Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum
Asuransi Tambahan Perawatan Medis & Bedah

Asuransi Tambahan Perawatan Medis & Bedah ("Perawatan Medis & Bedah") merupakan produk kesehatan yang dapat ditambahkan pada Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi (*Unit Link*) dengan pembayaran premi berkala ("Asuransi Dasar") yang memberikan manfaat penggantian seluruh biaya rawat inap termasuk *Intensive Care Unit* (ICU) dan pembedahan sesuai dengan plan yang diambil, selama Tertanggung menjalani perawatan di Rumah Sakit/Klinik.

Fitur Produk

Usia Masuk Tertanggung (ulang tahun terdekat)	6 bulan - 70 tahun
Mata Uang	Rupiah
Masa Pertanggungan	1 tahun, dapat diperpanjang hingga Tertanggung mencapai usia 99 tahun

Manfaat Produk

1. **Manfaat Asuransi yang ditanggung adalah sebagai berikut:**
   a. Penggantian biaya untuk kamar & penginapan yang sebenarnya dibebankan apabila Tertanggung dirawat inap di Rumah Sakit atas anjuran Dokter Umum atau Dokter Spesialis.
   b. Penggantian biaya untuk kamar & penginapan yang sebenarnya dibebankan apabila Tertanggung dirawat inap di Unit Perawatan Intensif atas anjuran Dokter Umum atau Dokter Spesialis.
   c. Biaya perawatan oleh juru rawat setelah rawat inap, khusus untuk Tertanggung setelah menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit dan harus dimulai setidaknya dalam 7 (tujuh) hari setelah keluar dari Rumah Sakit.
   d. Kunjungan Dokter Di Rumah Sakit selama Tertanggung dirawat di Rumah Sakit.
   e. Konsultasi Spesialis Di Rumah Sakit Selama Rawat Inap.
   f. Penggantian biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit yang sebenarnya yang dibebankan Rumah Sakit untuk resep obat-obatan, perban, pembelat tangan, gips, penyewaan peralatan medis, oksigen, infus intravenal, darah, plasma darah, biaya administrasi Rumah Sakit, pemeriksaan diagnostik dan alat yang ditanam dalam tubuh selama Pembedahan.
   g. Penggantian biaya Ambulans yang sebenarnya dibebankan untuk transportasi Tertanggung ke dan dari suatu Rumah Sakit, atau antar Rumah Sakit, dan secara medis diperlukan.
   h. Penggantian biaya pembedahan yang sebenarnya dibebankan oleh seorang Spesialis untuk melakukan pembedahan, jasa pelayanan yang diberikan oleh Spesialis untuk melaksanakan anestesi umum selama pembedahan berlangsung, biaya kamar operasi, biaya obat-obatan dan sewa alat yang dibutuhkan selama pembedahan. Dalam hal ini termasuk pembedahan tanpa Rawat Inap.
   i. Perawatan Darurat Rawat Jalan yang sebenarnya dibebankan untuk jasa pelayanan yang diberikan oleh Dokter dan oleh Rumah Sakit atau Klinik. Penggantian diberikan hanya apabila jasa pelayanan dan biaya yang dibebankan itu berkaitan secara langsung dengan Kecelakaan yang dilakukan dalam jangka waktu 48 (empat puluh delapan) jam sejak terjadinya Kecelakaan dan Keadaan Darurat, tidak termasuk perawatan gigi.
   j. Perawatan Darurat Gigi yang sebenarnya dibebankan oleh Dokter Gigi atau Dokter, dan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk pengobatan gigi dan jaringan penunjang gigi. Penggantian diberikan hanya apabila jasa pelayanan dan biaya yang dibebankan itu berkaitan secara langsung dengan Kecelakaan yang dilakukan dalam jangka waktu 48 (empat puluh delapan) jam sejak pertama terjadinya Kecelakaan.
   k. Penggantian yang sebenarnya atas perawatan sebelum dan sesudah rawat inap di Rumah Sakit untuk jasa pelayanan yang diberikan oleh Dokter atau Spesialis, pemeriksaan diagnostik dan resep obat-obatan untuk jangka waktu tertentu.
   l. Perawatan Kanker yang mencakup biaya konsultasi Dokter, obat-obatan, radioterapi, kemoterapi dan semua pemeriksaan diagnostik sehubungan dengan Tertanggung menjalani perawatan kanker dengan Rawat Jalan setelah menjalani Rawat Inap.
   m. Biaya perawatan cuci darah (Dialisis) pada Pusat Dialisis yang terdaftar dengan Rawat Jalan setelah Tertanggung menjalani Rawat Inap.
   n. Biaya komplikasi kehamilan untuk jasa pelayanan yang diberikan oleh seorang Dokter atau Spesialis dan oleh Rumah Sakit.
   o. Penggantian biaya Fisioterapi yang berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter atau Spesialis yang merawat.
   p. Terdapat batas keseluruhan penggantian untuk seorang Tertanggung dalam setiap satu Tahun Polis.

