GENERALI

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN/ATAU LAYANAN VERSI UMUM

Nama Penerbit	:	PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia	**Jenis Produk**	:	Asuransi Kesehatan
Nama Produk	:	Asuransi Tambahan Generali Lite HealthCare Syariah	**Deskripsi Produk**	:	Asuransi tambahan yang memberikan penggantian biaya perawatan Peserta, untuk biaya Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Manfaat Lainnya
Mata Uang	:	Rupiah			

FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN

Usia Masuk	• Pemegang Polis : 18 – 90 tahun (berdasarkan ulang tahun terdekat) • Peserta : 31 hari – 70 tahun (berdasarkan ulang tahun terdekat)	**Kontribusi**	Kontribusi Asuransi Tambahan bergantung pada usia Peserta, jenis kelamin, dan *Plan* yang dipilih
Manfaat Asuransi	Batas Tahunan mulai dari Rp1.000.000.000 hingga Rp10.000.000.000	**Cara Pembayaran Kontribusi**	Tahunan, Semesteran, Kuartalan, dan Bulanan
Pilihan *Plan*	Gold Standard, Gold Superior, Gold Deluxe, Diamond, Platinum, Titanium	**Masa Asuransi**	1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang setiap ulang tahun polis, dengan maksimum masa asuransi sampai dengan Peserta mencapai usia 95 (sembilan puluh lima) tahun atau hingga Masa Asuransi Dasar berakhir, mana yang lebih dahulu. Khusus Peserta Tambahan Anak maksimal sampai dengan usia 25 tahun.

MANFAAT

1. **Biaya Kamar dan Akomodasinya**
   Dalam hal Peserta menjalani Rawat Inap maka Pengelola akan memberikan penggantian biaya atas pelayanan dan Perawatan bagi Peserta, termasuk dalam Manfaat Asuransi ini Adalah penggantian biaya kamar termasuk kamar isolasi, makanan, dan layanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada Peserta, namun tidak mencakup biaya layanan yang tidak terkait dengan Perawatan Peserta. Besar manfaat adalah sama dengan biaya yang dibebankan oleh Rumah Sakit secara penuh selama Peserta menjalani Rawat Inap, namun manfaat tersebut tidak lebih besar dari manfaat biaya Kamar dan Akomodasinya per hari sesuai dengan Plan sebagai mana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini. Dalam hal Peserta melakukan Rawat Inap di kamar dengan kelas lebih tinggi dan melebihi batas maksimal sesuai dengan Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini, maka seluruh kelebihan biaya yang timbul menjadi tanggung jawab Peserta.Tidak ada batasan hari untuk Rawat Inap per Tahun Polis Asuransi Tambahan. Dengan tetap memperhatikan Masa Asuransi atas Tambahan ini, dalam hal Peserta menderita kondisi koma selama 1 (satu) tahun Kalender berturut–turut maka Asuransi Tambahan ini akan berakhir.

2. **Biaya Perawatan Intensif**
   Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian biaya yang timbul selama Peserta dirawat di unit Perawatan Intensif, yaitu biaya kamar (jika ada), makanan dan layanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada Peserta, namun tidak mencakup biaya layanan yang tidak terkait dengan Perawatan Peserta. Tidak ada batasan hari untuk Rawat Inap per Tahun Polis Asuransi Tambahan. Dengan tetap memperhatikan Masa Asuransi atas Asuransi Tambahan ini, dalam hal Peserta menderita kondisi koma selama 1 (satu) tahun kalender berturut-turut maka Asuransi Tambahan ini akan berakhir

3. **Manfaat Tindakan Bedah**
   a. Penggantian atas biaya yang dibebankan oleh Rumah Sakit selama Peserta menjalani Rawat Inap untuk suatu Tindakan Bedah yang Dibutuhkan Secara Medis, per 1 (satu) Ketidakmampuan dengan batas maksimal sesuai Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini. Yang termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah:
      i. Biaya tim Ahli Bedah atau Dokter Spesialis lain yang memiliki kualifikasi tertentu untuk melakukan Tindakan Bedah termasuk asisten Ahli Bedah/Dokter Spesialis tersebut;
      ii. Biaya tim Ahli Anestesi;
      iii. Biaya kamar bedah (termasuk biaya kamar pemulihan, alat-alat, dan Obat-obatan di kamar bedah termasuk sarana dan prasarana Tindakan Bedah).
   b. Tindakan Bedah dibedakan dalam kategori pembedahan sesuai Tabel Tindakan Bedah terlampir. Jika terjadi perbedaan kategori Tindakan Bedah, maka penentuan kategori Tindakan Bedah sesuai yang tercantum dalam Tabel Tindakan Bedah pada ketentuan Asuransi Tambahan ini.

RISIKO

Risiko terkait dengan produk asuransi tambahan ini adalah sebagai berikut:

1. Pemegang Polis sepakat bahwa Pengelola dapat membatalkan Asuransi apabila Pemegang Polis dan/ atau Peserta tidak memberikan data dan/atau informasi yang sebenar-benarnya saat mengajukan Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah (SPAJS), baik berupa informasi kesehatan, pekerjaan, penghasilan, sumber penghasilan pembayar Kontribusi maupun informasi lainnya yang disampaikan dalam SPAJS dan/atau dokumen lainnya yang dilampirkan pada saat pengajuan SPAJS.
2. Asuransi menjadi berakhir apabila Anda tidak membayar Kontribusi tepat waktu atau telah melewati periode Masa Leluasa membayar Kontribusi (*grace period*).
3. Pengelola dapat menolak pengajuan klaim apabila termasuk pengecualian dalam Polis dan/atau Pemegang Polis tidak melaksanakan kewajibannya sebagaimana disebutkan dalam ketentuan Polis.
4. Setiap kondisi pembatalan atau pengakhiran Polis dilakukan tanpa memerlukan putusan atau penetapan pengadilan. Selanjutnya, Pemegang Polis dan Peserta sepakat untuk mengesampingkan dan menyatakan tidak berlaku Pasal 1266 dan Pasal 1267 Kitab Undang-undang Hukum Perdata sampai pada ketentuan pembatalan atau pengakhiran perjanjian melalui Pengadilan.

c. Apabila dilakukan lebih dari 1 (satu) Tindakan Bedah, maka berlaku ketentuan berikut:
   i. Jika Tindakan Bedah dilakukan melalui sayatan tunggal pada kulit atau lebih dari satu sayatan pada kulit atas Ketidakmampuan dan/atau teknik operasi yang sama, maka biaya Tindakan Bedah dibayarkan dengan menggunakan ketentuan sebagai berikut:
      • Untuk Penyakit yang sama, biaya Tindakan Bedah dibayarkan maksimum 100% (seratus per seratus) dari kategori Tindakan Bedah.
      • Untuk Penyakit yang berbeda, dianggap sebagai 1 (satu) Penyakit dan biaya Tindakan Bedah dibayarkan sesuai dengan kategori Tindakan Bedah yang terbesar di antara masing-masing Tindakan Bedah tersebut.
   ii. Jika Tindakan Bedah dilakukan lebih dari satu sayatan pada kulit atas Ketidakmampuan yang berbeda, maka biaya Tindakan Bedah yang dibayarkan maksimum untuk 2 (dua) tindakan dengan manfaat yang diberikan sebesar 100% (seratus per seratus) dari kategori Tindakan Bedah yang terbesar dan 50% (lima puluh per seratus) untuk Tindakan Bedah terbesar kedua.

d. Apabila Tindakan Bedah yang dilakukan tidak tercantum pada tabel Tindakan Bedah, maka Pengelola mempunyai hak untuk menentukan kategori Tindakan Bedah tersebut, yang merupakan keputusan akhir.

