Pencabutan gigi melalui pembedahan.
  - (b) Manfaat Perawatan Gigi Kompleks termasuk biaya konsultasi, tindakan diagnostik, alat, obat dan pemeriksaan penunjang.
  - (c) Jumlah biaya perawatan gigi kompleks yang dijamin sesuai dengan Tabel Manfaat.
4. **Biaya Gigi Palsu**
  - (a) Biaya pemasangan gigi palsu oleh Dokter Gigi Umum yang diperlukan karena kehilangan gigi atas indikasi medis, baik karena sakit atau kecelakaan.
  - (b) Jumlah biaya yang dijamin sesuai dengan Tabel Manfaat.

## PASAL 13

### KETENTUAN PENGADAAN KACAMATA

Jika polis menanggung biaya pengadaan kaca mata maka manfaat yang diberikan adalah apabila peserta mengalami gangguan refraksi mata minimum plus 1 dan/atau minus 1 dengan biaya pengadaan sebagai berikut :

1. **Biaya Bingkai Kacamata**

Pembelian Bingkai Kacamata maksimum 1 (satu) kali dalam 2 (dua) tahun dengan jumlah biaya maksimum yang dijamin sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat.

## 2. **Biaya Lensa atau Lensa Kontak**

Pembelian Lensa atau Lensa Kontak maksimum 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dengan jumlah biaya maksimum yang dijamin sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat.

## PASAL 14

### PERUBAHAN RISIKO

1. Setiap perubahan pekerjaan Peserta/Tertanggung atau kegiatan/kebiasaan yang mempunyai risiko lebih tinggi dari semula, harus diberitahukan kepada Penanggung selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari kalender terhitung sejak perubahan tersebut.
2. Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 pasal ini akan mengakibatkan perubahan tarif Premi yang akan ditetapkan Penanggung.
3. Dalam hal terjadi kecelakaan yang dialami Peserta tetapi perubahan tersebut tidak diberitahukan kepada Penanggung maka Penanggung berhak menolak membayarkan klaim dan apabila Penanggung telah membayar kepada Pihak Rumah Sakit (Provider) maka Peserta harus membayar kembali kepada Penanggung (*excess claim*).

## PASAL 15

### PENGEUCALIAN

Selain hal-hal yang telah dicekualikan pada pasal sebelumnya, pelayanan kesehatan berikut ini tidak dijamin oleh Penanggung, kecuali ditentukan berbeda yang ditetapkan secara khusus dalam Ketentuan Tambahan atau Addendum Polis (*endorsement*), yakni:

- a. Seluruh biaya yang timbul karena Tertanggung menyumbangkan organ tubuh dan/atau darah, tetapi apabila Tertanggung menerima sumbangan organ tubuh dan/atau darah, maka biaya yang dibayarkan adalah Biaya Rawat Inap sesuai dengan batas maksimum yang diterima Tertanggung, tetapi tidak termasuk biaya mendapatkan organ tubuh dan/atau seluruh biaya pemeriksaan sebelumnya;
- b. Prosedur medis atau bedah yang bersifat eksperimental atau umumnya tidak diterima sebagai pengobatan medis standar oleh ahli/tenaga medis, termasuk tetapi tidak terbatas pada akupuntur (kecuali dilakukan oleh dokter), akupresur, pengobatan dengan mempergunakan tumbuhan/jamu, terapi hipnotis, aromaterapi, *massage therapy*, *sinthe* dan sejenisnya;
- c. Perawatan/pengobatan terhadap *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), AIDS, dan penyakit yang berhubungan dengan/disebabkan oleh melemahnya daya tahan tubuh oleh karena penyakit AIDS; Penyakit kelamin (Penyakit Hubungan Seksual/PHS) dan/atau segala akibatnya;
- d. Perawatan akibat wabah penyakit yang ditetapkan oleh Pemerintah seperti namun tidak terbatas pada SARS, Flu Burung, Anthrax dan lainnya;
- e. Pengobatan atau perawatan akibat melakukan aktivitas berbahaya seperti terjun payung, menyelam, terbang layang, balap mobil, balap motor, bungy jumping, arung jeram, panjat tebing dan olahraga beresiko lainnya;
- f. Biaya perawatan/pelayanan yang dilakukan oleh anggota keluarga dekat Tertanggung/oleh orang yang biasa tinggal di rumah Tertanggung;



