

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN/ATAU LAYANAN VERSI UMUM

Nama Penerbit	:	PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia	Jenis Produk	:	Asuransi Kesehatan Kumpulan
Nama Produk	:	Group Health Insurance	Deskripsi Produk	:	Produk asuransi kesehatan kumpulan yang memberikan jaminan penggantian biaya perawatan medis (<i>indemnity</i>) untuk seluruh aspek layanan kesehatan (rawat inap, rawat jalan, dan lain-lain). Dengan menyediakan fasilitas <i>reimbursement</i> atau melalui jaringan <i>Provider</i> Generali.
Mata Uang	:	Rupiah			

FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

Usia Masuk

Usia Masuk :

Usia Peserta pada awal Pertanggungan dan/atau pada saat perpanjangan Polis tidak melebihi ketentuan usia untuk setiap jenis Manfaat Asuransi sebagai berikut:

- Usia masuk Karyawan/Anggota Kumpulan minimum 18 (delapan belas) tahun dan maksimum 64 (enam puluh empat) tahun pada saat Tanggal Efektif, atau 70 (tujuh puluh) tahun saat perpanjangan Polis;
- Usia masuk pasangan maksimum 64 (enam puluh empat) tahun pada saat Tanggal Efektif, atau 70 (tujuh puluh) tahun saat perpanjangan Polis;
- Usia masuk anak mulai dari 0 (nol) hari sampai dengan 25 (dua puluh lima) tahun baik saat Tanggal Efektif maupun saat perpanjangan Polis.

Premi

Premi dihitung berdasarkan profil kepesertaan, nominal manfaat yang tercantum pada Daftar Manfaat, kondisi Polis yang diajukan oleh Pemegang Polis, pengalaman klaim jika ada, serta biaya-biaya (*tailor made*).

Cara Pembayaran Premi

Tahunan.
Atau Premi dapat diangsur atas persetujuan Penanggung yaitu: semesteran, kuartalan, bulanan dan pembayaran periode tertentu.

Masa Pertanggungan

1 (satu) tahun atau sesuai yang tercantum pada Ikhtisar Polis. Dan dapat diperpanjang setiap ulang tahun polis (*yearly renewable term/YRT*).

Manfaat Pertanggungan

Manfaat Utama:

- Manfaat Asuransi Rawat Inap

Manfaat Tambahan:

- Manfaat Asuransi Rawat Jalan
- Manfaat Asuransi Melahirkan
- Manfaat Asuransi Perawatan Gigi
- Manfaat Asuransi Kacamata
- Manfaat Asuransi Pemeriksaan Kesehatan Rutin

MANFAAT

Produk asuransi kesehatan kumpulan yang memberikan penggantian biaya perawatan medis sesuai dengan Pertanggungan Polis dan tidak melebihi batas Manfaat Asuransi yang tercantum dalam Daftar Manfaat dalam satu Periode Polis selama sesuai dengan perawatan yang Diperlukan Secara Medis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Dengan manfaat yang dijamin:

A. MANFAAT ASURANSI RAWAT INAP

- Biaya Kamar Rumah Sakit
Biaya kamar, makan, dan layanan kamar per hari dibayarkan sejak hari pertama dirawat di Rumah Sakit dan terdaftar sebagai pasien Perawatan Menginap atas rekomendasi Dokter.
- Biaya Unit Perawatan Intensif (HCU / ICU / ICCU / Semi ICU / NICU / PICU)
Biaya Unit Perawatan Intensif per hari direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter atau Dokter Bedah yang merawat, termasuk Kamar Isolasi.
- Biaya Pembedahan
 - Biaya yang dibebankan oleh Rumah Sakit selama Peserta memerlukan tindakan Pembedahan, termasuk dalam biaya Pembedahan adalah:
 - Biaya tim Dokter Bedah, termasuk biaya kunjungan Dokter Bedah selama perawatan di Rumah Sakit;
 - Biaya tim Dokter Anestesi; dan
 - Biaya kamar bedah (termasuk biaya kamar pemulihan, Alat Bantu yang Ditanam dalam Tubuh, Obat-obatan yang Diresepkan di kamar bedah, sewa peralatan Pembedahan yang diberikan pada saat Pembedahan biaya kamar observasi setelah Pembedahan, dan alat-alat yang digunakan selama operasi).
 - Biaya Pembedahan dalam Polis ini dikategorikan menjadi 4 (empat) kategori, yaitu Pembedahan A, B, C, dan D sesuai dengan Tabel Pembedahan yang menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

RISIKO

Risiko yang mungkin terjadi atas kepemilikan Polis ini termasuk :

- Risiko Likuiditas
Risiko ini timbul jika terjadi klaim dalam jumlah besar dalam satu atau beberapa hari berturut-turut akibat Risiko katastrofik (*Force major*), sehingga Penanggung tidak dapat membayar kewajibannya sesuai waktu yang dijanjikan.
- Risiko Operasional
Risiko ini timbul karena kegagalan sistem sehingga *claim cashless* menjadi terkendala dan penerima manfaat harus membayar terlebih dahulu untuk selanjutnya diajukan penggantian ke Penanggung.
- Risiko Akuntabilitas Dana Kelolaan
Risiko yang berhubungan dengan kelalaian pihak ketiga seperti agen penjualan dan situasi *force majeure* (seperti bencana alam, kebakaran, kerusuhan, dan lain-lain).
- Klaim ditolak disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan dari pertanggungan (*exclusions*).
- Pembatalan sepihak /ditutup oleh Penanggung apabila premi tidak dibayar sesuai batas jatuh tempo premi.
- Pertanggungan menjadi batal apabila Pemegang Polis tidak memberikan informasi yang sebenar-benarnya saat mengajukan Surat Permohonan Asuransi Kumpulan (SPAK), baik informasi kesehatan atau hal lainnya.

BIAYA

Premi yang dibayarkan oleh Calon Pemegang Polis sudah termasuk Biaya Akuisisi, Biaya Administrasi, dan Biaya Umum (jika ada).