2. **Pelayanan Rumah Sakit Rekanan**
   Kami menyediakan fasilitas penjaminan pada Rumah Sakit Rekanan bagi Anda dimana Tertanggung dapat menerima perawatan kesehatan di Rumah Sakit Rekanan (*cashless*). Kami hanya mengganti biaya medis sesuai dengan plan Manfaat yang dipilih Tertanggung. Apabila biaya perawatan melebihi atau di luar plan Manfaat yang dipilih Tertanggung sesuai Polis, maka Tertanggung harus membayar kelebihan biaya yang terjadi langsung ke Rumah Sakit Rekanan.

3. **Dengan dibayarkannya manfaat Asuransi Tambahan maka syarat dan ketentuan dalam Ketentuan Umum Polis akan tetap berlaku. Pembayaran Manfaat Asuransi Tambahan ini tidak akan mengurangi Manfaat Asuransi Dasar.**

2. Daftar Manfaat Asuransi Tambahan

MANFAAT RAWAT INAP		(Dalam Ribuan Rupiah)				
		Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
Manfaat Kamar per hari	Maks 120 hari per tahun	300	500	1.000	1.500	2.000
Manfaat ICU per hari		600	1.000	2.000	3.000	4.000
Kunjungan Dokter Umum	Maks per hari	100	200	400	500	600
Kunjungan Dokter Spesialis	Maks per hari	140	280	560	700	840
MANFAAT PEMBEDAHAN						
Pembedahan Kompleks	Maks per Ketidakmampuan	45.000	75.000	150.000	225.000	300.000
Pembedahan Besar	Maks per Ketidakmampuan	24.750	41.250	82.500	123.750	165.000
Pembedahan Sedang	Maks per Ketidakmampuan	16.500	27.500	55.000	82.500	110.000
Pembedahan Kecil	Maks per Ketidakmampuan	8.250	13.750	27.500	41.250	55.000
ANEKA PERAWATAN						
Maks per Ketidakmampuan		4.500	7.500	15.000	22.500	30.000
MANFAAT PERAWATAN SEBELUM RAWAT INAP						
Perawatan Sebelum Rawat Inap di RS (30 hari setelah Rawat Inap)	Maks per Ketidakmampuan per tahun	900	1.500	3.000	4.500	6.000
MANFAAT PERAWATAN SETELAH RAWAT INAP						
Perawatan Setelah Rawat Inap di RS (30 hari setelah Rawat Inap)	Maks per Ketidakmampuan per tahun	900	1.500	3.000	4.500	6.000
Perawatan oleh Juru Rawat setelah Rawat Inap	Maks 120 hari per tahun	150	250	500	750	1.000
MANFAAT DARURAT RAWAT JALAN						
Perawatan Darurat Rawat Jalan	Maks per tahun	3.000	5.000	10.000	15.000	20.000
Perawatan Kanker	Maks per tahun	30.000	50.000	100.000	150.000	200.000
Perawatan Cuci Darah	Maks per tahun	9.000	15.000	30.000	45.000	60.000
Perawatan Darurat Gigi	Maks per tahun	15.000	25.000	50.000	75.000	100.000
Fisioterapi	Maks per hari dan maks 30 hari per tahun	140	280	560	700	840
Komplikasi Kehamilan	Maks per tahun	15.000	25.000	50.000	75.000	100.000
MANFAAT TAMBAHAN						
Biaya Ambulans	Maks per kejadian	200	250	250	300	350
BATAS KESELURUHAN TAHUNAN		144.000	240.000	480.000	720.000	960.000