4. Biaya Perawatan Rumah Sakit Lainnya

Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian Biaya Perawatan Rumah Sakit atas hal-hal sebagai berikut:

a. Obat-obatan (khusus untuk Obat-obatan yang dibawa pulang maksimal untuk konsumsi secara wajar selama 14 (empat belas) hari) dan transfusi;
b. Pemeriksaan Penunjang Diagnostik (tidak termasuk biaya Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang melakukan tindakan atau melakukan interpretasi atas hasil pemeriksaan);
c. Peralatan medis;
d. Tindakan rehabilitasi medis;
e. Perawatan/pelayanan kesehatan di unit Gawat Darurat yang dilakukan pada hari pertama Rawat Inap;
f. Administrasi Rumah Sakit.

Besar manfaat yang dibayarkan sesuai dengan Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini

5. Biaya Dokter Umum

Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian Biaya Wajar dan Biasa untuk kunjungan Dokter Umum. Kunjungan Dokter Umum tersebut sehubungan dengan Penyakit atau Cedera yang mengakibatkan Peserta menjalani Rawat Inap. Maksimal 2 (dua) kali kunjungan per hari dan besar manfaat yang dibayarkan sesuai dengan Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini.

6. Biaya Dokter Spesialis

Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian Biaya Wajar dan Biasa untuk kunjungan dari setiap Dokter Spesialis. Kunjungan Dokter Spesialis tersebut sehubungan dengan Penyakit atau Cedera yang mengakibatkan Peserta menjalani Rawat Inap. Maksimal 1 (satu) kali kunjungan per hari per spesialis dan besar manfaat yang dibayarkan sesuai dengan Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini.

7. Biaya Ambulans

Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian biaya penggunaan ambulans darat (termasuk petugas ambulans) ke Rumah Sakit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Penggunaan ambulans yang diasuransikan adalah:

a. Dari tempat kejadian ke Rumah Sakit; atau
b. Dari Rumah Sakit satu ke Rumah Sakit lainnya.

Penggunaan ambulans yang dimaksud adalah penggunaan ambulans yang ada di darat. Biaya penggunaan ambulans tersebut harus merupakan Pelayanan Yang Dibutuhkan Secara Medis dengan Biaya Wajar dan Biasa dan digunakan sehubungan dengan Penyakit atau Cedera yang mengakibatkan Peserta menjalani Rawat Inap. Besar manfaat yang dibayarkan sesuai dengan Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini. Manfaat ini tidak berlaku untuk evakuasi dan repatriasi.

8. Biaya Perawatan sebelum Rawat Inap atau Pembedahan Pulang Hari

Termasuk dalam manfaat ini adalah biaya konsultasi pengobatan pendahuluan, Obat-obatan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi dan radiologi yang dilakukan oleh Dokter Umum maupun Dokter Spesialis karena suatu Penyakit atau Kecelakaan yang menyebabkan Peserta harus menjalani Rawat Inap.

Biaya Perawatan ini harus terjadi dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum tanggal masuk Rawat Inap di Rumah Sakit untuk menjalani Rawat Inap atau Pembedahan Pulang Hari. Dalam hal Rawat Inap tidak dilakukan maka tidak ada pembayaran atas manfaat ini.
Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah:

a. Konsultasi Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis.
   Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian Biaya Wajar dan Biasa untuk kunjungan Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis. Kunjungan Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis tersebut sehubungan dengan Ketidakmampuan yang sama dengan Ketidakmampuan Rawat Inap Peserta yang telah disetujui oleh Pengelola. Besar manfaat yang dibayarkan sesuai dengan Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini.
b. Obat-obatan dan Pemeriksaan Penunjang Diagnostik
   i. Pemberian Obat-obatan dalam batas wajar yang Diperlukan Secara Medis maksimal 30 (tiga puluh) hari dan dapat diulang berdasarkan kondisi medis dan atas rekomendasi dari Dokter yang merawat (untuk dikonsumsi secara wajar maksimal 30 (tiga puluh) hari).
   ii. Pemeriksaan Penunjang Diagnostik
   Biaya pemeriksaan penunjang yang berhubungan dengan diagnosis Penyakit dan/atau Cedera atas rujukan tertulis dari Dokter yang memeriksa.

9. Biaya Perawatan setelah Rawat Inap atau Pembedahan Pulang Hari

Termasuk dalam manfaat ini adalah biaya konsultasi pengobatan lanjutan, Obat-obatan, pemeriksaan diagnostik lanjutan, laboratorium, pemeriksaan patologi dan radiologi yang dilakukan oleh Dokter Umum maupun Dokter Spesialis karena suatu Penyakit atau Kecelakaan yang menyebabkan Peserta harus menjalani Rawat Inap atau Pembedahan Pulang Hari. Biaya Perawatan ini harus terjadi dalam kurun waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah tanggal keluar Rawat Inap dari Rumah Sakit atau Pembedahan Pulang Hari dan Perawatan ini harus satu Ketidakmampuan yang sama dengan Ketidakmampuan Rawat Inap Peserta yang telah disetujui oleh Pengelola.
Dalam hal terdapat beberapa Rawat Inap dengan Ketidakmampuan yang sama, maka perhitungan manfaat Biaya Perawatan sesudah Rawat Inap mengacu kepada Rawat Inap pertama.
Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah:

a. Konsultasi Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis.
   Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian Biaya Wajar dan Biasa untuk kunjungan Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis. Kunjungan Dokter Umum dan/atau Dokter Spesialis tersebut sehubungan dengan Ketidakmampuan yang sama dengan Ketidakmampuan Rawat Inap Peserta yang telah disetujui oleh Pengelola. Besar manfaat yang dibayarkan sesuai dengan Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini.
b. Obat-obatan dan Pemeriksaan Penunjang Diagnostik
   i. Pemberian Obat-obatan dalam batas wajar yang Diperlukan Secara Medis maksimal 30 (tiga puluh) hari dan dapat diulang berdasarkan kondisi medis dan atas rekomendasi dari Dokter yang merawat (untuk dikonsumsi secara wajar maksimal 30 (tiga puluh) hari).
   ii. Pemeriksaan Penunjang Diagnostik
   Biaya pemeriksaan penunjang yang berhubungan dengan diagnosis Penyakit dan/atau Cedera atas rujukan tertulis dari Dokter yang memeriksa.

