

## RINGKASAN INFORMASI PRODUK COMM CLASSY CARE

DEFINISI	
<b>Nama Produk</b>	<b>COMM CLASSY CARE</b>
<b>Jenis Produk</b>	<b>Asuransi Tambahan</b>
<b>Penerbit</b>	<b>PT Commonwealth Life</b>
<b>Deskripsi Produk</b>	Adalah produk asuransi tambahan yang memberikan perlindungan kesehatan meliputi penggantian biaya perawatan rumah sakit dan pembedahan yang disebabkan oleh penyakit atau kecelakaan tanpa harus membayar tunai / cashless*.  *Untuk rawat inap yang dilakukan di jaringan Rumah Sakit yang bekerjasama
<b>Usia Masuk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tertanggung : Minimal 15 hari dan Maksimal : 70 tahun (ulang tahun terakhir)</li> <li>• Untuk Tertanggung Tambahan Anak: Minimal 15 hari dan Maksimal 16 tahun</li> </ul>
<b>Masa Pertanggungan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tahunan</li> <li>• Dapat diperpanjang sampai Tertanggung mencapai usia 88 tahun.</li> <li>• Untuk Tertanggung tambahan anak dapat diperpanjang sampai mencapai usia 23 tahun</li> </ul>
<b>Mata Uang</b>	Rupiah (IDR)
<b>Metode Underwriting</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Full Underwriting sesuai ketentuan yang berlaku di Penanggung.</li> <li>• Penanggung berhak untuk tidak memperpanjang Asuransi Tambahan <b>Comm Classy Care</b>.</li> </ul>
<b>Masa Tunggu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masa Tunggu karena penyakit adalah 28 hari.</li> <li>• Masa Tunggu untuk Penyakit Khusus adalah 12 bulan pertama.</li> <li>• Tidak ada Masa Tunggu untuk perawatan di rumah sakit karena kecelakaan.</li> <li>• Masa Tunggu berlaku sejak Tanggal Mulai Berlaku pertanggungan atau tanggal Pemulihan atau Tanggal Perubahan.</li> </ul>
<b>Kondisi yang Sudah Ada Sebelumnya</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berlaku untuk 24 bulan pertama.</li> <li>• Kondisi yang Sudah Ada Sebelumnya berlaku sejak Tanggal Mulai Berlaku pertanggungan atau tanggal Pemulihan atau Tanggal Perubahan.</li> </ul>

MANFAAT	
<b>Manfaat Produk</b>	<p><b>A. Manfaat Penggantian Biaya Rawat Inap</b></p> <p><b>1. Kamar Rumah Sakit</b> Manfaat ini mencakup biaya Kamar Rumah Sakit sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk RS di dalam wilayah Indonesia : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kamar Rumah Sakit dengan satu tempat tidur dan memiliki fasilitas kamar mandi di dalam dengan harga terendah; atau</li> <li>b. Kamar Rumah Sakit dengan satu tempat tidur dan memiliki fasilitas kamar mandi di dalam dengan harga kamar yang tidak melebihi Rp. 1.000.000,- per hari. Apabila Tertanggung menempati kamar dengan biaya kamar lebih besar dari Rp 1.000.000,- per hari, maka perhitungan seluruh manfaat akan diberlakukan secara proporsional</li> </ul> </li> <li>• Untuk RS di luar wilayah Indonesia : Harga kamar terendah dengan satu tempat tidur.</li> </ul> <p>Limit Maksimum per-tahun : 200 hari Penggantian biaya Rawat Inap tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.</p> <p><b>2. Unit Perawatan Intensif</b> Manfaat ini mencakup biaya perawatan selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Perawatan Intensif (ruang isolasi, Unit Perawatan Intensif (ICU), Unit Perawatan Intensif Koroner (ICCU), Unit Perawatan Intensif Pediatri (PICU), Unit Perawatan Intensif Medis (MICU) atau kamar Perawatan lainnya dengan peralatan setara dengan Perawatan Intensif). Limit Maksimum per-tahun : 50 hari</p>

Penggantian biaya Rawat Inap untuk Perawatan Intensif tersebut tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

**3. Biaya Akomodasi**

Manfaat ini mencakup biaya makanan dan penginapan untuk pendamping Tertanggung selama Tertanggung menjalani Rawat Inap. Manfaat ini hanya berlaku untuk Tertanggung berusia di bawah 17 tahun pada saat klaim terjadi.