4. Biaya Perawatan Rumah Sakit Lainnya
Biaya-biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit atas semua pelayanan yang umumnya diberikan oleh Rumah Sakit selama periode Perawatan Menginap.
5. Biaya Kunjungan Dokter di Rumah Sakit
Jumlah biaya kunjungan Dokter yang merawat Peserta setiap hari selama Perawatan Menginap. Dokter Umum ataupun Dokter Spesialis Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yang merawat.
6. Biaya Konsultasi Dokter Spesialis di Rumah Sakit
Jumlah biaya konsultasi/kunjungan Dokter Spesialis selama Perawatan Menginap dan harus direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter Spesialis Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Termasuk biaya konsultasi Dokter untuk pemeriksaan penunjang selama Perawatan Menginap.
7. Biaya Sebelum dan Sesudah Rawat Inap
Biaya rawat jalan yang berhubungan dengan Satu Ketidakmampuan pada saat Perawatan Menginap, dalam masa 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum dan 30 (tiga puluh) hari kalender sesudah Perawatan Menginap.
8. Biaya Perawatan Akibat Gawat Darurat dan Kecelakaan
Biaya Perawatan terdiri dari:
 - a. Biaya perawatan dan pengobatan darurat atas Cedera sebagai akibat suatu Kecelakaan termasuk perawatan/pengobatan gigi asli yang rusak kecuali pemasangan mahkota gigi/*crown* dan jembatan/*bridge* yang dilakukan dalam waktu 24 (dua puluh empat) jam sejak terjadinya Kecelakaan;
 - b. Biaya pengobatan lanjutan dari huruf a. di atas yang timbul dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari sejak terjadinya Kecelakaan.
 - c. Biaya perawatan dan pengobatan darurat atas kondisi Gawat Darurat akibat Penyakit, bila Peserta dirawat minimum selama 6 (enam) jam di Unit Gawat Darurat untuk mendapatkan perawatan Gawat Darurat tersebut.
9. Biaya Perawat Pribadi
Jumlah biaya perawatan medis oleh seorang Perawat Pribadi selama Perawatan Menginap dan harus direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter yang merawat.
10. Biaya Ambulans
Biaya jasa mobil ambulans resmi yang digunakan sehubungan dengan keadaan Penyakit Peserta untuk mengantar Peserta ke Rumah Sakit.
11. Dana Tunai Harian BPJS
Manfaat ini dibayarkan oleh Penanggung dengan ketentuan biaya perawatan Rumah Sakit harus dibayarkan oleh BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) atau lembaga yang menyelenggarakan jaminan Kesehatan Nasional dan tidak ada Kelebihan Klaim (*Claim excess*) yang dibayarkan oleh Penanggung.
12. Santunan Kematian
Apabila Peserta meninggal, manfaat Santunan Kematian dibayarkan sesuai yang tercantum dalam Daftar Manfaat.

B. MANFAAT ASURANSI RAWAT JALAN

1. Biaya Konsultasi Dokter Umum
Biaya kunjungan konsultasi Dokter Umum (baik secara tatap muka di ruang praktik atau Klinik maupun secara telekonsultasi), termasuk jasa tindakan dan biaya administrasi.
2. Biaya Konsultasi Dokter Spesialis
Biaya kunjungan Konsultasi Dokter Spesialis (baik secara tatap muka di ruang praktik atau Klinik maupun secara telekonsultasi) tanpa harus diberi surat pengantar konsultasi oleh Dokter Umum, termasuk jasa tindakan dan biaya administrasi.
3. Biaya Obat-obatan yang Diresepkan
Maksimum penggantian biaya Obat-obatan yang Diresepkan dan terdaftar di dalam BPOM (Badan Pengawas Obat dan Makanan), sesuai indikasi medis, dalam jumlah yang wajar, bertujuan untuk menyembuhkan bukan pencegahan dan bukan produk *multilevel marketing* sesuai dengan Daftar Manfaat.
4. Biaya Pemeriksaan Penunjang Diagnostik
Biaya pemeriksaan penunjang yang berhubungan dengan diagnosa Penyakit dan/atau Cedera atas rujukan tertulis dari Dokter yang memeriksa.
5. Biaya Fisioterapi
Biaya tindakan fisioterapi yang berhubungan dengan diagnosa Penyakit dan/atau Cedera atas rujukan tertulis dari Dokter.

C. MANFAAT ASURANSI MELAHIRKAN

1. Biaya Melahirkan Normal
 - a. Biaya Melahirkan Normal selama Perawatan Menginap melahirkan di Rumah Sakit;
 - b. Biaya Perawatan Menginap Peserta akibat komplikasi kelahiran yang terjadi dalam masa 40 (empat puluh) hari setelah melahirkan; dan
 - c. Biaya Perawatan Menginap bayi sampai dengan Usia 14 (empat belas) hari kalender.

2. Biaya Melahirkan dengan Pembedahan
 - a. Biaya Melahirkan dengan Pembedahan selama Perawatan Menginap melahirkan di Rumah Sakit;
 - b. Biaya Perawatan Menginap Peserta akibat komplikasi kelahiran yang terjadi dalam masa 40 (empat puluh) hari kalender setelah melahirkan;
 - c. Biaya Perawatan Menginap bayi sampai dengan Usia 14 (empat belas) hari kalender; dan
 - d. Biaya KET (Kehamilan Ektopik Terganggu).
3. Biaya Komplikasi Kehamilan
 - a. Biaya Perawatan Menginap akibat Komplikasi Kehamilan untuk mempertahankan kehamilan tanpa pengakhiran kandungan;
 - b. Biaya Komplikasi Kehamilan yang telah digunakan tidak akan mengurangi Manfaat Asuransi Biaya Melahirkan.
4. Biaya Keguguran
Mengganti biaya-biaya yang terjadi akibat Keguguran atau pengguguran kandungan yang dibantu oleh seorang Dokter.
5. Biaya Perawatan Kehamilan (Kontrol Kehamilan dan Sesudah Persalinan)
Biaya perawatan selama kehamilan dan maksimum 40 (empat puluh) hari kalender setelah melahirkan, termasuk biaya-biaya untuk:
 - a. Biaya untuk konsultasi Dokter;
 - b. Obat-obatan yang Diresepkan atau vitamin atau *multivitamin* atau *food supplement* yang diresepkan oleh Dokter atau Bidan yang merawat;
 - c. Tes kehamilan, USG Standar, dan Tes Diagnostik lainnya yang berhubungan dengan kehamilan; atau
 - d. Pemeriksaan TORCH (*Toxoplasma*, *Rubella*, *Citomegalo virus*, *Herpes simplex*) berdasar rekomendasi Dokter.