Pengecualian

Kami tidak akan membayar klaim atas manfaat Asuransi Tambahan apabila terjadi dikarenakan salah satu atau lebih dari kondisi sebagai berikut:

1. Kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya;
2. Semua biaya perawatan atas Manfaat Asuransi Tambahan yang terjadi dalam Masa Tunggu;
3. Semua biaya yang timbul berkaitan dengan diagnosa, perawatan/pengobatan yang tidak wajar dan lazim (termasuk perawatan yang tidak wajar dalam jangka waktu yang lama/perawatan yang secara medis tidak diperlukan/ perawatan yang tidak sesuai dengan diagnosa), tidak sesuai dengan standar praktik medis yang benar / tidak sesuai dengan standar profesi Dokter, serta dalam hal adanya hubungan kepentingan dengan Tertanggung maupun Dokter, Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat dan/atau siapapun yang bertindak untuk dan atas nama Pemegang Polis/Tertanggung untuk mendapatkan manfaat Asuransi dari Polis ini;
4. Rawat Inap yang berhubungan dengan transplantasi organ dari seorang donor kepada seorang penerima;
5. Bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dalam keadaan sadar maupun tidak, hukuman mati oleh pengadilan, karena adanya suatu tindakan melanggar hukum atau tindakan kejahatan atau percobaan melakukan tindakan kejahatan dilakukan oleh Tertanggung dan/atau pihak lainnya yang memiliki kepentingan untuk mendapatkan manfaat Asuransi Tambahan;
6. Bedah rekonstruksi, pembedahan percobaan (*explorative*), pemeriksaan mata, pembelian/penyewaan kaca mata/lensa dan kelainan refraksi mata/ komplikasi akibat refraksi (termasuk namun tidak terbatas pada rabun jauh (myopia) dan tindakan lasik, kecuali dalam hal adanya perbedaan dioptri kedua mata yang lebih besar dari 5 (lima) atau alat bantu pendengaran dan resep untuk hal-hal tersebut, kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan;
7. Pemeriksaan dan perawatan gigi, yang terkait dengan gigi (dalam hal ini, termasuk namun tidak terbatas pada keluhan-keluhan karena sakit gigi, operasi gigi, kista gigi, gusi, bedah mulut, jaringan penunjang gigi, kawat gigi, gigi palsu) kecuali disebabkan oleh Kecelakaan;
8. Perawatan yang berhubungan dengan kehamilan/upaya untuk hamil, termasuk melahirkan kecuali disebutkan khusus dalam jaminan komplikasi kehamilan, diagnosis dan perawatan ketidaksuburan, keguguran, aborsi, sterilisasi (vasektomi/MOP dan tubektomi/MOW) dan kontrasepsi, metode-metode pengaturan kelahiran, pengujian atau pengobatanimpotensi, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya, kecuali Komplikasi Kehamilan yang ditanggung dalam Polis ini;
9. Vaksinasi atau imunisasi;
10. Sunat kecuali akibat cedera atau penyakit;
11. Kelainan bawaan dari lahir (kongenital) baik diketahui maupun tidak diketahui; yang berhubungan dengan ketidaksuburan dan sterilisasi/ kontrasepsi;
12. *Medical check up*, pemeriksaan medis atau pemeriksaan lainnya yang tidak terkait dengan diagnosa penyakit atau pemeriksaan yang tidak diperlukan secara medis;
13. Rawat Inap dengan tujuan fisioterapi atau segala jenis penyakit yang membutuhkan teknologi kedokteran terkini;