Limit Maksimum per-tahun Polis : 60 hari

Manfaat ini dibayarkan jika tagihan merupakan satu kesatuan dengan biaya perawatan yang dikeluarkan oleh pihak Rumah Sakit. Penggantian Biaya Akomodasi tersebut tidak melebihi Batas Manfaat Harian dan Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

**B. Manfaat Penggantian Biaya Pembedahan**

**1. Biaya Pembedahan**

Manfaat ini mencakup biaya untuk Pembedahan yaitu biaya Dokter Spesialis bedah, asisten operator, Dokter Spesialis anastesi, ruang bedah, ruang pemulihan, peralatan bedah dan obat-obatan yang digunakan serta dilakukan sesuai dengan prosedur yang berlaku umum dan standar untuk Perawatan yang dialami oleh Tertanggung apabila menjalani Pembedahan

Penggantian Biaya Pembedahan tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

**2. Pembedahan Pulang Hari**

Manfaat ini mencakup biaya untuk Pembedahan Pulang Hari yaitu Biaya Dokter Spesialis bedah, asisten operator, Dokter Spesialis anastesi, ruang bedah, ruang pemulihan, peralatan bedah dan obat-obatan yang digunakan serta dilakukan sesuai dengan prosedur yang berlaku umum dan standar untuk perawatan yang dialami oleh Tertanggung apabila menjalani Pembedahan tanpa perlu melakukan Rawat Inap, dengan ketentuan Pembedahan yang dijalani oleh Tertanggung adalah Diperlukan Secara Medis, dan tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

**C. Manfaat Penggantian Biaya Medis**

**1. Aneka Biaya Perawatan Rumah Sakit**

Manfaat ini meliputi tes diagnostik, obat-obatan, biaya administrasi dan biaya medis lainnya selama Tertanggung menjalani perawatan di rumah sakit. Penggantian Aneka Biaya Perawatan Rumah Sakit tidak melebihi maksimal Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

**2. Biaya Kunjungan Dokter di Rumah Sakit**

Manfaat ini mencakup konsultasi dan perawatan medis oleh 1 (satu) orang Dokter utama yang merawat Tertanggung untuk 1 (satu) kunjungan / hari selama menjalani Rawat Inap dengan maksimum 200 (dua ratus) hari per tahun serta tidak melebihi maksimal Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

**3. Biaya Konsultasi Dokter Spesialis di Rumah Sakit**

Manfaat ini mencakup biaya konsultasi dokter spesialis di rumah sakit untuk 1 (satu) kunjungan / hari dengan maksimum 200 (dua ratus) hari per tahun serta tidak melebihi maksimal Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

**4. Biaya Ambulans**

Manfaat ini mencakup biaya layanan ambulans dari tempat kejadian ke rumah sakit dan / atau dari rumah sakit ke rumah sakit lain atau bank darah dan sebaliknya, yang terkait dengan rawat inap. Penggantian Biaya Ambulans tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

**5. Laporan Medis**

CommLife akan membayarkan biaya yang sebenarnya dibebankan untuk mendapatkan laporan medis selama dirawat di rumah sakit tetapi tidak lebih besar dari jumlah yang

tercantum dalam Tabel Manfaat serta tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan per tahun polis.

#### **D. Manfaat Penggantian Biaya Rawat jalan**

##### **1. Perawatan Sebelum Rawat Inap**

Manfaat ini meliputi biaya yang sebenarnya untuk konsultasi dokter, tes diagnostik & perawatan medis karena penyakit yang sama yang timbul maksimal 30 (tiga puluh) hari sebelum Tertanggung dirawat di rumah sakit dan tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

##### **2. Perawatan Setelah Rawat Inap**

Manfaat ini meliputi biaya untuk konsultasi dokter, tes diagnostik & perawatan medis karena penyakit yang sama yang timbul maksimal 90 (sembilan puluh) hari setelah Tertanggung keluar dari rumah sakit dan tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

##### **3. Rawat Jalan Kanker (kemoterapi dan Radioterapi)**

Manfaat ini meliputi biaya atas perawatan radioterapi atau kemoterapi (tidak termasuk konsultasi, pemeriksaan tes, dan obat untuk dibawa pulang) jika Tertanggung menurut Diagnosa mengalami kanker. Penggantian Biaya Rawat Jalan Kanker tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

##### **4. Rawat Jalan Cuci Darah**

Manfaat ini meliputi biaya atas perawatan cuci darah jika Tertanggung menurut Diagnosa mengalami gagal ginjal. Penggantian Biaya Rawat Jalan Cuci Darah tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

##### **5. Pengobatan Efek Samping Setelah kemoterapi dan/ atau Radioterapi**

Manfaat ini meliputi pengobatan Efek Samping Setelah Kemoterapi dan/atau Radioterapi (antibiotik, obat anti mual, steroid, obat penghilang rasa sakit, obat untuk meningkatkan kekebalan tubuh, transfusi darah) yang dijalani oleh Tertanggung adalah memang diperlukan secara medis. Pengobatan Efek Samping setelah kemoterapi dan/atau Radioterapi tidak melebihi Batas Manfaat Tahunan sesuai dengan plan yang diambil dan Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

##### **6. Fisioterapi**

Manfaat ini meliputi terapi untuk pengobatan lanjutan dari kondisi medis setelah Tertanggung menjalani Rawat Inap. Terapi tersebut harus direkomendasikan dan disetujui secara tertulis oleh Dokter dan pengobatan pertama dilakukan dalam waktu 60 (enam puluh) hari sejak keluar dari Rumah Sakit. Manfaat yang dibayarkan tidak melebihi batas manfaat dengan maksimal 20 kali kunjungan, per tahun polis dan tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan seperti tercantum dalam Tabel Manfaat.

##### **7. Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan**

Manfaat ini mencakup biaya untuk layanan medis di rumah sakit jika Tertanggung mengalami cedera karena kecelakaan yang terjadi dalam kurun waktu maksimal 48 (empat puluh delapan) jam sejak terjadinya kecelakaan. Perawatan lanjutan oleh Dokter atau Rumah Sakit yang sama untuk Cedera yang sesuai dan yang ditanggung akan diberikan sampai dengan 14 (empat belas) hari sejak terjadinya Kecelakaan. Penggantian biaya rawat jalan darurat karena kecelakaan tidak melebihi Batas Manfaat Tahunan dan Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

##### **8. Rawat Jalan Darurat Gigi Karena Kecelakaan**

Manfaat ini mencakup biaya untuk layanan dokter gigi di rumah sakit jika Tertanggung mengalami cedera karena kecelakaan yang terjadi dalam kurun waktu maksimal 48 (empat puluh delapan) jam sejak terjadinya kecelakaan. Perawatan gigi lanjutan oleh Dokter Gigi atau Rumah Sakit yang sama untuk Cedera yang sesuai dan yang ditanggung akan diberikan sampai dengan 14 (empat belas) hari sejak terjadinya Kecelakaan. Penggantian biaya rawat jalan darurat karena kecelakaan tidak melebihi Batas Manfaat Tahunan dan Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.

	<p><b>9. Perawatan Di Rumah</b>  Penanggung akan membayar Biaya selama Tertanggung menjalani perawatan di rumah setelah Tertanggung menjalani rawat inap akibat penyakit atau kecelakaan. Penggantian biaya Perawatan di Rumah tersebut dilakukan selama maksimal 60 (enam puluh) hari per tahun Polis dengan tidak melebihi batas manfaat per hari dan Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.</p> <p><b>10. Santunan Tunai Harian Rawat Inap</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Manfaat ini akan membayar Santunan Tunai Harian Rawat Inap yang ditanggung dalam Asuransi Tambahan dengan ketentuan tidak melebihi maksimal batas manfaat tahunan dan Batas Tahunan Keseluruhan dengan maksimal 25 (dua puluh lima) hari per tahun Polis sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat, dan.</li> <li>b. Manfaat ini hanya akan dibayarkan apabila klaim telah dibayarkan seluruhnya oleh asuransi lain yang sama atau sejenis yang dimiliki oleh Tertanggung dan/atau pembayaran manfaat pegawai apapun atau asuransi yang disponsori pemerintah yang dimiliki Tertanggung.</li> </ol> <p><b>E. Manfaat Penggantian Pelayanan Medis Darurat di Luar Wilayah Pertanggung</b></p> <p>Manfaat ini akan membayar Biaya selama Tertanggung menjalani Perawatan Medis Darurat di Luar Area, dengan ketentuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Rawat Inap terjadi dalam kurun waktu 24 (dua puluh empat) jam sejak munculnya gejala Penyakit sebagai akibat dari kondisi gawat darurat atau rangkaian yang tiba-tiba dan tidak terduga dari Penyakit Stroke, Serangan Jantung dan Kecelakaan.</li> <li>b. Perawatan yang dilakukan oleh Tertanggung adalah diperlukan secara medis.</li> <li>c. Perawatan terjadi di luar wilayah pertanggungungan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat yang dimiliki Tertanggung.</li> <li>d. Tidak melebihi Batas Manfaat Tahunan dan Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat.</li> </ol>
--	---

<b>RISIKO</b>	
<b>Risiko Investasi</b>	<p><b>Risiko Pasar (Risiko Berkurangnya Nilai Unit)</b>  Harga Unit Investasi dapat mengalami kenaikan maupun penurunan mengikuti fluktuasi harga pasar atau sebagai akibat pergerakan suku bunga dan kurs mata uang secara signifikan.</p> <p><b>Risiko Ekonomi dan Politik</b>  Risiko yang timbul akibat adanya perubahan signifikan terhadap kondisi ekonomi makro / mikro, politik, keamanan atau akibat adanya peraturan perundang-undangan yang terkait dengan dunia usaha.</p> <p><b>Risiko Kredit</b>  Risiko yang terjadi jika perusahaan yang menerbitkan instrumen investasi tidak mampu memenuhi kewajibannya untuk membayar kembali kewajibannya kepada nasabah. Risiko ini dapat memberikan dampak tidak langsung kepada PT Commonwealth yang ditempatkan kepada perusahaan penerbit instrument tersebut.</p> <p><b>Risiko Operasional</b>  Risiko yang disebabkan karena tidak berjalannya proses internal, system, maupun proses internal.</p>

<b>BIAYA</b>	
<b>Biaya Asuransi Tambahan (Cost of Rider)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biaya Asuransi Tambahan dikenakan berdasarkan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usia (ulang tahun terakhir)</li> <li>- Jenis Kelamin</li> <li>- Berlaku sama untuk <i>Smoker &amp; Non-Smoker</i></li> </ul> </li> <li>• Biaya Asuransi Tambahan akan diambil di muka setiap ulang-bulan dengan cara pencairan Nilai Investasi.</li> </ul>

PERSYARATAN DAN TATA CARA	
<b>Pengajuan Asuransi Jiwa (Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk pengajuan Asuransi Jiwa (Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan), Anda harus mengisi dan melengkapi dokumen sebagai berikut:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ);</li> <li>b. Kartu Identitas;</li> <li>c. Ilustrasi; dan</li> <li>d. Dokumen pendukung lainnya</li> </ol> </li> <li>• Pengajuan asuransi dinyatakan diterima apabila semua syarat dan ketentuan sudah terpenuhi dan Perusahaan telah menerima premi pertama sebagai salah satu syarat penerbitan dan berlakunya Polis.</li> </ul>
<b>Prosedur Pembayaran Manfaat Asuransi (Pengajuan Klaim)</b>	<p><b>1. Prosedur Pengajuan Klaim <i>Reimbursement</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dalam waktu 60 (enam puluh) hari kalender sejak tanggal Tertanggung selesai menjalankan Pelayanan Medis di Rumah Sakit, Pemegang Polis wajib menyerahkan kepada Penanggung dokumen klaim sebagai berikut:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Formulir asli, terdiri dari:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulir Pengajuan Klaim yang dilengkapi dan ditandatangani oleh Pemegang Polis (M1), dan</li> <li>- Formulir Keterangan Kesehatan Klaim yang dilengkapi oleh Dokter (M2);</li> </ul> </li> <li>b. Fotokopi kartu identitas Tertanggung dan Pemegang Polis;</li> <li>c. Resume medis asli yang ditandatangani oleh Dokter, jika Tertanggung menjalani perawatan di Rumah Sakit;</li> <li>d. Seluruh hasil pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium, radiologi, dan lain-lain) asli, jika Tertanggung menjalani perawatan di Rumah Sakit;</li> <li>e. Kuitansi asli dan/atau perincian asli atas tagihan Rumah Sakit dan/atau Dokter yang merawat, jika Tertanggung menjalani perawatan di Rumah Sakit;</li> <li>f. Surat berita acara asli dari Kepolisian dalam hal Rawat Inap atau meninggal dunia tidak wajar atau karena Kecelakaan; dan</li> <li>g. Surat keterangan asli dari Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) setempat dalam hal Kecelakaan di luar negeri.</li> </ol> </li> <li>• Manfaat Asuransi ini tidak akan dibayarkan apabila persyaratan dokumen pengajuan klaim tidak dilengkapi dan/atau diajukan dalam waktu 60 (enam puluh) hari kalender sejak tanggal Tertanggung selesai menjalani Rawat Inap dan/ atau rawat jalan.</li> <li>• Seluruh dokumen pengajuan klaim yang berhubungan dengan perawatan yang telah diterima oleh Penanggung tidak dapat dirubah atau diganti oleh siapapun dengan alasan apapun.</li> </ul> <p><b>2. Prosedur fasilitas <i>Cashless</i> berlaku dengan ketentuan sebagai berikut :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berlaku hanya untuk Pelayanan Medis Rawat Inap,</li> <li>b. Tertanggung menunjukkan kartu kepesertaan dan identitas diri lainnya, dan</li> <li>c. Melakukan Pelayanan Medis di Rumah Sakit jaringan sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku.</li> <li>d. Rumah Sakit jaringan akan melakukan proses standar sebagaimana disepakati dengan Penanggung</li> <li>e. Apabila Penanggung setuju bahwa Tertanggung berhak mendapatkan pelayanan fasilitas <i>Cashless</i> sesuai haknya, maka Penanggung akan mengeluarkan surat persetujuan rawat inap kepada Rumah Sakit jaringan tersebut.</li> </ol>
<b>Tata cara pengaduan pembelian produk</b>	<p>Dalam hal terdapat pengaduan yang ingin Anda sampaikan dalam pembelian produk asuransi, Anda dapat menghubungi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Commonwealth Life Customer Care melalui Telepon : 1500525 atau (0210 570 5000, 29299500;</li> <li>• Email ke : <a href="mailto:commcenter@commlife.co.id">commcenter@commlife.co.id</a>;</li> <li>• Mengunjungi kantor PT. Commonwealth Life di alamat: Gedung WTC 6 lantai 8, Jl. Jend. Sudirman Kav. 29 – 31 Jakarta 12920; atau</li> <li>• Menghubungi Tenaga Pemasar PT. Commonwealth Life.</li> </ul>

**SIMULASI**

**Simulasi**

Data Pertanggungan :	
Pemegang Polis	Tn. Nasabah
Tertanggung	Tn. Nasabah
Usia Tn. Nasabah	40 th
Uang Pertanggungan Dasar (UP)	1 Milyar
Premi Dasar Tahunan	Rp.18 juta
Top Up Berkala Tahunan	Rp.18 juta
Asuransi Tambahan (rider):	
COMM Classy Care Plan B	Plan B (ASIA)

MANFAAT PERTANGGUNGAN	
Bila Tertanggung meninggal dunia akibat Sakit atau Kecelakaan	1 Miliar
Manfaat Penggantian Pelayanan Medis Darurat di Luar Wilayah Pertanggungan karena kejadian yang mendadak atas Kecelakaan, Stroke & jantung	75 juta
Bila Tertanggung mengalami sakit atau kecelakaan dan perlu dilakukan rawat inap, maka berhak atas manfaat :	
<b>Manfaat Penggantian Biaya Rawat Inap</b> Kamar Rumah Sakit (maksimal ( 200 hari/th)	<b>Untuk RS di dalam wilayah Indonesia :</b> a. Kamar Rumah Sakit dengan satu tempat tidur dan memiliki fasilitas kamar mandi di dalam dengan harga terendah; atau b. Kamar Rumah Sakit dengan satu tempat tidur dan memiliki fasilitas kamar mandi di dalam dengan harga kamar yang tidak melebihi Rp. 1.000.000,- per hari. Apabila Tertanggung menempati kamar dengan biaya kamar lebih besar dari Rp 1.000.000,- per hari, maka perhitungan seluruh manfaat akan diberlakukan secara proporsional.  <b>Untuk RS di luar wilayah Indonesia :</b> Harga kamar terendah dengan satu tempat tidur.
Unit Perawatan Intensif (ICU) Unit Perawatan Koroner Intensif (ICCU) Unit Perawatan Anak Intensif (PICU) Unit Perawatan Medis Intensif (MICU) Kamar Perawatan lainnya dengan peralatan setara dengan Perawatan Intensif (maksimal 50 hari/th)	Sesuai Tagihan
Biaya Akomodasi * (Maks per hari; sampai dengan 60 hari per tahun polis)  *Biaya Akomodasi dibayarkan jika tagihan merupakan satu kesatuan dengan biaya perawatan yang dikeluarkan oleh pihak Rumah Sakit.	1,500,000
<b>Manfaat Penggantian Biaya Pembedahan</b> Biaya Pembedahan (Maksimal per tahun polis)	Sesuai Tagihan
Pembedahan Pulang hari (Maksimal per tahun polis)	Sesuai Tagihan
<b>Manfaat Penggantian Biaya Medis</b>	Sesuai Tagihan

Aneka Biaya Perawatan Rumah Sakit (Maksimal per tahun polis)	
Biaya Kunjungan Dokter di Rumah Sakit (Maksimal 1 kunjungan per hari; maksimal 200 hari per tahun polis)	Sesuai tagihan
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis di Rumah Sakit (Maksimal 1 kunjungan per hari; maksimal 200 hari per tahun polis)	Sesuai tagihan
Biaya Ambulans (Maks per rawat inap )	Sesuai tagihan
Laporan Medis (Maksimal per rawat inap)	1,000,000
<b>Manfaat Penggantian Biaya Rawat Jalan</b> Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap (Maksimal per tahun polis; 30 hari sebelum rawat inap)	Sesuai tagihan
Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap (Maksimal per tahun polis; 90 hari setelah rawat inap)	Sesuai tagihan
Biaya Rawat Jalan Cuci Darah (Maksimal per tahun polis)	Sesuai Tagihan
Biaya Rawat Jalan Kanker (Kemoterapi & Radioterapi) (Maks per tahun polis )	Sesuai Tagihan
Pengobatan Efek Samping Setelah kemoterapi dan/ atau Radioterapi (Maksimal per tahun polis)	2,000,000
Fisioterapi (Fisioterapi pertama dalam 60 hari sejak Rawat Inap; Maksimal 20 hari per tahun polis)	1,000,000
Biaya Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan (Maksimal per tahun polis)	15,000,000
Biaya Rawat Jalan Darurat Gigi Karena Kecelakaan (Maksimal per tahun polis)	15,000,000
Perawatan di Rumah (Home Nursey) (Maks per hari; maks 60 hari per tahun polis)	750,000
Santunan Tunai Harian Rawat Inap** (Maks per hari; maks 25 hari per tahun polis)	1,500,000
**Manfaat ini hanya akan dibayarkan apabila klaim telah dibayarkan seluruhnya oleh asuransi lain (Mengacu kepada ketentuan Polis)	
<b>Manfaat Penggantian Pelayanan Medis Darurat di Luar Wilayah Pertanggungungan ***</b>	75,000,000
***Manfaat ini akan membayarkan penggantian biaya Perawatan Medis Darurat di Luar Area atas Penyakit Stroke, Serangan Jantung dan Kecelakaan (Mengacu kepada ketentuan Polis)	
<b>Batas Tahunan Keseluruhan</b>	5,000,000,000