D. MANFAAT ASURANSI PERAWATAN GIGI

1. Biaya Perawatan Gigi Pencegahan
Biaya perawatan pencegahan yang dilakukan oleh Dokter Gigi, termasuk pembersihan karang gigi, *prophylaxis*, *Fissure sealants*, pemolesan setelah penambalan gigi dengan *amalgam*, dan tindakan pencegahan lainnya.
2. Biaya Perawatan Gigi Dasar
Biaya untuk Perawatan Gigi dasar yang dilakukan oleh Dokter Gigi, termasuk:
 - a. Penambalan gigi;
 - b. Pencabutan gigi tanpa Pembedahan;
 - c. Perawatan pembengkakan;
 - d. Perawatan saluran akar gigi;
 - e. Perawatan gusi termasuk kuretase; dan/atau
 - f. Rontgen gigi.
3. Biaya Perawatan Gigi Kompleks
Biaya untuk perawatan gigi kompleks yang dilakukan oleh Dokter Gigi termasuk:
 - a) Tindakan Pembedahan pada sekitar gigi;
 - b) Pemotongan pada bagian ujung akar gigi;
 - c) Pemasangan atau perbaikan pasak gigi atau dental pin;
 - d) Pencabutan gigi melalui Pembedahan; dan/atau
 - e) Pemasangan mahkota atau jembatan yang terbuat dari plastik atau porselen;
4. Biaya Gigi Palsu
Biaya untuk gigi buatan/palsu dan implan gigi diperlukan karena kehilangan gigi, baik karena Sakit atau Kecelakaan yang dilakukan oleh Dokter Gigi termasuk biaya konsultasi, tindakan, alat, Obat-obatan yang Diresepkan, pemeriksaan penunjang dan biaya administrasi.

E. MANFAAT ASURANSI KACAMATA

1. Biaya Bingkai Kacamata
 - a. Biaya untuk pembelian bingkai kacamata di Optik.
 - b. Pembelian bingkai kacamata harus disertakan dengan pembelian lensa.
2. Biaya Lensa atau Lensa Kontak
 - a. Biaya untuk pembelian lensa atau lensa kontak di Optik dibuktikan dengan resep Dokter Spesialis Mata.
 - b. Lensa atau lensa kontak yang dijaminakan adalah lensa yang tidak berwarna, tidak termasuk cairan pembersih lensa kontak, cairan tetes mata, dan yang berhubungan dengan estetika seperti lensa *photocromic*.
 - c. Dalam hal Peserta menggunakan jaminan Manfaat Asuransi ini dengan membeli lensa kontak, maka hak Peserta atas jaminan Manfaat Asuransi bingkai kacamata dan lensa dengan sendirinya gugur atau tidak dapat diajukan Klaimnya.

F. MANFAAT ASURANSI PEMERIKSAAN KESEHATAN RUTIN

- Biaya Pemeriksaan Kesehatan Rutin adalah biaya pemeriksaan kesehatan rutin (*medical check up*) yang dilakukan Peserta dalam masa Pertanggungjawaban di Fasilitas Layanan Kesehatan, mencakup:
1. Pemeriksaan fisik dan Laboratorium atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis atau alasan Perawatan Menginap;
 2. Pemeriksaan fisik secara berkala; atau

3. Uji kesehatan lainnya.
Pemeriksaan di atas bukan karena adanya indikasi obyektif tentang gangguan kesehatan normal dan perawatan lainnya yang tidak Diperlukan Secara Medis.

Ketentuan perihal Manfaat Asuransi lebih lengkap pada Polis.

Untuk memberikan perlindungan terbaik produk ini juga menyediakan perawatan kesehatan non tunai (*cashless*) untuk Peserta di *Provider* Rekanan Generali, selain fasilitas klaim *reimbursement*.

PENGECUALIAN

Penanggung dibebaskan dari kewajiban membayar Manfaat Asuransi untuk Penyakit dan/atau Cedera, perawatan atau pengobatan atau biaya-biaya lain yang termasuk dalam pengecualian ini, kecuali dinyatakan lain melalui Daftar Manfaat, Ketentuan Khusus atau Adendum yang diterbitkan oleh Penanggung:

1. Pemeriksaan Kesehatan Rutin, pemeriksaan kesehatan, atau tes-tes diagnostik yang tidak berhubungan dengan perawatan atau pengobatan atau diagnosis dari Satu Ketidakmampuan yang ditanggung dalam Polis ini, kecuali jika Peserta terdaftar pada jaminan Manfaat Asuransi Pemeriksaan Rutin;
2. Setiap pengobatan yang tidak ada hubungannya secara medis serta perawatan preventif seperti namun tidak terbatas pada vaksinasi atau imunisasi baik untuk dewasa ataupun anak;
3. Kelainan Bawaan atau Cacat Kongenital yang sudah maupun tidak diketahui sebelumnya termasuk kelainan fisik sejak lahir yang timbul dalam 6 (enam) bulan pertama;
4. Perawatan Medis atau pengobatan untuk Gangguan Tumbuh Kembang termasuk namun tidak terbatas pada *Failure To Thrive (FTT)*, gangguan makan, gangguan bicara, hiperaktifitas, gangguan pemusatan perhatian (Autisme), disleksia, retardasi mental, keterlambatan berjalan, kecuali yang disebabkan oleh Penyakit yang dibuktikan dengan surat keterangan Dokter;
5. Pengobatan, perawatan, tindakan, atau operasi gigi yang bersifat umum bukan akibat Kecelakaan serta pemasangan gigi palsu, kecuali Peserta terdaftar pada jaminan Manfaat Asuransi Perawatan Gigi;
6. Perawatan atau pengobatan yang berhubungan dengan tujuan estetika termasuk operasi plastik atau Pembedahan atau perawatan kosmetik (kecuali bedah plastik rekonstruksi akibat Kecelakaan yang dilakukan 31 (tiga puluh satu) hari kalender setelah Kecelakaan), Pemeriksaan dan perawatan yang berhubungan Pembedahan mata dengan laser untuk koreksi refraksi (metode lasik), perawatan khusus untuk pengurangan atau penambahan berat badan, peningkatan tinggi badan, dan tindakan atau perawatan *orthodontic*;
7. Semua pengobatan, perawatan medis, tindakan, atau operasi akibat usaha untuk mendapatkan kesuburan, pemeriksaan kemandulan, sterilisasi, atau pemakaian kontrasepsi termasuk komplikasinya;
8. Perawatan Penyakit dan/atau Cedera yang berhubungan dengan gangguan mental, kejiwaan, cacat mental, dan retardasi mental, *neurosis*, *geriatric* (ketuaan), psiko-geriatrik, psikosomatis, psikosis, perawatan atau pengobatan yang dilakukan di Rumah Sakit jiwa atau di bagian psikiatri suatu Rumah Sakit, perawatan atau pengobatan yang dilakukan oleh seorang psikiater, perawatan di sanatorium atau rumah peristirahatan atau rumah penginapan, dan sejenisnya;
9. Biaya sunat (sirkumsisi) yang tidak berhubungan dengan suatu Penyakit atau infeksi;
10. Cedera dan/atau Penyakit yang timbul langsung atau tidak langsung akibat segala tindakan percobaan bunuh diri dalam keadaan sadar maupun tidak sadar atau gangguan mental akibat tindakan yang dilakukan oleh diri sendiri atau oleh orang lain atas perintah yang berkepentingan dalam Pertanggungan;
11. Cedera dan/atau Penyakit yang timbul langsung atau tidak langsung akibat peperangan, keadaan bahaya perang, atau darurat perang baik dinyatakan atau tidak, sedang bertugas sebagai anggota angkatan bersenjata atau kepolisian, sedang melaksanakan tugas operasi militer, pemulihan keamanan dan ketertiban umum, invasi, atau serangan musuh asing;
12. Cedera dan/atau Penyakit yang timbul langsung atau tidak langsung akibat melakukan atau berpartisipasi dalam demonstrasi, pemogokan, kerusuhan, huru-hara, atau perkelahian, pemberontakan, perang sipil, pengambil-alihan kekuasaan, terorisme, dan tindak pidana atau kejahatan yang dilakukan oleh Peserta atau pihak lain yang memiliki kepentingan dalam Polis asuransi ini;
13. Cedera dan/atau Penyakit yang timbul langsung atau tidak langsung akibat dari segala tindakan yang berhubungan dengan pemakaian alkohol, narkotik, ketergantungan atau penyalahgunaan atau kecanduan substansi apapun, obat-obatan selain digunakan sebagai obat menurut resep yang dikeluarkan oleh Dokter, obat bius, zat terlarang, racun, gas, radiasi ionisasi, atau kontaminasi oleh radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau limbah nuklir dari proses fusi nuklir atau dari setiap bahan-bahan senjata nuklir dan sejenisnya yang dilakukan secara sengaja, kecuali yang diakibatkan oleh pekerjaan Peserta itu sendiri;
14. Cedera dan/atau Penyakit yang diakibatkan perjalanan dengan pesawat terbang atau sejenisnya baik dari perusahaan penerbangan non komersil (seperti pesawat udara carteran atau helikopter atau militer atau polisi) atau dari perusahaan penerbangan komersil tetapi tidak sedang menjalani jalur penerbangan untuk pengangkutan umum yang berjadwal tetap dan teratur, kecuali apabila Peserta merupakan penumpang dari suatu perusahaan penerbangan komersial dengan jadwal penerbangan yang tetap;
15. Biaya Perawatan yang disebabkan baik langsung maupun tidak langsung oleh semua jenis HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) atau yang berhubungan dengan Penyakit tersebut, termasuk AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), ARC (*AIDS Related Complex*) atau mutasinya, turunannya atau variasi dari virus tersebut, kecuali apabila disebabkan oleh transfusi darah atau karena Kecelakaan dalam bekerja;
16. Biaya Perawatan yang disebabkan baik langsung maupun tidak langsung oleh Penyakit gangguan seksual seperti namun tidak terbatas pada disfungsi seksual, *micro penis*, ejakulasi dini, impotensi, frigiditas, dan/atau vaginismus akibat apapun;
17. Biaya Perawatan yang disebabkan baik langsung maupun tidak langsung oleh 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;
18. Pengobatan atau perawatan medis akibat melakukan aktivitas berbahaya, yaitu aktivitas yang dianggap berisiko tinggi atau meningkatkan risiko untuk Cedera, seperti namun tidak terbatas pada balap mobil, balap perahu motor, balap motor, berkuda, *bungee jumping*, arung jeram, olah raga kontak fisik (tinju, gulat, olah raga bela diri seperti yudo, karate dan sebagainya), panjat tebing, penelusuran gua, *hiking* dengan ketinggian 2.500 (dua ribu lima ratus) meter dari permukaan laut, *ice skating*, *hand gliding*, *flying fox*, *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, atau keikutsertaan dalam kejuaraan yang dilakukan secara profesional;
19. Perawatan atau pengobatan eksperimental, tradisional atau alternatif, serta pelayanan kesehatan yang belum diakui sebagai perawatan atau pengobatan medis standar di bidang kedokteran yang mengacu pada Kementerian Kesehatan Republik Indonesia seperti namun tidak terbatas pada: pijat, dukun, ramuan tradisional, jamu, akupunktur (kecuali dilakukan oleh Dokter yang berlisensi), *sinshu*, dukun patah tulang, paranormal, naturopath, holistik, akupresur, terapi ozon, terapi *hyperbaric*, hidroterapi, *chiropractic*, *mesotherapy*, dan perawatan sejenisnya;
20. Obat-obatan yang tidak terdaftar di BPOM (Badan Pengawas Obat dan Makanan), obat herbal, suplemen, obat tradisional, dan produk MLM (*Multi-Level Marketing*);
21. Pelayanan yang tidak ada hubungan secara medis untuk Penyakit dan/atau Cedera yang tidak terbatas pada jasa telepon, cuci pakaian, makanan tambahan, pembalut wanita, diapers, salon, biaya pengisian resume medis, waslap, botol susu, paket pasien (perlengkapan mandi), kendil, gurita, *breast pump*, tindak bayi, pakaian dan aksesoris bayi, *tissue*, *hand towel*, makanan untuk penunggu, tempat tidur untuk penunggu, makanan tambahan, air mineral, minyak kayu putih / telon, *cotton bud*, *cotton ball*, biaya telpon / faksimili, kartu penunggu, buku kesehatan, buku bayi, rekam medis / status, surat keterangan lahir / akte, kartu berobat, kotak obat, *medicine cup*, susu, pisau cukur, silet, sabun kesehatan, balsam, urinal plastik, tes golongan darah, dan/atau sejenisnya (daftar dapat berubah sewaktu-waktu);
22. Alat-alat bantu prothesa gerak, prothesa mata, alat bantu dengar (*hearing aid*), dan alat bantu sejenisnya;
23. Alat-alat bantu penunjang seperti semua jenis korset, stocking, kruk, kursi roda, servical collar, *armsling*, dan alat bantu sejenisnya;
24. Semua perawatan atau pengobatan yang berkaitan dengan pembelian organ.
25. Pelayanan medis yang dikenakan oleh keluarga dekat Peserta atau oleh seseorang yang secara normal tinggal dalam satu rumah dengan Peserta