14. Terapi wicara dan okupasi yang bukan merupakan bagian dari program pemulihan sebagai tindak lanjut dari Rawat Inap karena trauma, kecuali merupakan tindak lanjut atas Rawat Inap dari ketidakmampuan yang diderita Tertanggung;
15. Psikotik (gangguan kejiwaan), kelainan mental atau saraf danpenyimpangan perilaku termasuk neurosis dan segala bentuk fisiologis atau psikosomatiknya;
16. Penggunaan obat-obatan, narkotika, dan/atau bahan-bahan terlarang lainnya, minuman beralkohol dan/atau minuman keras lainnya, keracunan nikotin termasuk untuk tujuan rehabilitasi;
17. Luka(-luka) atau penyakit yang diakibatkan secara langsung maupun tidak langsung oleh perang, bahaya perang, atau keadaan darurat perang baik dinyatakan atau tidak, pemogokan, kerusuhan, huru-hara, pemberontakan, perang saudara, pengambilalihan kekuasaan pemerintahan/kudeta;
18. Ikut berpartisipasi atau berdinas dalam militer/angkatan bersenjata atau kepolisian;
19. Perawatan atau bedah kosmetik, termasuk (namun tidak terbatas) pada kelopak mata ganda, jerawat, keloid, bekas luka, tanda lahir, kerontokan pada rambut, dan segala komplikasinya kecuali akibat Kecelakaan dalam jangka waktu 6 (enam) bulan terhitung sejak tanggal perawatan pertama (perawatan yang pertama kali diterima Tertanggung akibat Kecelakaan) yang diperlukan secara medis;
20. Ikut serta dalam olahraga atau aktivitas berisiko tinggi, termasuk namun tidak terbatas pada seni bela diri, *skydiving*, menyelam, mendaki, panjat tebing, arung jeram, *bungee jumping*, balap (dengan atau tanpa motor), sepeda, berkuda, berlayar (dengan atau tanpa layar), terbang layang, gantole dan/atau olahraga di udara;
21. Luka (-luka) atau penyakit yang disebabkan oleh penerbangan atau kegiatan udara lainnya kecuali sebagai penumpang yang membayar tarif pada pesawat udara yang mempunyai ijin (berlisensi) atau perusahaan sewa yang diakui;
22. Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan oleh pihak yang berkepentingan atas Polis;
23. Semua biaya atas pelayanan non-medis, termasuk namun tidak terbatas pada televisi, telepon, telex, radio atau fasilitas sejenis, paket tambahan, dan barang-barang non-medis lainnya;
24. Biaya perawatan yang disebabkan oleh atau berhubungan dengan:
    a. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS); atau
    b. Infeksi karena *Human Immunodeficiency Virus* (HIV); atau
    c. Penyakit lainnya yang disebabkan oleh atau komplikasi dari AIDS atau HIV.
25. Apabila Tertanggung tinggal di luar negeri selama lebih dari 90 (sembilan puluh) hari dalam 180 (seratus delapan puluh) hari kalender terakhir terhitung sejak tanggal terjadinya klaim;
26. Perawatan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan, bulimia, anoreksia nervosa;
27. Perawatan dan pembedahan untuk mengubah jenis kelamin;
28. Perawatan yang terjadi karena keadaan kesehatan usia lanjut (geriatrik), keadaan mental usia lanjut (psiko-geriatrik);
29. Sebagian dan/atau seluruh biaya-biaya atas manfaat Asuransi Tambahan ini yang telah ditanggung oleh hukum, program kesehatan, atau polis asuransi lain yang diterbitkan oleh pemerintah, perusahaan asuransi lain, atau pihak lainnya.