10. Biaya Perawatan Kanker

Dalam hal Perawatan Peserta berhubungan dengan diagnosis Kanker, maka manfaat yang akan dibayarkan Pengelola dengan ketentuan sebagai berikut:
Peserta pernah terdiagnosis Penyakit Kanker selama Masa Asuransi atas Asuransi Tambahan ini dan yang dijamin dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian biaya Perawatan Kanker dengan Rawat Jalan maupun Rawat Inap yang dibebankan oleh Rumah Sakit atas biaya pengobatan:

a. Radiotherapy:
b. Targeted therapy:
c. Immunotherapy treatment;
d. Hormonal therapy:
e. Oral chemotherapy, dan *non-oral chemotherapy.*

Manfaat ini juga termasuk untuk Konsultasi Dokter Umum, Dokter Spesialis, Pemeriksaan Penunjang Diagnostik, dan pemberian Obat-obatan pada hari yang sama dengan Perawatan Kanker namun tidak termasuk Obat-obatan yang dibawa pulang.
Perawatan Kanker harus dilakukan di Rumah Sakit atau tempat Perawatan Kanker yang terdaftar secara resmi dan diakui oleh Pemerintah.
Apabila Manfaat Biaya Perawatan Kanker yang diasuransikan dalam Asuransi Tambahan ini telah melewati batasan maksimal sesuai dengan Plan pada Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini, maka tidak ada penyerahan apapun yang akan dilakukan.

11. Biaya Cuci Darah

Dalam hal Perawatan Peserta yang berhubungan dengan cuci darah, maka manfaat yang akan dibayarkan Pengelola dengan ketentuan sebagai berikut:

a. Peserta pernah menjalani Rawat Inap minimal 1 (satu) kali selama Masa Asuransi atas Asuransi Tambahan ini terkait dengan cuci darah dan yang dijamin dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian biaya dengan Rawat Jalan maupun Rawat Inap yang dibebankan oleh Rumah Sakit atas Perawatan cuci darah, termasuk konsultasi Dokter Umum, Dokter Spesialis, Pemeriksaan Penunjang Diagnostik, dan pemberian Obat-obatan pada hari yang sama dilakukannya Perawatan cuci darah, namun tidak termasuk Obat-obatan yang dibawa pulang.
b. Perawatan cuci darah harus dilakukan di Rumah Sakit atau tempat Perawatan cuci darah yang terdaftar secara resmi dan diakui oleh Pemerintah.
c. Adapun Obat-obatan yang diasuransikan dalam manfaat ini hanyalah Obat-obatan yang diberikan untuk tujuan cuci darah atau dialisis saja, bukan Obat-obatan lain yang diberikan untuk mengobati kondisi medis lain yang tidak berkaitan dengan cuci darah atau dialisis yang dialami Peserta pada saat cuci darah atau dialisis dilakukan.
d. Apabila manfaat biaya cuci darah yang diasuransikan dalam Asuransi Tambahan ini telah melewati batasan maksimal sesuai dengan Plan pada Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini, maka tidak ada pembayaran apapun yang akan dilakukan.

12. Biaya Fisioterapi

Yang dijamin dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian biaya yang timbul untuk Perawatan Fisioterapi yang dilakukan di Rumah Sakit, termasuk biaya jasa Ahli Fisioterapi bersertifikat dan penggunaan peralatan medis selama Perawatan fisioterapi yang dilakukan oleh Peserta yang dilakukan atas saran Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang merawat.

Apabila Manfaat Biaya fisioterapi yang diasuransikan dalam Asuransi Tambahan ini telah melewati batasan maksimal sesuai dengan Plan pada Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini, maka tidak ada pembayaran apapun yang akan dilakukan dibawah Manfaat Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap.

Perawatan ini harus terjadi dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum Rawat Inap atau 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah Rawat Inap di Rumah Sakit dan Perawatan ini harus satu Ketidakmampuan yang sama dengan Ketidakmampuan Rawat Inap Peserta yang telah disetujui oleh Pengelola dengan besar manfaat yang dibayarkan sesuai dengan Plan yang tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini.

Apabila Manfaat Biaya fisioterapi yang dijamin dalam Asuransi Tambahan ini telah melewati batasan maksimal sesuai dengan Plan pada Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini, maka tidak ada penyerahan apapun yang akan dilakukan di bawah manfaat Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap.

Dalam hal terdapat beberapa Rawat Inap dengan Ketidakmampuan yang sama, maka perhitungan manfaat Biaya Perawatan Fisioterapi sesudah Rawat Inap mengacu kepada Rawat Inap pertama.

13. Rehabilitasi Medik Pasca Stroke

Biaya untuk rehabilitasi dalam rangka memulihkan hilangnya fungsi dan kemandirian Peserta dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari setelah periode manfaat Biaya Fisioterapi.

Manfaat ini juga memberikan penggantian atas konsultasi Peserta dengan:

a. Ahli Fisioterapi; dan/atau
b. Ahli Terapi Wicara; dan/atau
c. Ahli Terapi Okupasi.

14. Biaya Pembedahan Pulang Hari

Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian Biaya Wajar dan Biasa untuk Tindakan Bedah termasuk dan tidak terbatas pada katarak, tumor jinak, batu empedu, ring jantung, amandel, wasir, peradangan usus buntu dan batu ginjal yang tidak menimbulkan biaya kamar Rawat Inap, dengan batasan sesuai dengan Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini.

15. Biaya Perawatan Gawat Darurat Akibat Kecelakaan

Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah:

a. Penggantian Biaya Wajar dan Biasa untuk Perawatan Gawat Darurat atas Ketidakmampuan yang terjadi karena Kecelakaan, yaitu penggantian biaya Dokter Umum, Dokter Spesialis, sarana dan prasarana medis Rumah Sakit yang timbul dalam melakukan Perawatan Gawat Darurat tersebut. Perawatan Gawat Darurat dimaksud tidak boleh terjadi lebih dari 48 (empat puluh delapan) jam sejak Kecelakaan dimaksud terjadi. Apabila Perawatan Gawat Darurat dimaksud dilanjutkan dengan Rawat Inap, maka Biaya Perawatan Gawat Darurat akan diperhitungkan sebagai Biaya Perawatan Rumah Sakit Lainnya atas Manfaat Asuransi untuk Manfaat Rawat Inap.

b. Penggantian biaya atas Perawatan lanjutan setelah Rawat Jalan yang berkaitan dengan Gawat Darurat akibat Kecelakaan termasuk biaya konsultasi Dokter dan Obat-obatan dengan ketentuan dilakukan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah terjadinya Kecelakaan.