26. Kacamata dan pemeriksaan atau perawatan atau konsultasi Dokter yang disebabkan oleh gangguan refraksi mata, kecuali jika Peserta terdaftar pada jaminan Manfaat Asuransi Kacamata;
27. Persalinan, Keguguran, pemeriksaan kehamilan dan pemeriksaan setelah persalinan termasuk segala komplikasi yang terjadi akibat persalinan, kecuali jika Peserta terdaftar pada jaminan Manfaat Asuransi Melahirkan;
28. Perawatan yang tidak dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan seperti *home care / home service*.

Pengecualian Khusus Submanfaat Asuransi Santunan Kematian

Penanggung dibebaskan dari kewajiban membayar Manfaat Asuransi atas risiko meninggal dunia Peserta akibat:

- i. Tindakan bunuh diri dalam keadaan sadar maupun tidak sadar yang dilakukan oleh diri sendiri dan/atau oleh orang lain atas perintah yang berkepentingan dalam Pertanggungan apabila terjadi dalam waktu 1 (satu) tahun terhitung dari tanggal Peserta mulai dipertanggungkan; dan/atau
- ii. Meninggal dunia akibat hukuman mati dari pengadilan; dan/atau
- iii. Tindakan melanggar hukum atau tindakan kejahatan atau percobaan melakukan tindakan pidana atau kejahatan yang secara langsung atau tidak langsung oleh Pemegang Polis, Peserta, dan/atau Ahli Waris dalam Polis ini.

PERSYARATAN DAN TATA CARA

- *Know Your Customer* yang terdiri dari:
 - Surat Permohonan Asuransi Kumpulan (SPAK);
 - Nomor Induk Berusaha (NIB);
 - Akta Pendirian dan Akta Perubahan;
 - Salinan identitas penanggung jawab yang masih berlaku;
 - Salinan identitas direksi yang tercantum pada akta;
 - Surat Kuasa jika penandatanganan SPAK bukan direksi dalam akta;
 - Form serah terima apabila merupakan klien existing;
 - Salinan Polis Asuransi sebelumnya.
- Proposal yang sudah ditandatangani.
- Dokumen pendukung lainnya (bila Generali Indonesia 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

Manfaat Asuransi Kesehatan Kumpulan dari Asuransi Jiwa Generali yang dimiliki oleh Peserta :

NO	MANFAAT	PLAN 1 350 (dalam Rupiah)
1	Biaya kamar Rumah Sakit per hari (365 (tiga ratus enam puluh lima) hari)	350.000
2	Biaya Unit perawatan intensif (ICU/HCU/CCU) per hari (maksimal 180 (seratus delapan puluh) hari)	543.000
3	Biaya pembedahan (per pembedahan) : • Pembedahan A • Pembedahan B • Pembedahan C • Pembedahan D	210.000.000 136.500.000 94.500.000 52.500.000
4	Biaya perawatan Rumah Sakit lainnya (obat-obatan, x-ray, lab, dll), per rawat ketidakmampuan	11.603.000
5	Biaya Kunjungan dokter di Rumah Sakit per hari (365 (tiga ratus enam puluh lima) hari)	200.000
6	Biaya konsultasi dokter Spesialis di Rumah Sakit per hari (365 (tiga ratus enam puluh lima) hari)	720.000
7	Biaya Perawatan Gawat Darurat per ketidakmampuan	2.835.000
8	Biaya perawat pribadi (maks. 90 (sembilan puluh) hari) per hari	300.000
9	Biaya Ambulan per kasus	350.000
10	Biaya sebelum (30 (tiga puluh) hari) & setelah (30 (tiga puluh) hari) perawatan per Ketidakmampuan	1.365.000
11	Biaya kamar Rumah Sakit per hari, jika menggunakan BPJS (365 (tiga ratus enam puluh lima) hari)	350.000
	BATASAN TAHUNAN / ANNUAL LIMIT	Tidak Terbatas/ Unlimited
12	Santunan kematian	25.000.000