- g. Pelayanan yang tidak ada hubungan secara medis untuk pengobatan penyakit, yang tidak terbatas pada jasa telepon, cuci pakaian dan makanan tambahan;
- h. Cedera atau penyakit yang timbul langsung/tidak langsung oleh perang, baik perang yang diumumkan atau yang tidak diumumkan, perang sipil, revolusi, kerusuhan dan setiap tindak terorisme, sedang bertugas sebagai anggota angkatan bersenjata /kepolisian/kemiliteran;
- i. Cedera atau penyakit yang timbul langsung/tidak langsung akibat melakukan dan/atau berpartisipasi dalam demonstrasi, pemogokan, kerusuhan, huru-hara, pemberontakan, pengambilalihan kekuasaan dan perbuatan melanggar hukum;
- j. Pengobatan atau perawatan akibat kecelakaan yang terjadi saat peserta menjadi penumpang ataupun awak pesawat udara kecuali pada penerbangan komersial yang terjadwal;
- k. Pemeriksaan fisik rutin (*general check up*) kecuali diatur lain dalam addendum perubahan polis, pemeriksaan kesehatan atau pemeriksaan yang tidak berhubungan dengan perawatan/diagnosa penyakit/cedera/perawatan apapun yang secara medis tidak perlu;
- l. Semua perawatan, pengobatan dan cedera yang diakibatkan gangguan kejiwaan/mencederai diri sendiri/keadaan berhubungan dengan gangguan kejiwaan, perawatan istirahat atau perawatan sanitasi, gangguan psikosomatis lainnya;
- m. Kelainan-kelainan bawaan (*congenital disease*) yang sudah maupun tidak diketahui sebelumnya;
- n. Khitanan/Sirkumsisi tanpa indikasi medis atau tidak berhubungan dengan suatu penyakit/infeksi;
- o. Semua tindakan dan perawatan yang berhubungan dengan upaya untuk mendapat kesuburan/infertilitas dan sterilisasi untuk setiap jenis kelamin, perubahan jenis kelamin, gangguan menstruasi, pemakaian kontrasepsi termasuk komplikasinya;
- p. Biaya pemeriksaan/perawatan yang berhubungan dengan kecantikan/kosmetik/bedah plastik, bedah lasik untuk kelainan refraksi mata, alat bantu dengar, perawatan untuk penambahan atau pengurangan berat badan;
- q. Biaya perawatan yang berhubungan atau akibat dari pengaruh Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Aditif lainnya (NAPZA);
- r. Penggunaan alat-alat bantu buatan dan tahan lama yang tidak ditanam dalam tubuh seperti tungkai palsu, mata palsu, alat bantu dengar dan sejenisnya;
- s. Pencabutan atau pengangkatan alat bantu buatan yang ditanam dalam tubuh seperti plate, screw dan wire dan lainnya kecuali telah dilaporkan sebelumnya kepada Penanggung secara tertulis saat mengajukan pertanggungan.
- t. Biaya imunisasi/vaksinasi kecuali ditanggung dalam polis.
- u. Biaya perawatan kecelakaan lalu lintas akibat mengendarai kendaraan bermotor tanpa memiliki SIM.
- v. Perawatan dan pengobatan untuk Gangguan Tumbuh Kembang Anak (*Failure To Thrive*) termasuk namun tidak terbatas pada gangguan makan, gangguan bicara, hiperaktifitas, autism, disleksia, retardasi mental dan keterlambatan berjalan;
- w. Perawatan dan pengobatan gigi kecuali ditanggung dalam Polis; dan
- x. Perawatan akibat perbuatan melanggar hukum dan ikut serta dalam kerusuhan.

