

**RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN/ATAU LAYANAN
COMM CLASSY CARE ULTIMATE**

COMM CLASSY CARE ULTIMATE merupakan produk asuransi kesehatan yang memberikan perlindungan yaitu penggantian biaya perawatan di 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 dengan PT Commonwealth Life

DEFINISI	
Tertanggung	Orang yang kesehatannya diasuransikan yang dapat terdiri atas Tertanggung Utama dan Tertanggung Tambahan yang namanya tercantum dalam Rincian Polis dan perubahannya (jika ada).
Tertanggung Utama	Orang yang kesehatannya diasuransikan berdasarkan Polis yang bertanggungjawab atas informasi Tertanggung yang terdapat dalam Surat Permintaan Asuransi Kesehatan.
Tertanggung Tambahan	Anggota keluarga inti dari Tertanggung Utama yang diikut sertakan dalam pertanggungan Polis berdasarkan Surat Permintaan Asuransi Kesehatan.
Penanggung	PT Commonwealth Life atau nama lain sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
Pemegang Polis	Perorangan yang mengadakan perjanjian dengan Penanggung dan bertanggungjawab atas pembayaran Premi.
Polis	Dokumen yang memuat hak dan kewajiban Penanggung, Pemegang Polis dan/atau Tertanggung sehubungan dengan pertanggungan ini beserta Surat Permintaan Asuransi Kesehatan (SPAK), Rincian Polis, berikut semua perubahan yang sah (jika ada) dan ditandatangani oleh Penanggung.
Premi	Sejumlah uang yang harus dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung berdasarkan Polis.
Manfaat Asuransi	Manfaat pertanggungan yang menjadi hak Tertanggung berdasarkan ketentuan Polis.
Tabel Manfaat COMM Classy Care Ultimate	Daftar yang mencantumkan jenis Manfaat Asuransi dan batasan maksimum pada setiap jenis Manfaat Asuransi yang menjadi hak Tertanggung.

MANFAAT ASURANSI	
A. Manfaat Penggantian Biaya Rawat Inap	
<p>1. Kamar Rumah Sakit Manfaat ini, mencakup biaya kamar Rumah Sakit sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk Rawat Inap yang terjadi di wilayah Indonesia (lihat contoh halaman 4): <ul style="list-style-type: none"> a. Biaya kamar dengan satu tempat tidur dan memiliki fasilitas kamar mandi di dalam dengan harga terendah; atau b. Biaya kamar dengan satu tempat tidur dan memiliki fasilitas kamar mandi di dalam dengan harga kamar yang tidak melebihi Rp. 1.000.000,- (satu juta Rupiah) per hari. Apabila Tertanggung menempati kamar dengan biaya kamar lebih besar dari Rp. 1.000.000,- (satu juta Rupiah) per hari, maka perhitungan seluruh manfaat akan diberlakukan secara proporsional • Untuk Rumah Sakit di luar wilayah Indonesia: sebesar biaya kamar dengan satu tempat tidur dengan harga yang terendah. <p>Limit Maksimum: 200 hari per tahun Polis Penggantian biaya Rawat Inap tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat</p>	

COMM Classy Care Ultimate.

2. Perawatan Intensif

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: 50 hari per tahun Polis

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

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: 60 hari per tahun Polis

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 COMM Classy Care Ultimate.

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 COMM Classy Care Ultimate.

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 COMM Classy Care Ultimate.

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 COMM Classy Care Ultimate.

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 per 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 COMM Classy Care Ultimate.

3. Biaya Konsultasi Dokter Spesialis di Rumah Sakit

Manfaat ini mencakup biaya konsultasi Dokter Spesialis di Rumah Sakit untuk 1 (satu) kunjungan per hari dengan maksimum 200 (dua ratus) hari per tahun serta tidak melebihi maksimal Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat COMM Classy Care Ultimate.

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 COMM Classy Care Ultimate.

5. Laporan Medis

Penanggung akan membayarkan biaya yang sebenarnya dibebankan untuk mendapatkan laporan medis selama dirawat di Rumah Sakit tetapi tidak melebihi Batas Tahunan Keseluruhan per tahun polis sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat COMM Classy Care Ultimate.

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 COMM Classy Care Ultimate.

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 COMM Classy Care Ultimate.

3. Rawat Jalan Kanker (Kemoterapi dan Radioterapi)

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

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 COMM Classy Care Ultimate.

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 COMM Classy Care Ultimate.

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 COMM Classy Care Ultimate.

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 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 COMM Classy Care Ultimate.

8. Rawat Jalan Darurat Gigi Karena Kecelakaan

Manfaat ini mencakup biaya untuk layanan Dokter Gigi di Rumah Sakit jika Tertanggung mengalami Kecelakaan yang terjadi dalam 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 COMM Classy Care Ultimate.

9. Perawatan Di Rumah

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 COMM Classy Care Ultimate.

10. Santunan Tunai Harian Rawat Inap

- a. Manfaat ini akan membayar santunan tunai harian Rawat Inap yang ditanggung 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 COMM Classy Care Ultimate, dan
- 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.

E. Manfaat Penggantian Pelayanan Medis Darurat di Luar Wilayah Pertanggung

Manfaat ini akan membayar biaya selama Tertanggung menjalani perawatan medis darurat di Luar wilayah pertanggung, dengan ketentuan :

- 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.
- b. Perawatan yang dilakukan oleh Tertanggung adalah diperlukan secara medis.
- c. Perawatan terjadi di luar wilayah pertanggung sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat COMM Classy Care Ultimate yang dimiliki Tertanggung.
- d. Tidak melebihi Batas Manfaat Tahunan dan Batas Tahunan Keseluruhan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat COMM Classy Care Ultimate.

CONTOH PENENTUAN KELAS KAMAR RUMAH SAKIT DI WILAYAH INDONESIA	
Contoh 1	<p>Bapak Joni adalah nasabah PT Commonwealth Life yang memiliki Polis COMM Classy Care Ultimate dirawat di Rumah Sakit ABC di kota Jakarta. Harga terendah dengan satu tempat tidur dan kamar mandi di dalam di Rumah Sakit ABC, adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelas 1 Rp. 1.500.000 per hari - VIP A seharga Rp. 2.000.000 per hari <p>Bapak Joni berhak untuk menempati kamar kelas 1 dengan harga Rp. 1.500.000. Jika Bapak Joni mengambil kelas VIP A, maka pembayaran manfaat akan diperhitungkan secara prorata dari harga kamar kelas 1. Benefit Prorata ini akan diperhitungkan untuk semua pelayanan di Rumah Sakit (kamar, Dokter, dll)</p>
Contoh 2	<p>Bapak Joni adalah nasabah PT Commonwealth Life yang memiliki Polis COMM Classy Care Ultimate dirawat di Rumah Sakit XYZ di Solo. Harga terendah dengan satu tempat tidur dan kamar mandi di dalam di Rumah Sakit XYZ, adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelas 1: RP 600.000 per hari - VIP A: RP 800.000 per hari - VVIP: RP 1.100.000 per hari <p>Bapak Joni berhak untuk menempati kamar kelas 1 atau VIP A. Jika Bapak Joni mengambil kelas VVIP, maka pembayaran manfaat akan diperhitungkan secara prorata dari harga kamar kelas 1. Benefit Prorata ini akan diperhitungkan untuk semua pelayanan di RS (kamar, dokter, dll)</p>

PERSYARATAN DAN TATA CARA											
Usia Masuk	<ul style="list-style-type: none"> • Tertanggung Utama: Minimal 15 hari dan Maksimal : 70 tahun (ulang tahun terakhir) • Tertanggung Tambahan Anak: Minimal 15 hari dan Maksimal 16 tahun (ulang tahun terakhir) Dewasa: Minimal 17 tahun dan Maksimal 70 tahun (ulang tahun terakhir) • Usia Masuk Pemegang Polis : Minimal 17 tahun dan Maksimal : 75 tahun (ulang tahun terakhir) 										
Masa Pertanggungan	<ul style="list-style-type: none"> • Tertanggung sampai dengan usia 89 tahun. • Tertanggung Tambahan anak sampai dengan usia 24 tahun 										
Mata Uang	<ul style="list-style-type: none"> • US Dollar 										
Metode Underwriting	<ul style="list-style-type: none"> • Full Underwriting dan sesuai ketentuan yang berlaku di Penanggung. 										
Masa Tunggu (Waiting Period)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Penyebab</th> <th style="text-align: center;">Masa Tunggu*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Karena Penyakit</td> <td>28 hari</td> </tr> <tr> <td>Karena Penyakit Khusus</td> <td>12 bulan</td> </tr> <tr> <td><i>Pre-existing Condition</i></td> <td>24 bulan</td> </tr> <tr> <td>Karena Kecelakaan</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p>*terhitung sejak Tanggal Mulai Berlaku atau tanggal perubahan, mana yang paling akhir.</p>	Penyebab	Masa Tunggu*	Karena Penyakit	28 hari	Karena Penyakit Khusus	12 bulan	<i>Pre-existing Condition</i>	24 bulan	Karena Kecelakaan	-
Penyebab	Masa Tunggu*										
Karena Penyakit	28 hari										
Karena Penyakit Khusus	12 bulan										
<i>Pre-existing Condition</i>	24 bulan										
Karena Kecelakaan	-										
Pengajuan Asuransi	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk pengajuan Asuransi COMM Classy Care Ultimate ini, Anda harus mengisi dan melengkapi dokumen sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> a. Surat Pengajuan Asuransi Kesehatan (SPAK); b. Kartu Identitas; c. Ilustrasi; dan d. Dokumen pendukung lainnya • 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. 										
Risiko -Risiko	<p>Risiko Ekonomi dan Politik 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>Risiko Kredit 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 Life yang ditempatkan kepada perusahaan penerbit instrument tersebut.</p> <p>Risiko Operasional Risiko yang disebabkan karena tidak berjalannya proses internal, sistem, maupun proses eksternal.</p>										
Prosedur Pembayaran Manfaat Asuransi (Pengajuan Klaim)	<p>1. Prosedur Pengajuan Klaim <i>Reimbursement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dalam waktu 60 (enam puluh) hari kalender sejak tanggal Tertanggung selesai menjalankan Pelayanan Medis di Rumah Sakit, Pemegang Polis wajib menyerahkan 										

	<p>kepada Penanggung dokumen klaim sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Formulir asli, terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> - Formulir Pengajuan Klaim yang dilengkapi dan ditandatangani oleh Pemegang Polis (M1), dan - Formulir Keterangan Kesehatan Klaim yang dilengkapi oleh Dokter (M2); b. Fotokopi kartu identitas Tertanggung dan Pemegang Polis; c. Resume medis asli yang ditandatangani oleh Dokter, jika Tertanggung menjalani perawatan di Rumah Sakit; d. Seluruh hasil pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium, radiologi, dan lain-lain) asli, jika Tertanggung menjalani perawatan di Rumah Sakit; e. Kuitansi asli dan/atau perincian asli atas tagihan Rumah Sakit dan/atau Dokter yang merawat, jika Tertanggung menjalani perawatan di Rumah Sakit; f. Surat berita acara asli dari Kepolisian dalam hal Rawat Inap atau meninggal dunia tidak wajar atau karena Kecelakaan; dan g. Surat keterangan asli dari Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) setempat dalam hal Kecelakaan di luar negeri. <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Seluruh dokumen pengajuan klaim yang berhubungan dengan perawatan yang telah diterima oleh Penanggung tidak dapat dirubah atau diganti oleh siapapun dengan alasan apapun. <p>2. Prosedur fasilitas <i>Cashless</i> berlaku dengan ketentuan sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berlaku hanya untuk Pelayanan Medis Rawat Inap, b. Tertanggung menunjukkan kartu kepesertaan dan identitas diri lainnya, dan c. Melakukan Pelayanan Medis di Rumah Sakit jaringan sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku. d. Rumah Sakit jaringan akan melakukan proses standar sebagaimana disepakati dengan Penanggung 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. .
<p>Tata Cara Pengaduan</p>	<p>Dalam hal terdapat pengaduan yang ingin disampaikan, dapat menghubungi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comm Center melalui telepon 1-500-525; • Email commcenter@commlife.co.id; • Mengunjungi kantor PT Commonwealth Life dengan alamat Gedung WTC 6, Jln Jendral Sudirman Kav 29 – 31 Jakarta 12920; atau • Tenaga pemasar PT Commonwealth Life

PREMI

Premi	<ul style="list-style-type: none">• Premi dikenakan berdasarkan :<ul style="list-style-type: none">- Usia (ulang tahun terakhir)- Jenis Kelamin- Plan yang dipilih- Berlaku sama untuk <i>Smoker & Non-Smoker</i>• Besarnya Premi tidak dijamin dan dapat berubah dengan pemberitahuan selambat-lambatnya 30 hari sebelum ulang tahun Polis berikutnya.
--------------	---

PENGECUALIAN

Manfaat Asuransi ini tidak mengganti biaya perawatan Rumah Sakit karena:

1. Penyakit atau Cedera atau kondisi yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-Existing Condition*), di mana kondisi yang disebabkan oleh Penyakit akan mulai berlaku 24 (dua puluh empat) bulan setelah Tanggal Mulai Berlaku atau tanggal pemulihan atau tanggal perubahan Asuransi Tambahan, mana yang lebih akhir;
2. Penyakit Khusus yang didiagnosa dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Mulai Berlaku atau tanggal pemulihan atau tanggal perubahan Asuransi Tambahan, mana yang terakhir, kecuali diakibatkan oleh Kecelakaan, meliputi:
 - a. Setiap jenis hernia termasuk Hernia Nucleus Pulposus (HNP), namun bukan dari penyakit kongenital;
 - b. Endometriosis, *Uterine Fibroid*/Mioma, termasuk penyakit-penyakit pada sistem reproduksi lainnya, Varikokel, Hidrokel, Histerektomi;
 - c. Segala jenis kista, tumor jinak maupun ganas pada organ manapun;
 - d. TBC (*Tuberculosis*), Asma, termasuk tetapi tidak terbatas pada Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK);
 - e. Anal Fistula dan/atau Abses, Perianal Fistula dan/atau Abses dan *Haemorrhoid*;
 - f. Kencing manis, Radang empedu (*Kolesistitis*), Batu empedu, semua jenis Hepatitis dan Penyakit Sirosis Hati kecuali Hepatitis A;
 - g. Amandel dan Penyakit Adenoid, yang dilakukan pembedahan;
 - h. Batu pada Saluran Kemih (ginjal, ureter, urethra, Bladder/ Kandung kemih) dan Turbinatum Kandung Kemih;
 - i. Perawatan yang berhubungan dengan ginjal selain radang/ infeksi;
 - j. Kelainan Hidung, Sinus, Septum atau Turbinatum;
 - k. Kelainan dari Kelenjar *Thyroid* dan/atau *Parathyroid*;
 - l. Radang Lambung (*Gastritis*, *Dispepsia*, *Ulcus Pepticum*) atau Tukak Usus Dua Belas Jari, Perforasi Lambung;
 - m. Katarak;
 - n. Haluks Valgus;
 - o. Semua jenis Epilepsi (*Grand Mal* atau *Petit Mal*);
 - p. Semua perawatan yang berhubungan dengan Tulang Belakang dan Sumsum Tulang Belakang termasuk Diskus, Prolaps Cakram Antar Ruas Tulang Belakang (*Disc Prolaps*);
 - q. Hipertensi, Penyakit Jantung dan pembuluh Darah/*Coronary Artery Disease*, Penyakit Pembuluh Darah Otak/*Cerebro Vascular Disease*, termasuk *Transient Ischemic Attack* (TIA), Stroke, Sakit kepala/*Cephalgia*, Migrain, Vertigo;
 - r. Kelainan darah (misal Anemia, Leukemia, dll) dan Lupus;
 - s. Semua jenis kelainan lutut, termasuk semua jenis kelainan tulang, persendian, otot dan ligamentum.
3. Pelayanan Medis yang dilakukan pada masa tunggu (*waiting period*);
4. Manfaat Asuransi ini tidak akan dibayarkan apabila perawatan disebabkan oleh Cedera atau Penyakit yang timbul secara langsung atau tidak langsung sebagai akibat dari:
 - a. Setiap usaha bunuh diri dalam keadaan sadar atau tidak sadar, atau terluka oleh tindakan yang dilakukan oleh diri mereka sendiri dan/atau orang lain atas perintah dari Tertanggung;

- b. Perang, negara dalam keadaan darurat karena perang, apakah dinyatakan atau tidak, sedang bertugas sebagai anggota angkatan bersenjata atau polisi, yang melaksanakan tugas operasi militer, pemulihan keamanan dan ketertiban umum;
 - c. Melakukan dan/atau berpartisipasi dalam demonstrasi, pemogokan, kerusuhan, pemberontakan, pengambilalihan atau *coup d'etat*, dan tindakan melanggar hukum;
 - d. Tindakan dalam kaitannya dengan penggunaan alkohol, narkotika, obat-obatan, zat terlarang, racun, gas, radiasi nuklir dan semua tindakan lain dengan karakteristik yang sama yang dilakukan dengan sengaja, kecuali yang disebabkan oleh pekerjaan diri Tertanggung;
 - e. Melakukan kegiatan berbahaya seperti terjun payung, menyelam, terbang layang, balap mobil, perahu motor balap, balap motor, *bungy jumping*, arung jeram, olah raga beladiri, panjat tebing, eksplorasi gua, dan jenis olahraga berisiko lainnya;
 - f. Pekerjaan/jabatan yang terkait dengan risiko pekerjaan, seperti pilot maskapai penerbangan komersil, penambang, dan posisi berisiko tinggi lainnya non-komersial, kecuali dinyatakan lain secara tertulis oleh Tertanggung dan disetujui oleh perusahaan asuransi;
 - g. Cedera atau Penyakit sebagai akibat dari reaksi nuklir (radiasi dan kontaminasi).
5. Perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan kosmetik atau perangkat kecantikan, termasuk operasi plastik kecuali untuk operasi plastik rekonstruksi fungsional karena Kecelakaan dalam waktu 30 hari (tiga puluh) hari kalender setelah Kecelakaan;
 6. Tertanggung berpartisipasi dalam penerbangan udara selain sebagai penumpang resmi atau awak komersial maskapai sipil berlisensi dan beroperasi di penerbangan rutin;
 7. Biaya yang tidak sesuai dengan kenyataan dan kebutuhan, dan bukan Biaya Yang Wajar dan Biasa yang dikenakan dalam pengobatan Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan, atau pembedahan atau perawatan yang tidak Diperlukan Secara Medis;
 8. Biaya yang dikenakan untuk menyumbangkan organ dilakukan oleh Tertanggung atau biaya organ disumbangkan untuk diasuransikan dan semua biaya yang dikenakan oleh organ donor;
 9. Pengobatan untuk obesitas, penurunan berat badan atau berat badan, bulimia, *anoreksia nervosa*;
 10. Pemeriksaan refraksi, koreksi bias mata termasuk rabun jauh (*myopia*), pembelian / sewa kacamata/lensa;
 11. Pengobatan atau operasi untuk mengubah jenis kelamin, gangguan perilaku seksual, Penyakit menular seksual;
 12. Pengobatan sehubungan dengan kehamilan/upaya untuk hamil, termasuk melahirkan, diagnosis dan pengobatan infertilitas, keguguran, aborsi, sterilisasi (vasektomi/MOP dan Tubektomi/MOW) dan metode kontrasepsi pengendalian kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, termasuk semua komplikasi berikutnya;
 13. Sunat dengan segala konsekuensinya selain sunat diperlukan dan dilakukan dalam kaitannya dengan Kecelakaan atau Penyakit yang diderita oleh Tertanggung;
 14. Pengobatan yang timbul sehubungan dengan atau yang dihasilkan dari Kelainan Bawaan, baik diketahui atau tidak diketahui;
 15. Rawat inap di Rumah Sakit dengan maksud hanya untuk melakukan X-ray diagnostik, pemeriksaan kesehatan rutin (*medical check-up*);
 16. Gangguan tidur atau mendengkur, terapi gangguan, terapi hiperhidrosis, terapi sel induk;
 17. Perawatan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit atau klinik melainkan di spa/sauna/salon;
 18. Semua perawatan dan pengobatan terhadap stres, depresi, neurosis, manifestasi psikosomatik, kondisi geriatri,

psychogeriatric, atau kelainan dan gangguan mental lainnya;