Ilustrasi Pembayaran Klaim

Kondisi 1 :

Peserta menderita sakit yang mengharuskan Peserta dirawat di Rumah Sakit selama 5 (lima) hari. Pada saat selesai perawatan, Peserta menggunakan BPJS untuk membayar keseluruhan biaya perawatan selama di rumah sakit dan tidak ada kelebihan biaya (*Excess Claim*) yang ditanggung oleh Peserta. Kemudian, Peserta mengajukan Klaim **Manfaat Lainnya** kepada Asuransi Jiwa Generali Indonesia.

Jumlah klaim yang akan dibayarkan Generali Indonesia adalah :

= Biaya Kamar x lamanya dirawat
= 350.000 x 5 hari
= 1.750.000.

Klaim dilakukan dengan cara *reimbursement* dengan melengkapi dokumen-dokumen klaim sesuai dengan Polis.

Kondisi 2 :

Peserta menderita sakit yang mengharuskan Peserta dirawat di Rumah Sakit selama 5 (lima) hari. Pada saat selesai perawatan, Peserta menggunakan BPJS untuk membayar biaya perawatan selama di rumah sakit. Akan tetapi terdapat kelebihan biaya (*Excess Claim*) yang ditanggung oleh Peserta sehubungan jenis kamar perawatan yang diambil Peserta di atas batasan maksimum plan BPJS yang dimiliki. *Detail Claim Assessment* BPJS adalah sebagai berikut :

Manfaat Polis	Biaya yang diajukan	Biaya yang disetujui BPJS	Biaya yang tidak disetujui BPJS
Biaya Kamar per hari (5 (lima) hari)	2.500.000	1.250.000	1.250.000
Biaya perawatan rumah sakit lainnya	5.000.000	3.000.000	2.000.000
Total Biaya yang ditanggung Peserta			3.250.000

Peserta bermaksud untuk mengajukan klaim kepada Asuransi Jiwa Generali Indonesia. Sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku, peserta memiliki pilihan untuk mengajukan klaim atas kelebihan biaya (*Excess Claim*) kepada Generali Indonesia atau mengajukan klaim atas Manfaat Lainnya.

Peserta memilih untuk mengajukan klaim atas kelebihan biaya (*Excess Claim*), detail klaim yang dibayarkan adalah :

Manfaat Polis	Biaya yang diajukan	Biaya yang disetujui Asuransi	Biaya yang tidak disetujui Asuransi
Biaya Kamar per hari (5 (lima) hari)	1.250.000	1.250.000	0
Biaya perawatan rumah sakit lainnya	2.000.000	2.000.000	0
Total Biaya yang ditanggung Peserta			0

Kondisi 3 :

Peserta menderita sakit yang mengharuskan Peserta dirawat di Rumah Sakit selama 5 (lima) hari. Pada saat selesai perawatan, Peserta menggunakan BPJS untuk membayar biaya perawatan selama di rumah sakit. Akan tetapi terdapat kelebihan biaya (*Excess Claim*) yang ditanggung oleh Peserta sehubungan jenis kamar perawatan yang diambil Peserta di atas batasan maksimum plan BPJS yang dimiliki. *Detail Claim Assessment* BPJS adalah sebagai berikut :

Manfaat Polis	Biaya yang diajukan	Biaya yang disetujui BPJS	Biaya yang tidak disetujui BPJS
Biaya Kamar per hari (5 (lima) hari)	2.000.000	1.250.000	750.000
Biaya perawatan rumah sakit lainnya	3.500.000	3.000.000	500.000
Total Biaya yang ditanggung Peserta			1.250.000

Peserta bermaksud untuk mengajukan klaim kepada Asuransi Jiwa Generali Indonesia. Sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku, Peserta memiliki pilihan untuk mengajukan klaim atas kelebihan biaya (*Excess Claim*) kepada Generali Indonesia atau mengajukan klaim atas Manfaat Lainnya.

Peserta memilih untuk mengajukan klaim **Manfaat Lainnya**, detail klaim yang dibayarkan adalah :

= Biaya Kamar x lamanya dirawat
= 350.000 x 5 hari
= 1.750.000.

INFORMASI TAMBAHAN

Definisi Penting

- Penanggung adalah PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia.
- Masa Leluasa adalah suatu periode tertentu sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi seperti yang tertera pada tagihan pembayaran Premi di mana Polis akan tetap berlaku walaupun Premi belum dibayar lunas.
- Polis merupakan dokumen yang berisi perjanjian Asuransi Kumpulan antara Penanggung dan Pemegang Polis, termasuk dokumen-dokumen lainnya yang dinyatakan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari Polis ini.
- Periode Polis adalah jangka waktu Pertanggungan yang dihitung sejak tanggal mulai berlaku sampai dengan tanggal berakhirnya Pertanggungan sebagaimana yang disebutkan pada Ringkasan Polis.
- Pemegang Polis merupakan perusahaan atau badan yang mengadakan perjanjian Asuransi Kumpulan dengan Penanggung.
- Peserta adalah individu yang atas dirinya diadakan Pertanggungan sebagaimana tercantum dalam Daftar Peserta dan Daftar Peserta tambahan (jika ada) terdiri dari Karyawan/Anggota Kumpulan dan/atau Tanggungan yang diikutsertakan.
- Karyawan merupakan seorang pekerja tetap, aktif bekerja penuh waktu minimum 30 (tiga puluh) jam kerja setiap minggu dan terikat hubungan kerja dengan Pemegang Polis.
- Tanggungan adalah satu orang suami atau istri dan anak sah dari Peserta yang memenuhi syarat untuk dipertanggungkan, telah didaftarkan oleh Pemegang Polis dan disetujui oleh Penanggung.
- Manfaat Asuransi adalah penggantian biaya pelayanan kesehatan oleh Penanggung atas perawatan medis Peserta sesuai yang tercantum pada ketentuan Manfaat.
- Premi adalah sejumlah uang yang tercantum dalam Polis yang disetujui oleh Pemegang Polis, untuk dibayarkan kepada Penanggung sesuai yang diperjanjikan. Yang termasuk dalam Premi adalah Premi pada awal pertanggungan Polis, Premi selama periode pertanggungan, Premi Perpanjangan Polis dan Premi Adendum.

Pembayaran Premi

- Seluruh Premi wajib dibayarkan agar pertanggungan tetap berlaku.
- Pembayaran Premi dilakukan dengan pembayaran langsung ke rekening Penanggung dan akan diakui pada saat Premi diterima di rekening Penanggung.
- Apabila terjadi tagihan dan/atau pengembalian Premi Adendum maka tagihan dan/atau pengembalian Premi akan diakumulasi dan ditagihkan setiap tanggal yang digunakan sebagai tanggal Bulan Polis, pada bulan berikutnya.
- Apabila karena sesuatu hal Penanggung tidak menagih Premi maka hal tersebut tidak dapat ditafsirkan sebagai pembebasan kepada Pemegang Polis untuk tidak melakukan kewajiban pembayaran Premi kepada Penanggung.

Prosedur Klaim

Untuk memberikan perlindungan terbaik produk ini juga menyediakan perawatan kesehatan non tunai (*cashless*) untuk Peserta di *Provider* Rekanan Generali, selain fasilitas klaim *reimbursement*.

Dalam hal klaim *reimbursement*, berikut prosedurnya:

1. Pengajuan Klaim harus disampaikan dalam waktu maksimum 60 (enam puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal selesai perawatan.
2. Klaim Perawatan Rumah Sakit
 - a. Formulir Klaim Manfaat Asuransi Rawat Inap yang diisi lengkap dengan cap, tanda tangan, dan nama Dokter yang merawat;
 - b. Surat keterangan Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang sah dan berwenang (asli) dari Dokter yang menegakkan diagnosis dari keadaan tersebut dan tanggal mulainya ketidakmampuan;
 - c. Kuitansi asli beserta perincian perawatan (termasuk salinan resep). Kuitansi asli tidak sama dengan struk tagihan. Kuitansi harus berwarna apabila pengajuan Klaim dilakukan dalam bentuk elektronik. Kuitansi dan tanda terima asli atas biaya Perawatan tidak akan dikembalikan apabila Penanggung dapat membayarkan Klaim;
 - d. Catatan medis / resume medis Peserta, fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang, Laboratorium, dan radiologi (jika ada);
 - e. Salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang dan salinan kuitansi, termasuk bukti dan perincian pembayaran Klaim yang telah dilegalisir oleh pihak lain dalam hal Koordinasi Manfaat sebagaimana tercantum pada Ketentuan Umum Pasal 11 ayat 6;
 - f. Surat Berita Acara Kepolisian dalam hal Kecelakaan (jika ada);
 - g. KTP atau kartu identitas diri lainnya yang sah atas Peserta; dan
 - h. Dokumen-dokumen lain yang relevan dan dianggap perlu oleh Penanggung sehubungan dengan penyelesaian Klaim tersebut.
3. Klaim Meninggal Dunia
 - a. Formulir Klaim Kematian Asuransi;
 - b. Surat keterangan Dokter;
 - c. Akte kematian (asli atau salinan yang telah dilegalisir pejabat dari instansi yang berwenang);
 - d. Bukti diri dari Peserta (asli atau salinan yang telah dilegalisir pejabat dari instansi yang berwenang);
 - e. Surat keterangan dari kepolisian bila meninggal disebabkan oleh Kecelakaan atau korban tindakan kejahatan;
 - f. Melampirkan kronologis kematian (sebab kematian, bila terjadi di rumah) dengan tanda tangan pihak keluarga atau Ahli Waris; dan
 - g. Dokumen-dokumen lain yang relevan dan dianggap perlu oleh Penanggung sehubungan dengan penyelesaian Klaim tersebut.
4. Klaim Rawat Jalan
 - a. Formulir Klaim Manfaat Asuransi Rawat Jalan yang diisi lengkap dengan cap, tanda tangan, dan nama Dokter yang merawat;
 - b. Surat keterangan Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang sah dan berwenang (asli) dari Dokter yang menegakkan diagnosis dari keadaan tersebut dan tanggal mulainya ketidakmampuan;
 - c. Kuitansi asli beserta perincian perawatan (termasuk salinan resep). Kuitansi asli tidak sama dengan struk tagihan. Kuitansi harus berwarna apabila pengajuan Klaim dilakukan dalam bentuk elektronik. Kuitansi dan tanda terima asli atas biaya Perawatan tidak akan dikembalikan apabila Penanggung dapat membayarkan Klaim;
 - d. Catatan medis / resume medis Peserta, fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang, Laboratorium, dan radiologi (jika ada);
 - e. Salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang dan salinan kuitansi, termasuk bukti dan perincian pembayaran Klaim yang telah dilegalisir oleh pihak lain dalam hal Koordinasi Manfaat;
 - f. KTP atau kartu identitas diri lainnya yang sah atas Peserta; dan
 - g. Dokumen-dokumen lain yang relevan dan dianggap perlu oleh Penanggung sehubungan dengan penyelesaian Klaim tersebut.
5. Klaim Melahirkan
 - a. Formulir Klaim Manfaat Asuransi Melahirkan yang diisi lengkap dengan cap, tanda tangan, dan nama Dokter yang merawat;
 - b. Surat keterangan Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang sah dan berwenang (asli) dari Dokter yang menegakkan diagnosis dari keadaan tersebut dan tanggal mulainya ketidakmampuan;
 - c. Kuitansi asli beserta perincian perawatan (termasuk salinan resep). Kuitansi asli tidak sama dengan struk tagihan. Kuitansi harus berwarna apabila pengajuan Klaim dilakukan dalam bentuk elektronik. Kuitansi dan tanda terima asli atas biaya Perawatan tidak akan dikembalikan apabila Penanggung dapat membayarkan Klaim;
 - d. Catatan medis / resume medis Peserta, fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang, Laboratorium, dan radiologi (jika ada);
 - e. Salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang dan salinan kuitansi, termasuk bukti dan perincian pembayaran Klaim yang telah dilegalisir oleh pihak lain dalam hal Koordinasi Manfaat sebagaimana tercantum pada Ketentuan Umum Pasal 11 ayat 6;
 - f. KTP atau kartu identitas diri lainnya yang sah atas Peserta; dan
 - g. Dokumen-dokumen lain yang relevan dan dianggap perlu oleh Penanggung sehubungan dengan penyelesaian Klaim tersebut.
6. Klaim Rawat Gigi
 - a. Formulir Klaim Manfaat Asuransi Perawatan Gigi yang diisi lengkap dengan cap, tanda tangan, dan nama Dokter yang merawat;

INFORMASI TAMBAHAN

- b. Surat keterangan Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang sah dan berwenang (asli) dari Dokter yang menegakkan diagnosis dari keadaan tersebut dan tanggal mulainya ketidakmampuan;
 - c. Kuitansi asli beserta perincian perawatan (termasuk salinan resep). Kuitansi asli tidak sama dengan struk tagihan. Kuitansi harus berwarna apabila pengajuan Klaim dilakukan dalam bentuk elektronik. Kuitansi dan tanda terima asli atas biaya Perawatan tidak akan dikembalikan apabila Penanggung dapat membayarkan Klaim;
 - d. Catatan medis / resume medis Peserta, fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang, Laboratorium, dan radiologi (jika ada);
 - e. Salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang dan salinan kuitansi, termasuk bukti dan perincian pembayaran Klaim yang telah dilegalisir oleh pihak lain dalam hal Koordinasi Manfaat sebagaimana tercantum pada Ketentuan Umum Pasal 11 ayat 6;
 - f. KTP atau kartu identitas diri lainnya yang sah atas Peserta; dan
 - g. Dokumen-dokumen lain yang relevan dan dianggap perlu oleh Penanggung sehubungan dengan penyelesaian Klaim tersebut.
7. Klaim Kacamata
- a. Formulir Klaim Manfaat Asuransi Kacamata yang diisi lengkap dengan cap, tanda tangan, dan nama Dokter yang memeriksa;
 - b. Surat keterangan Dokter Mata yang sah dan berwenang (asli);
 - c. Resep kacamata dari Dokter Mata;
 - d. Kuitansi asli beserta perincian perawatan (termasuk salinan resep). Kuitansi asli tidak sama dengan struk tagihan. Kuitansi harus berwarna apabila pengajuan Klaim dilakukan dalam bentuk elektronik. Kuitansi dan tanda terima asli atas biaya Perawatan tidak akan dikembalikan apabila Penanggung dapat membayarkan Klaim.
 - e. Catatan medis / resume medis Peserta, fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang, Laboratorium, atau radiologi (jika ada);
 - f. Salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang dan salinan kuitansi, termasuk bukti dan perincian pembayaran Klaim yang telah dilegalisir oleh pihak lain dalam hal Koordinasi Manfaat sebagaimana tercantum pada Ketentuan Umum Pasal 11 ayat 6;
 - g. KTP atau kartu identitas diri lainnya yang sah atas Peserta; dan
 - h. Dokumen-dokumen lain yang relevan dan dianggap perlu oleh Penanggung sehubungan dengan penyelesaian Klaim tersebut.
8. Klaim Pemeriksaan Kesehatan Rutin
- a. Formulir Klaim Pemeriksaan Kesehatan Rutin yang diisi lengkap dengan cap, tanda tangan, dan nama Dokter yang memeriksa;
 - b. Kuitansi asli beserta perincian perawatan (termasuk salinan resep). Kuitansi asli tidak sama dengan struk tagihan. Kuitansi harus berwarna apabila pengajuan Klaim dilakukan dalam bentuk elektronik. Kuitansi dan tanda terima asli atas biaya Perawatan tidak akan dikembalikan apabila Penanggung dapat membayarkan Klaim.
 - c. Catatan medis / resume medis Peserta, fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang, Laboratorium, atau radiologi (jika ada);
 - d. Salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang dan salinan kuitansi, termasuk bukti dan perincian pembayaran Klaim yang telah dilegalisir oleh pihak lain dalam hal Koordinasi Manfaat sebagaimana tercantum pada Ketentuan Umum Pasal 11 ayat 6;
 - e. KTP atau kartu identitas diri lainnya yang sah atas Peserta; dan
 - f. Dokumen-dokumen lain yang relevan dan dianggap perlu oleh Penanggung sehubungan dengan penyelesaian Klaim tersebut.

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/> atau WA +6285813150037.

**PENAFIAN/DISCLAIMER
(PENTING UNTUK DIBACA)**

- Generali Indonesia dapat menolak SPAK Calon Pemegang Polis apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
- Calon Pemegang Polis harus membaca dengan teliti RIPLAY Umum ini sebelum menyetujui pembelian produk dan berhak bertanya kepada tenaga pemasar Generali Indonesia atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
- Calon Pemegang Polis wajib untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam pengajuan permohonan asuransi ini. Oleh karenanya, Calon Pemegang Polis 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 premi 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. Calon Pemegang Polis dapat mempelajari penjelasan lebih lengkap pada Polis yang akan terbit setelah Generali Indonesia menyetujui SPAK Calon Pemegang Polis.



PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia Berizin dan Diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

**Tanggal cetak dokumen
Version 1.0/07/2026**