16. Biaya Pendamping

Biaya menginap dan/atau makan yang disediakan oleh Rumah Sakit bagi 1 (satu) orang yang menemani Peserta di kamar yang sama dimana biaya tersebut tercantum pada tagihan Rumah Sakit dengan jumlah maksimal yang dibayarkan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini.

17. Biaya Laporan Medis

Termasuk dalam Manfaat Asuransi ini adalah penggantian Biaya Laporan Medis di Rumah Sakit dengan batasan maksimal 1 (satu) laporan medis Per Ketidakmampuan, dengan batasan sesuai dengan Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini.

18. Manfaat Perawatan pada Periode Tertentu

Pengelola akan memberikan manfaat perawatan yang diakibatkan oleh Penyakit yang terjadi dalam periode tertentu sebagaimana yang diatur dalam ketentuan sebagai berikut:

a. Semua penyakit dalam periode 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal Berlaku Asuransi atas Asuransi Tambahan ini atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang terjadi paling akhir, kecuali Perawatan yang diakibatkan oleh Kecelakaan.

b. Semua Penyakit khusus yang diderita oleh Peserta dalam periode 12 (dua belas) bulan, karena sebab apapun, segala komplikasinya dan Perawatan yang diperlukan, sejak Tanggal Berlaku Asuransi atas Asuransi Tambahan ini atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang terjadi paling akhir:
   i. Setiap jenis hernia; atau
   ii. Penyakit-Penyakit pada sistem reproduksi termasuk endometriosis, uterine fibroid/myoma, histerektomi, varikokel, hidrokel; atau
   iii. Segala jenis benjolan/kista, segala jenis tumor jinak maupun ganas pada organ manapun termasuk Kanker, atau
   iv. TBC (*tuberculosis*), Asma, termasuk namun tidak terbatas pada Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK); atau
   v. Anal fistula dan hemorrhoid; atau
   vi. Kencing manis, radang empedu (Kolesistitis), batu empedu, semua jenis hepatitis termasuk didalamnya sirosis hepatis kecuali hepatitis A; atau
   vii. Amandel dan semua Penyakit pada tonsil, dan/atau Penyakit adenoid, yang dapat dilakukan Tindakan Bedah; atau
   viii. Batu pada saluran kemih (ginjal, ureter, *urethra*, *bladder*/kandung kemih) juga turbinatum kandung kemih termasuk didalamnya gagal ginjal; atau
   ix. Semua jenis kelainan telinga, kelainan hidung, kondisi abnormal rongga hidung, sekat hidung/kerang hidung termasuk sinus, septum atau turbinatum; atau
   x. Radang atau tukak pada lambung (gastritis, dispepsia, ulcus pepticum) atau tukak usus dua belas jari, atau
   xi. Katarak, pterygium, ablasio retina; atau
   xii. Haluks valgus; atau
   xiii. Semua jenis epilepsi (grand mal atau petit mal); atau
   xiv. Gangguan pada tulang belakang termasuk *low back pain*, prolaps cakram antar ruas tulang belakang (*Hernia Nucleus Pulpolus* (HNP), disc prolaps); atau
   xv. Semua jenis kelainan di daerah lutut, termasuk tulang, sendi, otot dan ligamennya: atau
   xvi. Hipertensi, Penyakit jantung dan pembuluh darah, Penyakit pembuluh darah otak/*Cerebrovascular disease*, termasuk *Transient Ischemic Attack* (TIA), stroke, sakit kepala/cephalgia, migrain, vertigo; atau
   xvii. Kelainan darah (anemia, lupus, leukemia, dan lain lain); atau
   xviii. Kelainan kelenjar thyroid; atau
   xix. Varises vena dan ulkus varises.

Manfaat Perawatan Pada Periode Tertentu hanya dibayarkan secara *reimbursement* dengan nilai manfaat sesuai tabel sebagai berikut:

Plan	Gold Standard	Gold Superior	Gold Deluxe
Batas Tahunan	Rp5.000.000	Rp7.500.000	Rp10.000.000

Plan	Diamond	Platinum	Titanium
Batas Tahunan	Rp15.000.000	Rp20.000.000	Rp30.000.000

19. Manfaat Rawat Inap di Luar Wilayah Asuransi

Dalam hal Peserta menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit yang terletak di luar Wilayah Asuransi, maka biaya yang dibayarkan oleh Pengelola tidak melebihi batas maksimal sesuai dengan Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini setelah dikurangi biaya-biaya yang tidak berhubungan dengan Perawatan dan biaya yang dikecualikan dalam Ketentuan Khusus ini, dengan tetap memperhatikan persentase pembagian pembayaran oleh Pengelola sesuai batas maksimal tahunan.

Tidak ada Manfaat Asuransi yang dibayarkan lagi oleh Pengelola, jika jumlah maksimal sesuai dengan Plan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi Tambahan ini telah tercapai.

BIAYA

Kontribusi yang dibayarkan oleh Calon Pemegang Polis sudah termasuk biaya administrasi, biaya asuransi, dan komisi Tenaga Pemasar.

GENERALI

PENGECUALIAN

1. Keadaan Yang Sudah Ada Sebelumnya; atau
2. Seluruh diagnosis atas segala jenis Kanker yang telah didiagnosis sebelumnya atau mendapat pengobatan dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak Tanggal Berlaku Asuransi atas Asuransi Tambahan ini atau sejak Polis dipulihkan yang mana yang terjadi paling akhir kecuali atas Kejadian Yang Sudah Ada Sebelumnya. Apabila Peserta mendapatkan Perawatan yang diakibatkan oleh segala jenis Kanker dalam 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tanggal Berlaku Asuransi atas Asuransi Tambahan ini atau hari sejak Polis dipulihkan, maka segala biaya Perawatan Kanker akan menjadi pengecualian selama Asuransi Tambahan ini berlaku; atau
3. Biaya yang tidak sesuai dengan kenyataan dan keperluan, dan bukan Biaya Wajar dan Biasa pada Perawatan suatu Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan, atau merupakan pilihan Tindakan Bedah atau Perawatan yang tidak Diperlukan Secara Medis; atau
4. Cedera atau Penyakit yang diakibatkan perjalanan dengan pesawat terbang atau sejenisnya, baik dari perusahaan penerbangan non komersil atau dari perusahaan penerbangan komersil tetapi tidak sedang menjalani jalur penerbangan untuk pengangkutan umum yang berjadwal tetap dan teratur atau helikopter, kecuali apabila Peserta merupakan penumpang dari suatu perusahaan penerbangan komersial dengan jadwal penerbangan yang tetap; atau
5. Cedera atau Penyakit yang disebabkan oleh keikutsertaan dalam kejuaraan olah raga yang dilakukan secara profesional, balap jenis apapun, atau karena ikut perlombaan ketangkasan, kecepatan dan sebagainya dengan kendaraan bermotor, perahu, kuda, pesawat udara dan sebagainya, *hang gliding*, *ballooning* parasut, segala aktivitas terbang di udara dan menyelam yang menggunakan Alat Bantu pernapasan seperti terjun payung, terbang layang, *sky diving*, *ultralight*, *diving*, dan sejenisnya, olah raga kontak fisik (tinju, gulat, olah raga bela diri seperti yudo, karate dan sebagainya), *bungee jumping*, menyelam dengan *scuba*, panjat tebing, penelusuran gua, *hiking* lebih dari 2.500 (dua ribu lima ratus) meter dari permukaan laut, arung jeram, *ice skating*, *flying fox* dan kegiatan atau olahraga bahaya lainnya; atau
6. Biaya Pemeriksaan fisik dan laboratorium atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis atau alasan Rawat Inap, biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Dokter, pemeriksaan fisik secara berkala, pemeriksaan kesehatan (*medical check up*) atau uji kesehatan lainnya dimana tidak ada indikasi obyektif tentang adanya gangguan kesehatan normal atau Perawatan yang bersifat preventif (termasuk imunisasi, vaksinasi, *supplement*), biaya istirahat, biaya telekomunikasi, biaya non-medis termasuk namun tidak terbatas pada *underpad*, cuci pakaian, makanan tambahan, pembalut, diapers, salon, biaya pengisian resume medis, waslap, paket pasien (perlengkapan mandi), *tissue, hand towel, laundry bag*, biaya penyewaan televisi berikut saluranya, biaya lemari pendingin termasuk isinya, Perawatan secara khusus dengan tujuan mengatur (menaikkan atau menurunkan) berat badan, bulimia, anoreksia nervosa, dan Perawatan lainnya yang tidak Diperlukan Secara Medis; atau
7. Perawatan medis dan pengobatan untuk gangguan tumbuh kembang termasuk namun tidak terbatas pada *failure to thrive* (FTT), gangguan makan, gangguan bicara, hiperaktivitas, gangguan pemusatan perhatian (autisme), disleksia, retardasi mental, keterlambatan berjalan, kecuali yang disebabkan oleh Penyakit yang dibuktikan dengan surat keterangan Dokter Spesialis yang berkompeten; atau
8. Perawatan dan/atau pengobatan eksperimental, tradisional dan/atau alternatif di luar ilmu kedokteran barat dan/atau belum diakui sebagai perawatan atau pengobatan medis standar di bidang kedokteran yang mengacu pada Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang tidak terbatas pada akupunktur, sinshe, dukun patah tulang, paranormal, *chiropractor*, *naturopath*, holistik dan sejenisnya; atau
9. Biaya pemberi jasa medis yang dikenakan oleh Pemegang Polis, Peserta, Termaslahat, agen Pengelola atau orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga (hubungan karena pertalian darah dan/atau hubungan keluarga yang terjadi atas pernikahan atau adopsi yang disahkan oleh pengadilan) dengan Pemegang Polis, Peserta atau Termaslahat; atau
10. Perawatan yang berhubungan dengan kehamilan, kelahiran, upaya mempunyai anak, keguguran, aborsi, ketidaksuburan, disfungsi ereksi, impotensi, *vasectomy*, *tubectomy*, dan semua komplikasi yang terjadi karenanya. Juga Perawatan, pengujian, Tindakan Bedah, metode kimiawi dan mekanis dengan tujuan pengaturan kelahiran apapun penyebabnya; atau
11. Perawatan atau Pengobatan dan Tindakan Bedah sehubungan dengan kelainan bawaan (kongenital), cacat bawaan, Penyakit keturunan, Perawatan/pengobatan bagi cacat bawaan dan kelainan fisik apapun baik yang diketahui ataupun tidak yang timbul karena atau yang diakibatkan olehnya dan segala komplikasinya; atau
12. Tindakan Bedah dan/atau Perawatan termasuk pemberian Obat-obatan yang dilakukan semata-mata karena keinginan Peserta tanpa adanya Cedera atau Penyakit, Tindakan Bedah percobaan (*explorative*), Tindakan Bedah dan/atau Perawatan termasuk pemberian Obat-obatan dengan tujuan kecantikan, tujuan bedah plastik (kecuali akibat luka-luka yang diderita karena Kecelakaan), tujuan merubah jenis kelamin, tujuan uji mata, tujuan Perawatan atas kesalahan refraksi mata, serta penyediaan alat/perangkat bantu termasuk diantaranya kacamata, termasuk rabun jauh (*myopia*), lensa kontak, Implan yang tidak terbatas pada lensa mata yang diperlukan untuk memperbaiki refraksi mata, kursi roda, alat pengganti/Protesis eksternal, Implan yang berhubungan dengan kosmetik atau Alat Bantu pendengaran dan tongkat penyangga, termasuk alat Kesehatan yang tidak habis pakai dan tidak terbatas pada korset punggung, korset leher, *thermometer*, penyangga lutut, tensi meter, nebulizer, tabung oksigen; atau
13. Perawatan Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan yang terjadi yang berhubungan dengan gangguan mental atau kejiwaan, cacat mental, dan retardasi mental, neurosis, psikosomatis, psikosis atau suatu pengobatan yang dilakukan di Rumah Sakit jiwa atau di bagian psikiatri suatu Rumah Sakit atau pengobatan yang dilakukan oleh seorang Psikiater, atau ketergantungan/penyalahgunaan atau kecanduan substansi apapun, alkohol, racun, gas, atau bahan-bahan sejenis, atau Obat-obatan selain digunakan sebagai obat menurut resep yang dikeluarkan oleh Dokter atau Perawatan di sanatorium, rumah peristirahatan, rumah penginapan dan sejenisnya; atau
14. Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan yang disebabkan karena tindakan Bunuh diri atau usaha/percobaan bunuh diri yang dilakukan dalam keadaan bagaimanapun, termasuk dalam keadaan waras atau tidak waras, melukai diri sendiri; atau
15. Segala tindakan yang berhubungan dengan Perawatan/pemeriksaan dan pengobatan/Tindakan Bedah gigi dan segala komplikasinya termasuk bedah mulut, gusi atau struktur penyangga gigi secara langsung atau yang terkait dengannya, kecuali luka pada gigi alami karena Kecelakaan yang terjadi tidak lebih dari 48 (empat puluh delapan) jam sejak Kecelakaan terjadi selama Masa Asuransi; atau
16. Pemasangan gigi palsu, mahkota gigi, Implan gigi dan penambalan gigi karena sebab apapun termasuk karena Kecelakaan; atau
17. Penyakit yang ditularkan secara seksual atau penyimpangan seksual, operasi perubahan kelamin, termasuk sunat (sirkumsisi) dengan segala komplikasinya, kecuali sunat yang disebabkan oleh Kecelakaan atau Penyakit; atau
18. Biaya Perawatan yang disebabkan baik langsung maupun tidak langsung termasuk komplikasi oleh semua jenis virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dan/atau yang berhubungan dengan Penyakit tersebut, termasuk AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) dan/atau mutasinya, turunannya atau variasi dari virus tersebut kecuali apabila disebabkan oleh transfusi darah atau karena Kecelakaan dalam bekerja; atau
19. Tindakan Bedah dan pengobatan akibat upaya mendonorkan atau menerima donor organ apapun dan/atau jaringan tubuh apapun dan segala komplikasi yang ditimbulkannya termasuk pembelian organ untuk tujuan transplantasi; atau
20. Cedera yang disebabkan tindakan melanggar hukum atau tindakan kejahatan atau percobaan melakukan tindakan kejahatan, perlawanan yang dilakukan pada saat terjadinya penanganan atas diri seseorang yang dijalankan oleh pihak yang berwenang, yang secara langsung atau tidak langsung dilakukan oleh Pemegang Polis, Peserta dan/atau Termaslahat ataupun pihak yang berkepentingan dalam Asuransi Tambahan ini; atau
21. Epidemi atau pandemi yang dinyatakan atau diakui oleh Organisasi Kesehatan Dunia atau Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, kecuali dinyatakan lain secara tertulis oleh Pengelola; atau
22. Rawat Inap di Rumah Sakit yang bertujuan hanya untuk diagnosis, pemeriksaan sinar X, pemeriksaan fisik umum; atau
23. Rawat Inap yang tidak dilakukan di Rumah Sakit, termasuk namun tidak terbatas pada Perawatan di klinik/sinshe/tabib/spa/sauna/salon; atau
24. Rawat Jalan karena Kecelakaan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit/klinik, termasuk namun tidak terbatas pada Perawatan di sinshe/tabib/spa/sauna/salon; atau
25. Cedera atau Penyakit yang timbul sebagai akibat langsung atau tidak langsung dari terorisme atau perang atau invasi atau serangan musuh asing atau tindak kekerasan (baik perang diumumkan maupun tidak) atau perang sipil atau pemberontakan atau revolusi atau keikutsertaan langsung dalam huru-hara atau perkelahian atau pemogokan dan keributan massa atau tindakan militer atau perampasan kekuasaan atau aktif/turut/ikut dalam angkatan bersenjata atau operasi militer/kepolisian; atau Cedera atau Penyakit akibat reaksi inti atom atau nuklir atau radiasinya; atau
26. Pelanggaran atau upaya pelanggaran asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki atau turut memiliki kepentingan dalam perlindungan Asuransi Tambahan; atau
27. Pemeriksaan diagnostik dan Perawatan untuk kelainan tidur karena sebab apapun; atau
28. Penggantian hormon terapi untuk kondisi menopause.

PERSYARATAN DAN TATA CARA

Persyaratan dan Dokumen Pendukung Dalam Mengajukan Permohonan Asuransi Jiwa

- Usia calon Pemegang Polis adalah 18-90 tahun (ulang tahun terdekat);
- Usia calon Peserta adalah 31 hari - 70 tahun (ulang tahun terdekat);
- Mengisi dan menandatangani Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah (SPAJS);
- Menyampaikan fotokopi identitas diri yang masih berlaku;
- Melakukan pemeriksaan kesehatan (apabila diperlukan);
- RIPLAY Personal;
- Dokumen pendukung lainnya (bila Pengelola membutuhkannya) sebagai syarat penerbitan Polis.



Anda dapat mengakses informasi lain mengenai biaya, manfaat dan risiko melalui **CARE Generali Indonesia**

1500037

(62-21) 2902 17 17

care@generali.co.id

Generali Tower Lt. 7, Gran Rubina Business Park
Kawasan Rasuna Epicentrum, Jl. HR Rasuna Said
Kavling C-22.
Jakarta 12940

Atau menyapa JANE melalui www.generali.co.id atau WhatsApp (+62)85 813 150037

SIMULASI

Nama Peserta	:	SURYA
Jenis Kelamin	:	Laki-laki
Tanggal Lahir	:	25 Maret 1996
Usia Peserta	:	30 tahun
Tanggal Terbit Polis	:	1 Januari 2026
Plan Asuransi Tambahan	:	Generali Lite HealthCare Syariah Plan Gold Standard
Santunan Asuransi Dasar	:	Rp550.000.000

Mata Uang Polis	:	Rupiah
Masa Asuransi Tambahan	:	15 tahun
Masa Pembayaran Kontribusi Asuransi Dasar	:	5 tahun
Masa Pembayaran Kontribusi Asuransi Tambahan	:	15 tahun
Cara Pembayaran Kontribusi	:	Tahunan
Kontribusi Asuransi Dasar	:	Rp100.000.000
Kontribusi Asuransi Dasar Tambahan*	:	Rp5.106.000
Total Kontribusi Tahunan	:	Rp105.106.000

*Kontribusi atas Asuransi Tambahan dapat meningkat sesuai dengan usia Peserta dan Plan yang dipilih

Ilustrasi Manfaat

Bapak Surya jatuh sakit dan pada tanggal 25 Juli 2027 harus dirawat inap di Rumah Sakit dengan diagnosa penyakit Demam Berdarah (DBD). Peserta dirawat 7 (tujuh) hari di Rumah Sakit, kunjungan dokter Rp1.400.000 (satu juta empat ratus ribu Rupiah) dan biaya perawatan lainnya Rp5.000.000 (lima juta Rupiah) (sudah termasuk biaya perawatan Rumah Sakit lainnya, seperti obat-obatan dan pemeriksaan laboratorium).

Manfaat	Biaya	Total Tagihan RS
Kamar	Rp500.000 per hari	Rp3.500.000
Kunjungan Dokter	Rp200.000 per kunjungan per hari	Rp1.400.000
Biaya Perawatan Lainnya (termasuk obat-obatan dan pemeriksaan laboratorium	Rp5.000.000	Rp5.000.000

Tagihan sebesar Rp9.900.000 (sembilan juta sembilan ratus ribu Rupiah) dibayarkan oleh Asuransi Tambahan **Generali Lite HealthCare Syariah**.

Selanjutnya Polis akan tetap aktif dan Bapak Surya tetap terlindungi dengan sisa Batas Manfaat Tahunan Asuransi Tambahan **Generali Lite HealthCare Syariah** pada Tahun Polis yang sama.

GENERALI

Tabel Manfaat (dalam Rupiah)

Manfaat	Detail	Gold Standard	Gold Superior	Gold Deluxe	Diamond	Platinum	Titanium
Wilayah Asuransi		Indonesia, Malaysia	Indonesia, Malaysia	Indonesia, Malaysia	Asia (kecuali Singapura, Hongkong, Jepang)	Asia	Seluruh Dunia
Manfaat Rawat Inap untuk Wilayah Asuransi:							
Indonesia, Malaysia		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Asia (kecuali Singapura, Jepang, dan Hong Kong)		60%	60%	60%	100%	100%	100%
Singapura, Jepang, dan Hong Kong		30%	30%	30%	30%	100%	100%
Seluruh Dunia		Tidak berlaku	Tidak berlaku	Tidak berlaku	20%	40%	100%
Biaya Kamar dan Akomodasinya	Maksimal sesuai dengan hari kalender per tahun	Kamar standar terendah dengan 3 (tiga)/4 (empat) tempat tidur atau Rp 500.000/hari, mana yang lebih tinggi	Kamar standar terendah dengan 3 (tiga)/4 (empat) tempat tidur atau Rp 750.000/hari, mana yang lebih tinggi	Kamar standar terendah dengan 2 (dua) tempat tidur atau Rp 1.000.000/hari, mana yang lebih tinggi	Kamar standar terendah dengan 2 (dua) tempat tidur atau Rp 1.500.000/hari, mana yang lebih tinggi	Kamar standar terendah dengan 1 (satu) tempat tidur atau Rp 2.000.000/hari, mana yang lebih tinggi	Kamar standar terendah dengan 1 (satu) tempat tidur atau Rp 3.000.000/hari, mana yang lebih tinggi
Biaya Perawatan Intensif (Termasuk ICU, ICCU, PICU, NICU)	Maksimal sesuai dengan hari kalender per tahun	1.000.000/hari	1.500.000/hari	2.000.000/hari	3.000.000/hari	4.000.000/hari	6.000.000/hari
Manfaat Tindakan Bedah (per pembedahan):							
- Complex	Per Ketidakmampuan	75.000.000	112.500.000	150.000.000	225.000.000	300.000.000	450.000.000
- Major	Per Ketidakmampuan	50.000.000	75.000.000	100.000.000	150.000.000	200.000.000	300.000.000
- Intermediate	Per Ketidakmampuan	32.500.000	48.750.000	65.000.000	97.500.000	130.000.000	195.000.000
- Minor	Per Ketidakmampuan	17.500.000	26.250.000	35.000.000	52.500.000	70.000.000	105.000.000
Biaya Perawatan Rumah Sakit Lainnya	Per Ketidakmampuan	10.000.000	15.000.000	20.000.000	25.000.000	30.000.000	35.000.000
Biaya Dokter Umum	Maksimum 2 (dua) kali kunjungan/hari	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Dokter Spesialis	Maksimum 1 (satu) kali kunjungan/hari/Spesialis	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Ambulans		Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Perawatan sebelum Rawat Inap atau Pembedahan Pulang Hari (Konsultasi Dokter, Obat-obatan & Pemeriksaan Diagnostik)	Maksimal 30 (tiga puluh) hari untuk Perawatan Sebelum Rawat Inap atau Pembedahan Pulang Hari	1.500.000	2.250.000	3.000.000	4.500.000	6.000.000	9.000.000
Biaya Perawatan setelah Rawat Inap atau Pembedahan Pulang Hari (Konsultasi Dokter, Obat-obatan & Pemeriksaan Diagnostik)	Maksimal 90 (sembilan puluh) hari untuk Perawatan Setelah Rawat Inap atau Pembedahan Pulang Hari	1.500.000	2.250.000	3.000.000	4.500.000	6.000.000	9.000.000
Biaya Perawatan Kanker	Per tahun Polis	50.000.000	75.000.000	100.000.000	125.000.000	150.000.000	175.000.000
Biaya Cuci Darah	Per tahun Polis	25.000.000	37.500.000	50.000.000	62.500.000	75.000.000	87.500.000
Biaya Fisioterapi	Per ketidakmampuan Maksimal 30 (tiga puluh) hari untuk Perawatan Sebelum Rawat Inap, dan maksimal 90 (sembilan puluh) hari untuk Perawatan Setelah Rawat Inap	1.000.000	1.500.000	2.000.000	2.500.000	3.000.000	3.500.000
Rehabilitasi Medik Pasca Stroke	Per tahun Polis Maksimal 90 (sembilan puluh) hari setelah periode manfaat Biaya Fisioterapi	5.000.000	7.500.000	10.000.000	15.000.000	20.000.000	30.000.000
Biaya Pembedahan Pulang Hari	Per Ketidakmampuan	10.000.000	10.000.000	20.000.000	20.000.000	30.000.000	40.000.000
Biaya Gawat Darurat Akibat Kecelakaan	Per Kejadian (48 jam dari Kecelakaan)	2.500.000	3.000.000	3.500.000	4.000.000	4.500.000	5.000.000
Biaya Pendamping	Per hari	200.000	200.000	200.000	200.000	250.000	250.000
Biaya Laporan Medis	Maksimal 1 (satu) laporan medis per ketidakmampuan	250.000	250.000	250.000	500.000	500.000	500.000
BATAS TAHUNAN		**1.000.000.000**	**1.500.000.000**	**2.500.000.000**	**3.500.000.000**	**7.000.000.000**	**10.000.000.000**

INFORMASI TAMBAHAN

Definisi Penting

- Pemegang Polis adalah perorangan atau pihak yang namanya dicantumkan dalam Polis sebagai pihak yang mengadakan perjanjian Asuransi Jiwa dengan kami, Pengelola.
- Peserta adalah perorangan yang atas jiwanya diadakan perlindungan pada Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan (jika ada).
- Pengelola adalah PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia.
- Termaslahat adalah perorangan atau pihak yang namanya tercantum dalam Polis, yang ditunjuk oleh Pemegang Polis, sebagai pihak yang berhak menerima Manfaat Asuransi, dengan ketentuan perorangan atau pihak tersebut mempunyai hubungan kepentingan terhadap Peserta atas asuransi ini (*insurable interest*), sesuai dengan ketentuan Polis dan sepanjang tidak bertentangan dengan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- Masa Leluasa (*Grace Period*) adalah periode selama 45 (empat puluh lima) hari kalender sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Kontribusi, dimana Polis akan tetap berlaku walaupun Kontribusi belum dibayar lunas.
- Santunan Asuransi adalah sejumlah nilai uang yang tercantum pada Ikhtisar Polis, yang merupakan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan oleh Pengelola kepada Termaslahat jika telah memenuhi syarat-syarat pembayarannya sebagaimana tercantum dalam Polis.
- Polis adalah dokumen yang dikeluarkan oleh Pengelola yang berisi perjanjian/perikatan Asuransi Jiwa antara Pengelola dan Pemegang Polis, yang memuat antara lain Ikhtisar Polis, Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah (SPAJS), Ketentuan Umum dan Ketentuan Khusus Polis, Endorsemen Perubahan Polis, Lampiran, termasuk dokumen-dokumen tertulis lainnya (jika ada) yang memuat syarat-syarat asuransi beserta tambahan atau perubahannya yang dinyatakan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Dengan terbitnya Polis maka Pengelola dan Pemegang Polis terikat dan memiliki kewajiban masing-masing sesuai dengan kesepakatan.

Kontribusi

- Kontribusi adalah sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Pengelola sehubungan dengan diadakannya Polis.
- Kontribusi yang dibayarkan sudah termasuk biaya-biaya dan komisi Tenaga Pemasar.
- Pemegang Polis wajib membayar Kontribusi pertama saat mengajukan SPAJ. Kontribusi tersebut sesuai dengan besaran Kontribusi pada RIPLAY Personal.
- Kontribusi wajib dibayarkan secara langsung kepada Pengelola tanpa melalui perantara dan/atau pihak ketiga lainnya manapun.
- Silahkan mencantumkan nama Pengelola sebagai penerima Kontribusi. Pengelola akan menyatakan lunas sesuai dengan tanggal penerimaan Kontribusi.

Masa Mempelajari Polis

- Pemegang Polis memiliki waktu mempelajari Polis selama 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal menerima Polis. Pastikan Pemegang Polis telah memahami produk ini dengan baik. Pemegang Polis dapat menghubungi Agen atau Pengelola untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut.
- Pemegang Polis dapat membatalkan Polis apabila tidak menyetujui syarat dan ketentuan yang tertera di Polis karena alasan apapun. Pembatalan tersebut dapat Pemegang Polis lakukan selama masa mempelajari Polis.
- Atas pembatalan tersebut Pengelola akan mengembalikan Kontribusi Pemegang Polis setelah mengurangi Biaya Administrasi dan Biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada). Pembatalan ini juga akan membebaskan Pengelola dari tanggung jawab apapun atas manfaat Pemegang Polis sejak Tanggal Terbit Polis.

Cara Mengajukan Klaim

- Dokumen yang diperlukan untuk mengajukan klaim atas Manfaat Asuransi Tambahan ini adalah sebagai berikut:
  i. Formulir klaim Rawat Inap/Rawat Jalan/Tindakan Bedah (sesuai dengan jenis klaim yang diajukan) yang diisi secara lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan Peserta;
  ii. Surat keterangan Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang sah dan berwenang (asli) dari Dokter yang menegakkan diagnosis dari keadaan tersebut dan tanggal mulainya Ketidakmampuan dan/atau catatan medis/*resume* medis Peserta;
  iii. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (jika ada);
  iv. Kuitansi asli yang diterbitkan oleh Rumah Sakit yang merawat, berikut rinciannya atas biaya Perawatan dari Rumah Sakit, Dokter Umum atau Dokter Spesialis, Perawat pribadi (untuk biaya Perawatan di rumah), apotek, termasuk salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang atau salinan kuitansi yang telah dilegalisir oleh instansi yang bersangkutan, termasuk salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang, serta bukti dan perincian pembayaran klaim dari pihak lain, apabila terdapat koordinasi Manfaat Asuransi;
  v. Kuitansi dan tanda terima asli atas biaya Perawatan tidak akan dikembalikan dalam hal berkaitan dengan koordinasi manfaat, dimana apabila Pengelola dapat membayarkan klaim tersebut, Pengelola akan memberikan surat koordinasi manfaat dan salinan kuitansi tersebut dengan mencantumkan besarnya jumlah pembayaran klaim yang dilakukan oleh Pengelola;
  vi. Surat Berita Acara Kepolisian dalam hal Kecelakaan;
  vii. KTP atau kartu indentitas diri lainnya yang sah atas Pemegang Polis dan Peserta;
  viii. Dokumen-dokumen lain yang relevan dan dianggap perlu oleh Pengelola sehubungan dengan penyelesaian klaim tersebut, termasuk namun tidak terbatas pada fotokopi paspor, fotokopi visa, fotokopi nomor rekening atau dokumen pelengkap lainnya.
- Pengajuan klaim harus dilakukan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal keluar dari Rawat Inap dan/atau Rawat Jalan.
- Manfaat Asuransi selanjutnya akan dibayarkan oleh Pengelola selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja setelah permintaan pembayaran Manfaat Asuransi disetujui oleh Pengelola

Informasi Lainnya

- Generali Indonesia akan menginformasikan segala perubahan atas manfaat, Biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini atau perubahan lainnya (apabila ada) melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Generali Indonesia akan mengirimkan pemberitahuan 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum tanggal berlaku perubahan pada alamat Anda yang terdaftar di Generali Indonesia.
- Terdapat syarat dan ketentuan yang berlaku atas produk ini. Informasi lain mengenai biaya, manfaat, dan risiko dapat diakses melalui website https://www.generali.co.id/id/produk/kesehatan/generali-lite-healthcare-syariah atau WA +6285813150037.

PENAFIAN/*DISCLAIMER*
(PENTING UNTUK DIBACA)

- Generali Indonesia dapat menolak SPAJS Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
- Anda harus membaca dengan teliti RIPLAY Umum ini sebelum menyetujui pembelian produk dan berhak bertanya kepada agen Generali Indonesia atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
- Anda wajib untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam pengajuan permohonan asuransi ini. Oleh karenanya, Anda wajib memberikan pernyataan yang benar dan mengungkapkan semua fakta material, yaitu informasi, jawaban, keterangan, keadaan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan Generali Indonesia dalam menerima atau menolak suatu pengajuan tersebut serta dalam menetapkan jumlah kontribusi jika permohonan tersebut disetujui.
- Segala informasi pada RIPLAY Umum ini hanya sebagai referensi untuk menggambarkan manfaat produk. Termasuk namun tidak terbatas pada bagian Penjelasan Manfaat Asuransi, Nilai Polis dan Biaya-biaya. Anda dapat mempelajari penjelasan lebih lengkap pada Polis yang akan terbit setelah Generali Indonesia menyetujui SPAJS Anda.