Biaya-biaya

- Biaya Asuransi Tambahan dipotong dari Nilai Dana pada setiap tanggal jatuh tempo bulanan melalui pembatalan unit, minimum Rp1.475 / USD0,15 per bulan.
- Informasi mengenai biaya-biaya lainnya mengacu pada biaya-biaya pada Asuransi Dasar termasuk namun tidak terbatas pada biaya komisi Bank dan biaya pemasaran.

Persyaratan dan Tata Cara

1. **Cara Mengajukan Polis**
   - Pastikan bahwa Anda memiliki Asuransi Dasar.
   - Syarat dan ketentuan lainnya mengikuti syarat dan ketentuan Asuransi Dasar yang dipilih.
   - Informasi mengenai risiko produk Asuransi Tambahan ini mengacu pada risiko Asuransi Dasar.

Dokumen Pengajuan Klaim Wajib (untuk *Reimbursement*):

a. Asli tagihan dan kuitansi berikut perincian biaya lengkap dari Rumah Sakit,
b. Copy semua hasil pemeriksaan laboratorium,
c. Asli perincian obat-obatan, dan
d. Asli surat keterangan medis dari Dokter.

2. **Cara Pengajuan Klaim**

1 Menghubungi **Astra Life** atau mengunduh **Formulir Klaim di www.astralife.co.id**

2 **Mengisi dan melengkapi dokumen Klaim** yang dipersyaratkan **Astra Life sesuai ketentuan Polis.**

3 Serahkan/kirimkan **Formulir Klaim** beserta dokumen-dokumen yang diperlukan **selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari** kalender sejak Tertanggung selesai menjalani Rawat Inap dan/atau Rawat Jalan.

4 **Astra Life akan membayarkan Manfaat Asuransi** selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak klaim disetujui.

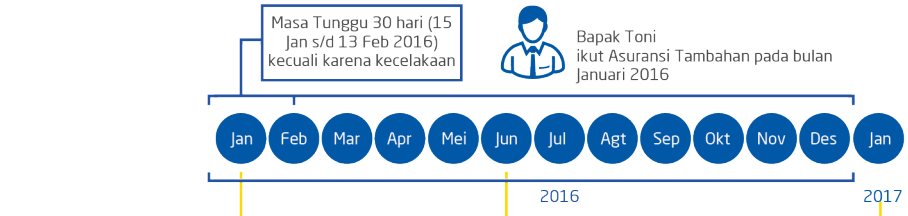
Ilustrasi Produk

Nama Tertanggung	Bapak Toni
Usia Tertanggung	40 Tahun
Jenis Kelamin Tertanggung	Pria
Plan Yang Dipilih	Plan 3
Biaya Asuransi Tambahan bulan pertama*	Rp433.000,-
Tanggal Berlakunya Polis	15 Januari 2016

* *Biaya Asuransi Tambahan bulan selanjutnya mengacu pada usia dan jenis kelamin Tertanggung dan dapat berubah setiap Ulang Tahun Polis sampai dengan Tertanggung mencapai usia 99 (sembilan puluh sembilan) tahun.*

Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Medis & Bedah yang didapat adalah:	
Kamar Rawat Inap per hari	: Rp1.000.000,-
Unit Perawatan Intensif per hari	: Rp2.000.000,-
Kunjungan Dokter Umum per hari	: Rp400.000,-
Kunjungan Dokter Spesialis per hari	: Rp560.000,-
Pembedahan - Kompleks/Ketidakmampuan	: Rp150.000.000,-
Pembedahan - Besar/Ketidakmampuan	: Rp82.500.000,-
Pembedahan - Sedang/Ketidakmampuan	: Rp55.000.000,-
Pembedahan - Kecil/Ketidakmampuan	: Rp27.500.000,-
Aneka Perawatan Rumah Sakit	: Rp15.000.000,-
Perawatan sebelum Rawat Inap/ Ketidakmampuan per tahun	: Rp3.000.000,-
Perawatan sesudah Rawat Inap/ Ketidakmampuan per tahun	: Rp3.000.000,-
Perawatan oleh Perawat setelah Rawat Inap/ Ketidakmampuan per tahun	: Rp500.000,-
Perawatan Darurat Rawat Jalan	: Rp10.000.000,-
Perawatan Kanker	: Rp100.000.000,-
Perawatan Cuci Darah	: Rp30.000.000,-
Perawatan Darurat Gigi	: Rp50.000.000,-
Fisioterapi	: Rp560.000,-