## PASAL 16 PEMBAYARAN PREMI

1. Premi harus dibayar oleh Pemegang Polis kepada Penanggung pada awal atau sebelum pertanggungan dimulai.
2. Tarif atau besar premi dan cara bayar premi sesuai yang tertera dalam Tabel Manfaat yang merupakan bagian tak terpisahkan dari Polis.
3. Penanggung berhak untuk mengubah tarif atau besar premi pada ulang tahun Polis atau pada saat Penambahan Peserta/Tertanggung baru.
3. Pembayaran Premi dianggap sah apabila sudah diterima di rekening Penanggung.
4. Semua biaya bank yang berhubungan dengan pembayaran Premi ditanggung oleh Pemegang Polis.
5. Untuk pembayaran Premi perpanjangan kontrak (*Renewal*) Penanggung memberikan Masa Leluasa selama 14 (empat belas) hari terhitung mulai tanggal jatuh tempo terakhir dan dalam masa ini Polis tetap berlaku dan Pemegang Polis berkewajiban untuk melunasi Premi secara penuh kepada Penanggung.

## PASAL 17 PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN DAN PENGAJUAN KLAIM

1. FASILITAS *CASHLESS* adalah Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium dan Apotik yang bekerjasama dengan PT Asuransi Jiwa Kresna yang selanjutnya disebut dengan PROVIDER KRESNA atau Mitra Penyelenggara (TPA) sesuai dengan prosedur Provider System.
2. PROVIDER SYSTEM adalah pelayanan kesehatan yang menggunakan PROVIDER KRESNA.
3. Peserta dapat melakukan pelayanan kesehatan ke PROVIDER KRESNA dimana biaya akan dibayarkan oleh PT Asuransi Jiwa Kresna kepada PROVIDER KRESNA sesuai dengan batas jaminan sesuai Tabel Manfaat.
4. Apabila biaya pelayanan kesehatan melebihi dari batas jaminan yang menjadi hak Peserta/Tertanggung, maka Peserta/Tertanggung harus membayar kepada PROVIDER KRESNA.
5. Peserta/Tertanggung wajib menandatangani formulir klaim yang telah diisi oleh dokter dan kuitansi sebelum meninggalkan PROVIDER KRESNA.
6. REIMBURSEMENT SYSTEM adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan dengan membayar lebih dahulu biaya kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang dilakukan di luar PROVIDER KRESNA.
7. Prosedur Pelayanan Kesehatan Provider System adalah sebagai berikut :
  - a. Peserta harus menunjukkan Kartu Peserta yang masih berlaku dan Bukti Identitas Diri yang sah.
  - b. PROVIDER KRESNA akan mencocokkan data Pasien dengan data yang tercantum pada Kartu Peserta dan Bukti Identitas Diri.
  - c. PROVIDER KRESNA akan memberikan pelayanan kesehatan bagi Pasien yang merupakan Peserta/Tertanggung PT Asuransi Jiwa Kresna.

- d. Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan, Peserta/Tertanggung wajib menandatangani formulir klaim dan kuitansi yang diterbitkan oleh PROVIDER KRESNA.
8. Syarat pengajuan penggantian biaya perawatan (Klaim Reimbursement) adalah sebagai berikut :
- a. Mengisi Formulir Pengajuan Klaim secara lengkap dan benar dan ditandatangani/distempel oleh Pihak Pemegang Polis.
  - b. Resume Medis Dokter yang memeriksa beserta diagnosisnya dapat terbaca jelas.
  - c. Kwitansi asli serta rincian biaya dan copy/salinan resep dokter.
  - d. Hasil pemeriksaan laboratorium.
  - e. Hasil interpretasi pemeriksaan radiologi.
  - f. Khusus untuk pelayanan kesehatan di Luar Negeri harus dilampirkan rekam medis (*medical record*) yang disahkan oleh Kedutaan Besar setempat.
  - g. Copy Kartu Peserta yang masih berlaku dan Bukti Identitas Diri yang sah.
  - h. Mengembalikan Kartu Peserta Asli untuk klaim pengembalian premi (*refund premium*).
  - i. Dokumen klaim lainnya yang dianggap penting oleh Penanggung.
6. Biaya-biaya untuk mendapatkan bukti-bukti dalam pengajuan pembayaran Manfaat Pertanggungan menjadi beban Pemegang Polis atau Ahli Waris.
7. Apabila dokumen pengajuan klaim adalah palsu/dipalsukan dengan tujuan penipuan, yang dibuat oleh siapapun yang bertindak atas nama Tertanggung dan/atau Pemegang Polis untuk mendapatkan manfaat pertanggungan atas Polis ini, maka Penanggung berhak untuk menolak klaim dan membatalkan Kepesertaan.
8. Penanggung berhak untuk mengadakan pemeriksaan sewajarnya atas pengajuan klaim, sepanjang hal tersebut tidak bertentangan dengan Undang Undang.
9. Masa kadaluarsa klaim adalah sebagaimana ditentukan pada pasal 3 (tiga) dan apabila pada saat pengajuan klaim tersebut, dokumen yang disampaikan belum lengkap, maka Penanggung akan memberikan konfirmasi tertulis untuk melengkapi dokumen klaim yang dibutuhkan dan harus dilengkapi oleh Tertanggung atau Pemegang Polis selambat-lambatnya dalam waktu 30 (tiga puluh) hari.
10. Penanggung tidak akan membayarkan bunga dan/atau ganti rugi dalam bentuk apapun dalam tenggang waktu antara persetujuan pembayaran manfaat pertanggungan sampai dengan manfaat pertanggungan tersebut dibayarkan/diambil oleh Pemegang Polis atau Ahli Waris.

#### **PASAL 18 KOORDINASI MANFAAT**

Apabila Peserta/Tertanggung merupakan tanggungan pihak lain atau perusahaan asuransi lain, maka :

1. Jika seorang Tertanggung dilindungi oleh lebih dari satu Polis Asuransi, maka jumlah keseluruhan manfaat yang dibayarkan tidak boleh melebihi dari biaya Rumah Sakit yang dikeluarkan Tertanggung.
2. Apabila Penanggung lain telah membayar seluruh biaya pemeriksaan/perawatan kepada Tertanggung maka PT Asuransi Jiwa Kresna bebas dari kewajiban membayar klaim.

3. Apabila Penanggung lain membayar sebagian biaya pemeriksaan/perawatan kepada Tertanggung maka PT Asuransi Jiwa Kresna akan membayar selisih biaya yang belum dibayar dengan batas maksimum sesuai besar manfaat/jaminan polis, dengan mengajukan fotokopi kwitansi biaya pemeriksaan/perawatan yang dilegalisir oleh Penanggung lain/Rumah Sakit dan fotokopi kwitansi pembayaran klaim oleh Penanggung lain.

#### **PASAL 19 KELEBIHAN BIAYA**

1. Apabila terjadi klaim yang melebihi Batas Manfaat/Jaminan (*Excess Claim*) maka:
  - a. Untuk Sistem Reimbursement Penanggung hanya akan membayarkan sebesar batas Manfaat/Jaminan sesuai yang tercantum dalam Daftar Manfaat/Jaminan.
  - b. Untuk Sistem Provider Peserta harus membayar kelebihan biaya perawatan (*Excess Claim*) secara langsung kepada Provider sebelum meninggalkan PROVIDER KRESNA pasca pemeriksaan/perawatan.

#### **PASAL 20 PERUBAHAN KETENTUAN PERTANGGUNGAN**

1. Pemegang Polis dapat mengajukan perubahan ketentuan pertanggungan secara tertulis kepada Penanggung sepanjang tidak mengurangi arti Ketentuan Umum Polis.
2. Setiap perubahan, penambahan dan/atau pengurangan terhadap Ketentuan Umum Polis ini sah apabila dibuat secara tertulis dan ditandatangani oleh pihak yang berwenang dari Penanggung.
3. Perubahan Polis (*Adendum*) dan atau keterangan lainnya hanya dapat dirubah oleh Direksi Penanggung.
4. Dalam hal terjadinya tunggakan, tidak ada satupun agen yang mempunyai wewenang, memperpanjang tanggal jatuh tempo pembayaran, melepaskan bukti klaim, atau mengubah ketentuan-ketentuan sebagaimana yang disyaratkan oleh Penanggung.

#### **PASAL 21 KETENTUAN DALAM KEADAAN PERANG**

1. Dalam keadaan perang, baik yang diumumkan maupun yang tidak diumumkan, atau keadaan yang dapat disamakan dengan keadaan perang, maka atas semua pembayaran manfaat pertanggungan, akan dilakukan pemotongan sementara yang besarnya ditetapkan oleh Penanggung.
2. Satu tahun setelah berakhirnya keadaan perang sebagaimana tersebut dalam ayat 1 (satu) Penanggung akan menentukan besarnya potongan yang pasti sesuai dengan berubahnya keadaan moneter sebagai akibat keadaan perang tersebut.

#### **PASAL 22 MATA UANG**

Polis ini diterbitkan dalam mata uang rupiah. Setiap transaksi akan menggunakan mata uang rupiah.

#### **PASAL 23 KEWAJIBAN PEMEGANG POLIS**

1. Segala pelaksanaan hak dan kewajiban yang terjadi atas perjanjian asuransi ini terhadap Peserta/ Tertanggung akan dilakukan melalui Pemegang Polis.

2. Pemegang Polis wajib memeriksa dan membaca seluruh isi Polis beserta lampirannya. Jika ada kekeliruan dan/atau ketidaksetujuan terhadap isi Polis ini, maka Pemegang Polis dapat mengajukan keberatan dengan cara mengembalikan Polis ini dan melampirkan surat keberatan kepada Penanggung selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal Polis diterima sebagaimana yang tercantum dalam tanda terima Polis.
3. Penanggung menganggap Pemegang Polis dan Peserta telah mengerti dan menyetujui seluruh isi Polis beserta lampirannya, bila setelah batas waktu pengajuan keberatan sebagaimana yang dimaksud dalam ayat 1 Pasal ini Pemegang Polis tidak mengajukan surat keberatan apapun kepada Pemegang Polis.

#### **PASAL 24**

#### **HUKUM YANG BERLAKU DAN WILAYAH ASURANSI**

Polis ini tunduk kepada hukum yang berlaku di Negara Republik Indonesia. Perlindungan asuransi di bawah polis ini berlaku di seluruh dunia.

#### **PASAL 25**

#### **PENYELESAIAN PERSELISIHAN**

1. Dalam hal terjadi perselisihan apapun di antara para pihak mengenai isi, penafsiran, dan/atau pelaksanaan Polis Asuransi ini, maka para pihak sepakat untuk menyelesaikan perselisihan secara musyawarah untuk mencapai mufakat baik secara langsung atau melalui Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI).
2. Apabila mufakat yang dimaksud pada ayat 1 pasal ini tidak dapat dicapai, maka para pihak sepakat untuk menyelesaikan perselisihan melalui Arbitrase yang akan

dilaksanakan di Jakarta melalui dan berdasarkan prosedur Arbitrase dari Badan Arbitrase Nasional atau Pengadilan Negeri sesuai dengan domisili penanggung di wilayah hukum Republik Indonesia dengan tidak mengesampingkan hak Pemegang Polis untuk menyampaikan perselisihan atau perbedaan yang timbul ke Pengadilan Negeri yang memiliki yurisdiksi sesuai dengan domisili Pemegang Polis di wilayah hukum Republik Indonesia.

#### **PASAL 26** **KETENTUAN LAIN**

1. Ketentuan dan istilah dalam Ketentuan Umum Polis ini, sepanjang tidak ditentukan atau diatur lain, atau dinyatakan sebaliknya dalam Endorsemen dan/atau dokumen lain sehubungan dengan polis, berlaku dan mengikat dalam Polis ini.
2. Dengan memperhatikan ketentuan dan tanpa mengecualikan dan/atau membatasi risiko-risiko dan/atau mengurangi Manfaat Pertanggung yang telah diatur dalam Ketentuan Umum Polis ini, penanggung berhak untuk setiap saat mengeluarkan Endorsemen, Addendum atau perubahan, dan/atau dokumen lain sehubungan dengan Polis dan akan menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Polis ini, dengan pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis.
3. Penanggung tidak bertanggung jawab atas tindakan-tindakan, gugatan-gugatan dan kerugian-kerugian yang diajukan oleh Pemegang Polis atau Tertanggung terhadap pihak lain yang berkaitan dengan pelayanan, kelalaian, malpraktek atau sebab-sebab lainnya yang timbul dalam rangka pelaksanaan Polis ini.

**PT Asuransi Jiwa Kresna**

**Indonesia Stock Exchange Building Tower 1, 30th Floor  
Jl. Jend.Sudirman Kav. 52-53, Jakarta 12190, Indonesia**

**Gedung Pluit Junction Blok SH No. 1  
Jl. Pluit Raya No. 1 Jakarta 14450, Indonesia  
Telp. +62 21 662 0096, Fax. +62 21 666 94904, website. [www.kresnalife.com](http://www.kresnalife.com)**