19. Biaya pengobatan sehubungan dengan:
 - a. *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS);
 - b. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV); atau
 - c. Penyakit lain atau komplikasi yang disebabkan oleh dua penyakit diatas
20. Perawatan dan/atau pengobatan eksperimental, tradisional dan/atau alternatif yang diluar ilmu kedokteran barat yang tidak terbatas pada akupunktur (kecuali dilakukan oleh dokter), *sinshe*, dukun patah tulang, paranormal, *chiropractor*, *naturopath*, Orthotik, Holistik, kosmetika dan sejenisnya beserta komplikasinya sekalipun dilakukan ditempat yang terdaftar sebagai Rumah Sakit dan/atau dilakukan oleh praktisi medis yang terdaftar;
21. Rawat jalan yang tidak terkait dengan Rawat Inap, kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan;
22. Biaya pemeriksaan atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis/alasan Rawat Inap, biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Dokter, biaya preventif (pencegahan Penyakit), termasuk imunisasi dan vaksinasi, semua jenis suplemen, biaya istirahat, biaya telekomunikasi, biaya penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin, termasuk isinya, dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan Pelayanan Medis;
23. Semua alat penunjang atau alat bantu buatan atau bahan sintesis baik yang di luar atau melekat pada tubuh, termasuk namun tidak terbatas pada kursi roda, kruk, anggota tubuh palsu, alat bantu dengar, alat bantu penglihatan, kecuali yang ditanamkan di dalam tubuh pada saat pembedahan di kamar operasi seperti alat pacu jantung, *stent*, *pen*, *plate*, *screw*, *K-wire*, lensa intra okular, dan sejenisnya.

Tabel Manfaat COMM Classy Care Ultimate

Manfaat	Deskripsi	Pilihan Manfaat (Dalam Mata Uang USD)		
		Plan A	Plan B	Plan C
		Seluruh Dunia kecuali USA	ASIA	Indonesia & Malaysia
Manfaat Penggantian Biaya Rawat Inap				
Kamar Rumah Sakit	Maks 200 hari per tahun Polis	Kamar 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	Maks 50 hari per tahun Polis	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Akomodasi **	Maks per hari; maks 60 hari per tahun Polis	200	150	100
Manfaat Penggantian Biaya Pembedahan				
Biaya Pembedahan	Maks per tahun Polis	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Pembedahan Pulang hari	Maks per tahun Polis			
Manfaat Penggantian Biaya Medis				
Aneka Biaya Perawatan Rumah Sakit	Maks per tahun Polis	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Kunjungan Dokter di Rumah Sakit	Maks 1 kunjungan per hari; maks 200 hari per tahun Polis			
Biaya Konsultasi Dokter Spesialis di Rumah Sakit	Maks 1 kunjungan per hari; maks 200 hari per tahun Polis			
Biaya Ambulans	Maks per Rawat Inap	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Laporan Medis	Maks per Rawat Inap	200	100	75
Manfaat Penggantian Biaya Rawat Jalan				
Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap	Maks per tahun Polis; 30 hari sebelum Rawat Inap	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap	Maks per tahun Polis; 90 hari setelah Rawat Inap	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Rawat Jalan Cuci Darah	Maks per tahun Polis	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Rawat Jalan Kanker (Kemoterapi & Radioterapi)	Maks per tahun Polis	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Pengobatan Efek Samping Setelah kemoterapi dan/ atau Radioterapi	Maks per tahun Polis	500	200	N/A
Fisioterapi	Fisioterapi pertama dalam 60 hari sejak Rawat Inap; Maks 20 hari per tahun Polis.	150	100	75
Biaya Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan	Maks per tahun Polis	2,500	1,500	1,000
Biaya Rawat Jalan Darurat Gigi Karena Kecelakaan	Maks per tahun Polis	2,500	1,500	1,000
Perawatan di Rumah (Home Nursing)	Maks per hari; maks 60 hari per tahun Polis	150	75	50
Santunan Tunai Harian Rawat Inap ***	Maks per hari; maks 25 hari per tahun Polis	250	150	100
Manfaat Penggantian Pelayanan Medis Darurat di Luar Wilayah Pertanggunggaan ****	Maks per tahun Polis	10,000	7,500	5,000
Batas Tahunan Keseluruhan	Maks per tahun Polis	1,000,000	750,000	500,000

Keterangan :

*Untuk Rumah Sakit di dalam wilayah Indonesia :

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.

**Untuk Rumah Sakit di luar wilayah Indonesia : Harga kamar terendah dengan satu tempat tidur.

**Biaya Akomodasi dibayarkan jika tagihan merupakan satu kesatuan dengan biaya perawatan yang dikeluarkan oleh pihak Rumah Sakit.

***Manfaat ini hanya akan dibayarkan apabila klaim telah dibayarkan seluruhnya oleh asuransi lain (Mengacu kepada ketentuan Polis)

****Manfaat ini akan membayarkan penggantian biaya Perawatan Medis Darurat di Luar Area atas Penyakit Stroke, Serangan Jantung dan Kecelakaan (Mengacu kepada ketentuan Polis).

SIMULASI					
Simulasi	Data Pertanggunggaan COMM Classy Care Ultimate Plan B				
	Data	Tertanggung Utama (TU)	Tertanggung Tambahan I (TT I)	Tertanggung Tambahan II (TT II)	Tertanggung Tambahan III (TT III)
	Nama	Bagus Pradana	Diana Maulida	Adifa Pradana	Andika Pradana
	Jenis Kelamin	Laki-laki	Wanita	Wanita	Laki-laki
	Usia	38	35	6	4
	Hubungan Dengan TU	Diri Sendiri	Suami/Istri	Anak	Anak

Premi (dalam USD)	1,642	1,754	2,088	2,370	7,854
MANFAAT PERTANGGUNGAN					
Bila Tertanggung mengalami sakit atau kecelakaan dan perlu dilakukan rawat inap, maka berhak atas manfaat :					
Manfaat Penggantian Biaya Rawat Inap Kamar Rumah Sakit (maksimal 200 hari per tahun Polis)	Untuk Rawat Inap di wilayah Indonesia : 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. Untuk RS di luar wilayah Indonesia : 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 per tahun Polis)	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.	150				
Manfaat Penggantian Biaya Pembedahan Biaya Pembedahan (Maksimal per tahun polis)	Sesuai Tagihan				
Pembedahan Pulang Hari (Maksimal per tahun polis)	Sesuai Tagihan				
Manfaat Penggantian Biaya Medis Aneka Biaya Perawatan Rumah Sakit (Maksimal per tahun polis)	Sesuai Tagihan				
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)	100				

Manfaat Penggantian Biaya Rawat Jalan 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)	200
Fisioterapi (Fisioterapi pertama dalam 60 hari sejak Rawat Inap; Maksimal 20 hari per tahun polis)	100
Biaya Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan (Maksimal per tahun polis)	1,500
Biaya Rawat Jalan Darurat Gigi Karena Kecelakaan (Maksimal per tahun polis)	1,500
Perawatan di Rumah (Home Nursing) (Maks per hari; maks 60 hari per tahun Polis)	75
Santunan Tunai Harian Rawat Inap** (Maks per hari; maks 25 hari per tahun polis) **Manfaat ini hanya akan dibayarkan apabila klaim telah dibayarkan seluruhnya oleh asuransi lain (Mengacu kepada ketentuan Polis)	150
Manfaat Penggantian Pelayanan Medis Darurat di Luar Wilayah Pertanggungangan *** ***Manfaat ini akan membayarkan penggantian biaya Perawatan Medis Darurat di Luar Area atas Penyakit Stroke, Serangan Jantung dan Kecelakaan (Mengacu kepada ketentuan Polis)	7,500
Batas Tahunan Keseluruhan	750,000