Apabila Bapak Toni menjalani Perawatan di Rumah Sakit, maka Manfaat Asuransi Tambahan yang akan dibayarkan oleh Kami adalah sebagai berikut :



(Ilustrasi 1)
Pada tanggal 1 Februari 2016, Bapak Toni mengalami sakit Thypus dan di Rawat Inap di Rumah Sakit selama 5 hari.
Maka Kami tidak akan membayarkan manfaat Asuransi kepada Bapak Toni dikarenakan masih berada di dalam Masa Tunggu 30 hari.

(Ilustrasi 2)
Pada tanggal 28 Juni 2016, Bapak Toni mengalami sakit Demam Berdarah dan di Rawat Inap di Rumah Sakit Rekanan dengan biaya kamar per hari 1 juta selama 7 hari dan menggunakan fasilitas *Cashless*, maka manfaat Asuransi yang Kami bayarkan sesuai plan 3 adalah :
1.Kamar Rawat Inap selama 7 hari: Rp7.000.000,-
2.Kunjungan Dokter Umum selama 7 hari: Rp2.800.000,-

(Ilustrasi 3)
Pada tanggal 2 Januari 2017, Bapak Toni mengalami Kecelakaan dan di Rawat Inap di Rumah Sakit dengan biaya kamar per hari 1 juta selama 8 hari dimana selama 3 hari di kamar ICU dan 5 hari di kamar biasa dan menjalani pembedahan.
Maka Kami akan membayarkan manfaat Asuransi kepada Bapak Toni berupa:
- Kamar Rawat Inap (5 hari) : Rp5.000.000,-
- Unit Perawatan Intensif (3 hari) : Rp6.000.000,-
- Kunjungan Dokter Umum selama 8 hari : Rp3.200.000,-
- Kunjungan Dokter Spesialis selama 8 hari : Rp4.480.000,-
- Pembedahan - Besar : Rp82.500.000,-
- Aneka Perawatan Rumah Sakit: sesuai kuitansi Rp15.000.000,-

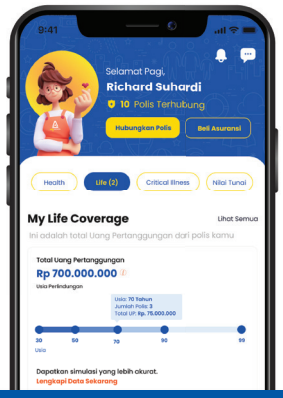
Ketentuan Sanggahan:

- *Ilustrasi di atas hanya merupakan contoh jumlah pembayaran klaim manfaat asuransi dan jumlah manfaat asuransi yang akan dibayarkan sesuai dengan syarat dan ketentuan Polis.*
- *Ilustrasi Produk Asuransi sesuai manfaat / plan yang Anda pilih dapat dilihat pada dokumen Simulasi/ilustrasi Personal Anda yang disediakan pada saat proses permohonan asuransi.*

Informasi Tambahan

1. Definisi
   - Kondisi Kesehatan Yang Sudah Ada Sebelumnya (*Pre-existing Condition*)
     Setiap Kondisi Kesehatan atau gejala dari Tertanggung meliputi (termasuk namun tidak terbatas pada) kondisi atau gejala sebagai berikut:
     a. yang telah didiagnosa, menerima nasehat medis; atau
     b. yang telah diberikan tindakan secara medis; atau
     c. yang telah melakukan pengobatan secara medis, perawatan secara medis; atau
     d. gejala tersebut memiliki ciri khas dan terlihat secara nyata; atau
     e. yang seharusnya gejala tersebut telah diketahui oleh Tertanggung, sebelum Tanggal Berlakunya Polis atau sebelum Tanggal Pemulihan Polis.
   - Masa Tunggu
     Masa Tunggu terdiri dari:
     1) Masa Tunggu 30 (tiga puluh) hari
        Masa dimana manfaat Asuransi Tambahan tidak berlaku yaitu selama 30 (tiga puluh) hari pertama sejak Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis, manapun yang lebih akhir, kecuali Rawat Inap karena Kecelakaan, sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku.
     2) Masa Tunggu 12 (dua belas) bulan
        Masa dimana manfaat Asuransi Tambahan terhadap penyakit khusus di bawah ini tidak dapat dibayarkan dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis, manapun yang lebih akhir. Penyakit khusus tersebut adalah sebagai berikut:
        a) Semua jenis Hernia;
        b) Semua jenis tumor/benjolan/kista/kanker;
        c) Semua jenis Tuberkulosis (TBC);
        d) Endometriosis;
        e) Hemorrhoid (Wasir);
        f) Penyakit pada amandel atau kelenjar gondok;
        g) Kondisi abnormal rongga hidung, nasal septum atau nasal konka (turbinate);
        h) Kelainan kelenjar tiroid;
        i) Hysterectomy (dengan atau tanpa salpingo – Oophorectomy);
        j) Tekanan Darah Tinggi, semua jenis Penyakit Jantung dan semua jenis Penyakit Pembuluh Darah termasuk Stroke;
        k) Fistula di anus;
        l) Batu empedu;
        m) Batu ginjal, saluran kemih atau kandung kemih;
        n) Katarak;
        o) Tukak lambung atau usus dua belas jari;
        p) Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk fibroid/miom di rahim;
        q) Herniasi diskus intervertebral.
        r) Komplikasi Kehamilan
   - Pelayanan Rumah Sakit Rekanan
     Untuk pembayaran manfaat Asuransi Tambahan, Kami menyediakan fasilitas *Cashless* (fasilitas yang diberikan oleh Kami dimana Tertanggung dapat menjalani Rawat Inap tanpa harus melakukan pembayaran terlebih dahulu atas biaya Rawat Inap yang terjadi (sesuai dengan manfaat yang dimiliki Tertanggung sebagaimana tercantum dalam Polis) dengan menunjukkan Kartu Peserta pada Rumah Sakit Rekanan) atau *Reimbursement* (pembayaran atas sejumlah biaya pengobatan dan/atau perawatan yang diajukan sebagai klaim oleh Anda karena terjadinya suatu perawatan atau pelayanan medis bagi Tertanggung akibat Penyakit atau Kecelakaan di Rumah Sakit dan/atau Rumah Sakit Rekanan. Jumlah yang dibayarkan kepada Anda dan/atau Tertanggung tidak melebihi dari manfaat maksimum pada Daftar Manfaat Asuransi Tambahan sesuai Plan yang tercantum dalam Ringkasan Polis).
2. RIPLAY Umum ini merupakan penjelasan singkat tentang produk Asuransi Tambahan Perawatan Medis dan Bedah ("Produk Asuransi") dan bukan merupakan bagian dari aplikasi permohonan Asuransi dan Polis.
3. Informasi mengenai manfaat Produk Asuransi ini secara lengkap dapat Anda pelajari pada Polis jika permohonan Asuransi Anda disetujui.
4. Dalam hal terdapat perbedaan mengenai ketentuan yang sama yang tercantum dalam RIPLAY Umum ini dengan yang tercantum dalam Polis maka yang berlaku adalah yang tercantum dalam Polis.
5. PT ASURANSI JIWA ASTRA dapat menolak permohonan asuransi Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
6. Anda harus membaca dengan teliti RIPLAY Umum ini dan berhak bertanya kepada tenaga pemasar atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
7. PT ASURANSI JIWA ASTRA berhak membatalkan perlindungan asuransi atas diri Anda sehubungan dengan informasi dan/atau data yang disampaikan oleh Anda tidak benar dan/atau Premi belum Kami terima. Dengan demikian pastikan Anda telah membaca dan memahami isi dokumen sebelum ditandatangani dan memberikan informasi data diri Anda dengan jujur, lengkap, dan benar dimana informasi tersebut dapat memengaruhi penilaian PT ASURANSI JIWA ASTRA sehingga PT ASURANSI JIWA ASTRA tidak berkewajiban untuk menyetujui permohonan asuransi ini atau membayar manfaat asuransi apapun dan asuransi menjadi batal demi hukum.
8. Dalam hal PT ASURANSI JIWA ASTRA bermaksud melakukan perubahan terhadap ketentuan atas Produk Asuransi ini, termasuk namun tidak terbatas pada ketentuan mengenai manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Polis, makaPT ASURANSI JIWA ASTRA akan menyampaikan pemberitahuan secara tertulis terlebih dahulu kepada Anda selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum perubahan tersebut berlaku efektif.
9. Produk Asuransi ini adalah produk asuransi milik PT ASURANSI JIWA ASTRA sehingga PT ASURANSI JIWA ASTRA bertanggung jawab atas Produk Asuransi ini.
10. Produk Asuransi ini telah tercatat pada Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

Aplikasi Layanan Nasabah Astra Life dalam Genggaman



myPortfolio

Gabungkan semua polis Astra Life kamu untuk kemudahan mengakses manfaat dan melihat portofolio perlindunganmu

myClaim

Anti ribet untuk pengajuan klaim kamu

mye-Card

Akses e-card jadi lebih mudah untuk klaim di Rumah Sakit

myFund Value

Pantau portofolio dana unit link dalam satu aplikasi

Download MyAstraLife di

Get it on Google Play | Download on the App Store

Layanan Pengaduan

Pengaduan Lisan / Tertulis

Hubungi Contact Center Hello Astra Life (telepon/surat/email).

Pengaduan Lisan / Tertulis

Dalam 5 hari kerja. Untuk pengaduan tertulis, maksimum 20 hari kerja sejak dokumen diterima dengan lengkap dan benar; dan dapat diperpanjang maksimum 20 hari kerja jika diperlukan.

Penyelesaian Pengaduan

Secara lisan untuk pengaduan dari telepon. Tertulis untuk pengaduan melalui surat/ email. Dan atas penyampaian Penyelesaian Pengaduan tersebut:

- Jika Anda setuju, maka pengaduan selesai.
- Jika tidak setuju, maka pengaduan dapat disampaikan kembali sesuai ketentuan yang berlaku.

Penyelesaian Perselisihan

Konsumen atau perwakilan konsumen dapat memilih untuk melakukan penyelesaian perselisihan dan/atau pengaduan baik di luar pengadilan (Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan) atau pengadilan.

Pusat Informasi dan Layanan Pengaduan

Syarat dan ketentuan yang berlaku terkait Produk Asuransi ini dapat diperoleh pada media berikut ini:

Contact Center Hello Astra Life

1500282

Senin - Minggu, 24 jam

E-mail & Whatsapp

hello@astralife.co.id

08952-**1500282**

Senin - Jumat, 08.00 - 16.00 WIB

Website & Social Media

www.astralife.co.id

astralifeID

Surat Menyurat & Walk-In Customer

PT ASURANSI JIWA ASTRA

Pondok Indah Office Tower 3, Lantai 1
Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V - TA
Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310

PT ASURANSI JIWA ASTRA berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan