

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



VERSION 1.0
25/01/2022

BeSMART

BETTER SOLUTION FOR MODERN AND REDEFINED PROTECTION

RIPLAY UMUM

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN

Besmart

Better Solution For Modern
And Redefined Protection

Berizin dan diawasi oleh: 

PERLINDUNGAN JIWA DENGAN MANFAAT PASTI



BeSMART merupakan produk asuransi jiwa dengan pembayaran Premi secara berkala yang dirancang khusus untuk memberikan perlindungan jiwa seumur hidup dan manfaat *Smart Living Bonus* mulai usia Tertanggung 81 tahun sampai dengan 90 tahun..

Apa yang menjadi keunggulan produk BeSMART?

Produk BeSMART memiliki keunggulan sebagai berikut:



Perlindungan Seumur Hidup

Mendapat perlindungan asuransi jiwa hingga Usia 100 tahun



Pembayaran Premi yang Singkat

Pilihan masa pembayaran Premi 5, 10, 15, atau 20 tahun



Smart Living Bonus

Manfaat hidup yang diberikan mulai dari usia Tertanggung 81 tahun s.d 90 tahun



Pilihan Manfaat sesuai kebutuhan

Beragam manfaat yang dapat dipilih sesuai kebutuhan

Ringkasan Fitur Umum

Nama Penerbit	PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia
Nama Produk	BeSMART (Better Solution For Modern And Redefined Protection)
Mata Uang	Rupiah
Jenis Produk	Asuransi Jiwa Seumur Hidup
Deskripsi Produk	<p>Produk asuransi yang memberikan proteksi jiwa seumur hidup sampai dengan Usia 100 tahun. Produk ini memiliki rancangan khusus sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan manfaat perlindungan atas risiko Meninggal Dunia; • Manfaat tambahan jika Tertanggung terdiagnosis Penyakit Stadium Akhir; • Manfaat Smart Living Bonus mulai dari usia Tertanggung 81 tahun s.d 90 tahun; • Manfaat akhir masa pertanggungan sebesar 250% Uang Pertanggungan Manfaat Utama.
Usia Masuk	<ul style="list-style-type: none"> • Pemegang Polis : 18 – 90 tahun • Tertanggung : 31 hari – 65 tahun
Cara Pembayaran Premi	Tahunan/Semesteran/Kuartalan/Bulanan
Masa Pembayaran Premi	5, 10, 15, dan 20 tahun
Premi	Mulai dari Rp 289.000,-/tahun
Uang Pertanggungan	Minimum : Rp100.000.000,-
Masa Pertanggungan	Sampai dengan Tertanggung mencapai Usia 100 tahun

Manfaat Utama

MANFAAT MENINGGAL DUNIA

Apabila Tertanggung Meninggal Dunia karena sebab apapun, maka akan dibayarkan manfaat sebesar 100% Uang Pertanggungan Manfaat Utama, dengan mengikuti ketentuan di bawah ini :

Usia Tertanggung Saat Meninggal Dunia	Persentase dari Uang Pertanggungan Manfaat Utama
< 1 tahun	20%
1 tahun s.d < 2 tahun	40%
2 tahun s.d < 3 tahun	60%
3 tahun s.d < 4 tahun	80%
4 tahun atau lebih	100%

MANFAAT PENYAKIT STADIUM AKHIR (TERMINAL ILLNESS)

Apabila Tertanggung terdiagnosa suatu Penyakit yang diperkirakan akan mengakibatkan kematian dalam kurun waktu 12 bulan sejak tanggal Diagnosis maka akan dibayarkan manfaat sebesar 50% dari Uang Pertanggungan Manfaat Utama (maksimal Rp 500.000.000,00 per jiwa). Manfaat ini hanya akan berlaku untuk Tertanggung dengan usia masuk 18 – 60 tahun dan usia Tertanggung pada saat terdiagnosis belum mencapai 66 tahun.

SMART LIVING BONUS

Manfaat ini akan diberikan pada Ulang Tahun Polis saat Usia Tertanggung mencapai 81-90 tahun :

Usia Tertanggung	Masa Pembayaran Premi sejak Tanggal Terbit Polis			
	5 tahun	10 tahun	15 tahun	20 tahun
81 – 90 tahun	50%	100%	150%	200%
dari Premi yang disetahunkan				

Dengan ketentuan sebagai berikut:

- Usia masuk Tertanggung pada Polis maksimal adalah 55 (lima puluh lima) tahun;
- Smart living bonus akan dibayarkan langsung kepada Pemegang Polis/Tertanggung;
- Tertanggung masih hidup dan Polis dalam keadaan aktif pada saat pembayaran smart living bonus;
- Tidak ada kewajiban pinjaman Premi otomatis yang belum diselesaikan;
- Tidak pernah melakukan pemulihan Polis dan/atau mengajukan klaim manfaat pembebasan Premi (jika ada), sebelum smart living bonus dibayarkan sesuai waktu yang telah ditentukan;

f. Smart living bonus akan diberikan sesuai dengan persentase yang telah ditetapkan dari jumlah Premi yang disetahunkan;

g. Jumlah Premi yang dimaksud dalam poin (f) di atas adalah Premi Manfaat Utama ditambah Manfaat Tambahan Booster SA (jika ada) ditambah Manfaat Tambahan CI Benefit (jika ada).

MANFAAT AKHIR MASA PERTANGGUNGAN

Apabila Tertanggung hidup sampai akhir masa pertanggungan, maka akan dibayarkan manfaat sebesar 250% Uang Pertanggungan Manfaat Utama.

Manfaat Tambahan

Booster SA

Manfaat Tambahan yang memberikan tambahan Uang Pertanggungan.

Waiver of Premium

Manfaat Tambahan yang memberikan manfaat pembebasan premi Manfaat Utama + premi Manfaat Tambahan.

Critical Illness Benefit

Manfaat Tambahan yang memberikan manfaat perlindungan terhadap penyakit kritis sebesar 50% Uang Pertanggungan Manfaat Utama.

Manfaat Asuransi Tambahan

Accidental Death Benefit

Asuransi Tambahan yang memberikan manfaat meninggal yang disebabkan karena kecelakaan sebesar 100% Uang Pertanggungan Manfaat Utama + Uang Pertanggungan Manfaat Tambahan Booster SA (jika ada), maksimal Rp 1.000.000.000,00).

Generali HealthCare Solution

Asuransi Tambahan membayar biaya rawat inap, rawat jalan, atau manfaat lainnya dan manfaat tambahan sampai dengan usia tertanggung tidak melebihi batas polis berakhir dari jangka waktu pertanggungan. Generali Indonesia akan membayarkan besaran manfaat sesuai dengan Tabel Manfaat Asuransi Tambahan Generali HealthCare Solution.

Simulasi Manfaat

RIPLAY Umum BeSMART

Nama Pemegang Polis	Pak Surya	Mata Uang	Rupiah
Nama Tertanggung	Pak Surya	Masa Pertanggungan	70 tahun
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Cara Pembayaran Premi	Tahunan
Tanggal Lahir	25 November 1991	Masa Pembayaran Premi	20 tahun
Usia Tertanggung	30 tahun		

MANFAAT ASURANSI	MASA PEMBAYARAN PREMI (TAHUN)	MASA PERTANGGUNGAN (TAHUN)	UANG PERTANGGUNGAN (RUPIAH)	PREMI TAHUNAN (RUPIAH)
Asuransi Dasar				
Manfaat Utama:				
(TBS4) - BeSMART	20	70	250.000.000	2.910.000
Manfaat Tambahan:				
(BSD1) - Booster SA	20	50	250.000.000	1,697,500
(WBS4) - WOP	20	20	4.607.500	223.003
Asuransi Tambahan*				
(GTB1) - GHS- Gold Superior	65	65	2.000.000.000	3,307,000
(ADB1) - ADB	50	50	500.000.000	445,000

Total Premi Tahunan* 8.582.503

*Premi Asuransi Tambahan merupakan Premi pada saat usia masuk. Premi akan berubah dari tahun ke tahun sesuai dengan usia pada saat tahun berjalan dan besar uang pertanggungan pada saat itu.

TABEL MANFAAT ASURANSI

TAHUN POLIS	USIA TERTANGGUNG (TAHUN)	TOTAL PREMI PER TAHUN (RUPIAH)	NILAI TUNAI AKHIR TAHUN POLIS* (RUPIAH)	SMART LIVING BONUS (RUPIAH)	MANFAAT MENINGGAL DUNIA (RUPIAH)	MANFAAT AKHIR MASA PERTANGGUNGAN (RUPIAH)
1	30	8,582,503	-	-	500,000,000	-
2	31	8,879,503	-	-	500,000,000	-
3	32	8,879,503	-	-	500,000,000	-
4	33	8,879,503	287,500	-	500,000,000	-
5	34	8,879,503	787,500	-	500,000,000	-
6	35	8,879,503	2,020,000	-	500,000,000	-
7	36	9,738,503	3,735,000	-	500,000,000	-
8	37	9,738,503	5,967,500	-	500,000,000	-
9	38	9,738,503	8,752,500	-	500,000,000	-
10	39	9,738,503	10,107,500	-	500,000,000	-
12	41	10,843,503	18,217,500	-	500,000,000	-
14	43	10,843,503	29,145,000	-	500,000,000	-
16	45	10,843,503	39,337,500	-	500,000,000	-
18	47	12,335,503	46,930,000	-	500,000,000	-
20	49	12,335,503	55,187,500	-	500,000,000	-
51	80	30,541,000	197,232,500	-	250,000,000	-
53	82	35,643,000	202,080,000	9,215,000	250,000,000	-
55	84	35,643,000	206,970,000	9,215,000	250,000,000	-
57	86	38,142,000	212,050,000	9,215,000	250,000,000	-
59	88	38,142,000	217,575,000	9,215,000	250,000,000	-
61	90	38,142,000	257,622,500	9,215,000	250,000,000	-
70	99	-	625,000,000	-	250,000,000	-
71	100	-	-	-	-	625,000,000

- Apabila Pak Surya Meninggal Dunia akibat Kecelakaan di Usia 34 tahun, maka akan dibayarkan manfaat sebesar Rp 1.000.000.000,00 selanjutnya Polis berakhir.
- Apabila Pak Surya harus menjalani Rawat Inap selama 10 hari, dengan rincian sebagai berikut:

Manfaat	Biaya	Tabel Biaya (10 hari)
Kamar (1 tempat tidur)	Rp 750.000 per hari	Rp 7.500.000,-
Kunjungan Dokter	Rp 500,000 per hari	Rp 5.000.000,-
Biaya Perawatan Lainnya (termasuk obat-obatan dan pemeriksaan Laboratorium)	Rp 2.000.000 per hari	Rp 20.000.000,-

Maka Total tagihan Rp32,500,000 ditanggung seluruhnya oleh Generali HealthCare Solution

- Apabila Pak Surya terdiagnosis salah satu Penyakit Kritis yang ditanggung di Usia 40 tahun, maka Premi Manfaat Utama dan Premi Manfaat Tambahan yang jatuh tempo berikutnya akan dibebaskan oleh Penanggung.
- Pada saat mencapai Usia 81 tahun, Pak Surya akan mendapatkan manfaat Smart Living Bonus sebesar Rp 9.215.000,00 yang akan dibayarkan setiap Ulang Tahun Polis, hingga Pak Surya berusia 90 tahun.
- Apabila pada Usia 83 tahun, Pak Surya Meninggal Dunia, maka manfaat yang akan dibayarkan adalah sebesar Rp 250.000.000, selanjutnya Polis berakhir.



TABEL MANFAAT ASURANSI TAMBAHAN GENERALI HEALTHCARE SOLUTION (Rupiah)

Jadwal Manfaat	Deskripsi	Gold Superior
Wilayah Pertanggunggaan		Indonesia
Batas Tahunan		2.000.000.000
Batas Seumur Hidup		8.000.000.000
Manfaat Rawat Inap diluar Wilayah Pertanggunggaan		
Indonesia		100% ditanggung
Asia (kecuali Singapura, Jepang, dan Hong Kong)		60% ditanggung
Singapura, Jepang, dan Hong Kong		20% ditanggung
Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat		Tidak ditanggung
Amerika Serikat		Tidak ditanggung
Manfaat Rawat Inap		
Biaya Kamar dan Akomodasinya	Maksimal sesuai dengan hari kalender per tahun	Kamar standar terendah dengan 2 (dua) tempat tidur dan kamar mandi di dalam atau Rp 750.000/hari mana yang lebih besar
Biaya Perawatan Intensif (Termasuk ICU, ICCU, PICU, NICU)	Maksimal sesuai dengan hari kalender per tahun	Sesuai Tagihan
Biaya Dokter Umum		Sesuai Tagihan
Biaya Dokter Spesialis		Sesuai Tagihan
Biaya Perawatan Rumah Sakit Lainnya		Sesuai Tagihan
Manfaat Tindakan Bedah		Sesuai Tagihan
Protesis & Implant		Sesuai Tagihan
Transplantasi		Sesuai Tagihan
Biaya Ambulan		Sesuai Tagihan
Biaya Laporan Medis	Per Rawat Inap Maksimal 1 (satu) laporan medis per Rawat Inap	500.000
Biaya Pendamping	Per hari Maksimal 180 (seratus delapan puluh) hari per tahun	350.000
Manfaat Rawat Jalan		
Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	Maksimal 30 (tiga puluh) hari untuk Perawatan Sebelum Rawat Inap, dan maksimal 90 (sembilan puluh) hari untuk Perawatan Setelah Rawat Inap	
a. Konsultasi dan Obat-obatan		Sesuai Tagihan
b. Pemeriksaan Penunjang Diagnostik		Sesuai Tagihan
c. <i>Physiotherapy dan/atau ultrasound</i>	Per Hari	500.000
Rehabilitasi Medik Pasca Stroke	Maksimal 90 (sembilan puluh) hari setelah periode manfaat Biaya physiotherapy dan/atau ultrasound berakhir	Tidak berlaku
Konsultasi Psikiater Rawat jalan	Maksimal 90 (sembilan puluh) hari setelah Rawat Inap	Tidak berlaku
Biaya Perawatan Kanker, termasuk pemeriksaan remisi kanker: - <i>Radiotherapy</i> ; - <i>Targeted therapy</i> - <i>Immunotherapy treatment</i> ; - <i>Hormonal therapy</i> ; - <i>Oral chemotherapy & non-oral chemotherapy</i>	Maksimal 5 (lima) tahun setelah tanggal berakhirnya Perawatan aktif terkait kanker	150.000.000
Biaya Cuci Darah		Sesuai Tagihan
Biaya Akupunktur dan Obat-obatan Tradisional Tiongkok	Per tahun polis	15.000.000
Biaya Perawat di Rumah	Maksimal 1 perawat dan 120 (seratus dua puluh) hari per tahun polis	Tidak berlaku
Biaya Pembedahan Pulang Hari	termasuk rawat jalan 30 hari setelah Pembedahan Pulang Hari Per ketidakmampuan	20.000.000
Biaya Perawatan Gawat Darurat Akibat Kecelakaan		Sesuai Tagihan
Biaya Rawat Jalan Lanjutan Gawat Darurat akibat Kecelakaan	Maksimal 30 (tiga puluh) hari setelah terjadinya Kecelakaan	Sesuai Tagihan
Manfaat Tambahan		
Anggota Tubuh Artifisial	Per tahun polis, per Perawatan maksimal 90 (sembilan puluh) hari setelah Rawat Inap atau pembedahan	Tidak berlaku
Biaya Tindakan Bedah Rekonstruksi Payudara		Sesuai Tagihan
Manfaat Evakuasi Medis Darurat		Tidak berlaku
Renewal Bonus Benefit dan Wellness Benefit		
Co-sharing 15% dengan minimal klaim Rp. 500.000,-		
Biaya Konsultasi dan Obat-obatan		
Biaya Pemeriksaan Penunjang Diagnostik dan Wellness Benefit (basic health check up, advance health check up, heart health check up, men's health check up, women's health check up, bone health check up)		Tidak berlaku

Pengecualian Manfaat Asuransi

- Keadaan di bawah ini dikecualikan dari Manfaat Meninggal Dunia secara langsung maupun tidak langsung terjadi salah satu penyebab berikut:
 - a. Tindakan bunuh diri dalam keadaan waras maupun tidak waras yang dilakukan oleh diri sendiri dan/atau oleh orang lain atas perintah yang berkepentingan dalam Polis jika tindakan itu terjadi dalam kurun waktu 1 (satu) tahun sejak Tanggal Berlaku Polis atau tanggal Perubahan Polis, yang mana yang terakhir; atau
 - b. Perang, termasuk namun tidak terbatas pada invasi, pemberontakan, revolusi, perlawanan terhadap pemerintah, perebutan kekuasaan oleh militer, ikut serta dalam huru-hara, pemogokan dan kerusuhan sipil; atau
 - c. Dengan sengaja melakukan perbuatan melawan hukum atau tindak kejahatan, teror atau percobaan tindak kejahatan, baik aktif maupun tidak, yang dilakukan oleh Pemegang Polis, Tertanggung, atau Penerima Manfaat; atau
 - d. Hukuman mati berdasarkan putusan badan peradilan.
- Dalam hal Tertanggung Meninggal Dunia dalam Masa Pertanggungan akibat salah satu atau lebih kondisi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) Pasal ini, maka Penanggung akan membayarkan sejumlah Nilai Tunai yang tersedia sesuai dengan ketentuan Penanggung.
- Keadaan di bawah ini dikecualikan dari Manfaat Penyakit Stadium Akhir secara langsung maupun tidak langsung terjadi salah satu penyebab berikut:
 - a. Menciderai diri sendiri dalam keadaan sadar atau tidak sadar,
 - b. Kecanduan minuman beralkohol dan/atau penyalahgunaan obat-obatan, penggunaan obat-obatan yang tidak diresepkan oleh Dokter,
 - c. Keracunan oleh sebab apapun (termasuk tidak terbatas disebabkan oleh gas, uap atau media lainnya, baik sengaja atau tidak sengaja dihirup), ledakan atom, radiasi nuklir atau gas radioaktif, atau
 - d. Infeksi HIV atau AIDS.
- Penanggung tidak berkewajiban untuk membayar Manfaat Tambahan CI Benefit dan/atau WOP apabila Tertanggung menderita Penyakit Kritis:
 - a. Pada Masa Tunggu, kecuali apabila Tertanggung/ Tertanggung Tambahan (jika ada) menderita Penyakit Kritis akibat Kecelakaan; atau
 - b. Yang disebabkan oleh Keadaan Yang Sudah Ada Sebelumnya, kecuali ditentukan lain oleh Penanggung di dalam Polis; atau
 - c. Yang disebabkan oleh hal-hal yang dicantumkan di bawah ini:
 - i. Tindakan percobaan bunuh diri atau usaha untuk menyakiti diri sendiri dalam keadaan waras maupun tidak waras yang dilakukan oleh diri sendiri dan/atau oleh orang lain atas perintah yang berkepentingan dalam Asuransi Tambahan; atau
 - ii. 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; atau
 - iii. Melakukan dan/atau berpartisipasi aktif dalam demonstrasi, pemogokan, kerusuhan, huru-hara, pemberontakan, pengambil-alihan kekuasaan, perbuatan melanggar hukum; atau
 - iv. Sebagai penumpang atau awak pesawat udara selain pada penerbangan komersial yang terjadwal dan berlisensi; atau
 - v. Penyalahgunaan dan/atau segala tindakan yang berhubungan dengan pemakaian alkohol, narkoba, obat bius, zat terlarang, racun, gas, limbah jenis apapun, radiasi nuklir dan sejenisnya yang dilakukan secara sengaja atau tidak sengaja karena berhubungan dengan risiko pekerjaan atau profesi Tertanggung/ Tertanggung Tambahan (jika ada); atau
 - vi. Melakukan aktifitas berbahaya di atas tanah, di udara maupun di dalam air seperti terjun payung, menyelam, terbang layang, balap mobil, balap perahu motor, balap motor dan sejenisnya, bungee jumping, arung jeram, olah raga kontak fisik, panjat tebing, penelusuran gua, tinju atau jenis olah raga/ aktifitas bela diri lainnya, dan jenis olah raga berisiko lainnya; atau
 - vii. Kelainan Bawaan; atau
 - viii. Kelainan jiwa, cacat mental, neurosis selain dari Penyakit Kritis sejenis yang ditanggung dan disebutkan pada Daftar Penyakit Kritis, psikosomatis atau psikosis; atau
 - ix. Adanya Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau Human Immunodeficiency Virus (HIV) dalam tubuh Tertanggung/ Tertanggung Tambahan (jika ada) kecuali AIDS atau HIV yang ditanggung dan disebutkan pada Daftar Penyakit Kritis.

Risiko Penggunaan Produk

1. Pertanggungan menjadi batal apabila tidak memberikan informasi yang benar-benarnya saat mengajukan Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ). Baik informasi kesehatan atau hal lainnya.
2. Pertanggungan menjadi batal saat tidak membayar Premi tepat waktu atau telah melewati Masa Leluasa membayar Premi.
3. Generali Indonesia dapat menolak pengajuan klaim Meninggal Dunia yang disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan sebagaimana disebutkan dalam RIPLAY Umum ini.

Pengecualian Generali HealthCare Solution

1. Keadaan Yang Sudah Ada Sebelumnya, baik yang berhubungan maupun tidak berhubungan dengan klaim yang diajukan kecuali ditentukan lain oleh Penanggung secara tertulis; atau
2. Perawatan yang diakibatkan oleh Penyakit yang dimulai atau muncul dalam periode 30 (tiga puluh) hari sejak Tanggal Berlaku Pertanggung Asuransi Tambahan ini atau periode 30 (tiga puluh) hari sejak Tanggal Pemulihan Polis, mana yang terakhir terjadi, kecuali Perawatan yang diakibatkan oleh Kecelakaan.
3. Semua Penyakit khusus yang diderita oleh Tertanggung dalam periode 12 (dua belas) bulan, apapun penyebabnya, segala komplikasinya dan Perawatan yang diperlukan, sejak Tanggal Berlaku Pertanggung Asuransi Tambahan ini atau Tanggal Pemulihan Polis, mana yang terakhir terjadi:
 - Setiap jenis hernia; atau
 - Penyakit-Penyakit pada sistem reproduksi termasuk endometriosis, uterine fibroid/myoma, histerektomi, varikokel, hidrokel; atau
 - Segala jenis benjolan/kista, segala jenis tumor jinak maupun ganas pada organ manapun termasuk Kanker; atau
 - TBC (tuberculosis) dan Asma; atau
 - Anal fistula dan haemorrhoid; atau
 - Kencing manis, radang empedu (Kolesistitis), batu empedu, semua jenis hepatitis termasuk didalamnya sirosis hepatis kecuali hepatitis A; atau
 - Amandel dan semua Penyakit pada tonsil, dan/atau Penyakit adenoid, yang dapat dilakukan Tindakan Bedah; atau
 - Batu pada saluran kemih (ginjal, ureter, urethra, bladder/kandung kemih) juga turbinatum kandung kemih termasuk didalamnya gagal ginjal; atau
 - Semua jenis kelainan telinga, kelainan hidung, kondisi abnormal rongga hidung, sekat hidung/kerang hidung termasuk sinus, septum atau turbinatum; atau
 - Radang atau tukak pada lambung (gastritis, dispepsia, ulcus pepticum) atau tukak usus dua belas jari;
 - Katarak, pterygium, ablasio retina; atau
 - Haluks valgus; atau
 - Semua jenis epilepsi (grand mal atau petit mal); atau
 - Gangguan pada tulang belakang termasuk low back pain, prolaps cakram antar ruas tulang belakang (HNP, disc prolaps); atau
 - Hipertensi, Penyakit jantung dan pembuluh darah, Penyakit pembuluh darah otak/Cerebrovascular disease, termasuk TIA, stroke, sakit kepala/cephalgia, migrain, vertigo; atau
 - Kelainan darah (anemia, lupus, leukemia, dan lain lain); atau
 - Kelainan kelenjar thyroid; atau
 - Varises vena dan ulkus varises.
4. Seluruh diagnosis atas segala jenis Kanker yang telah didiagnosis sebelumnya atau mendapat pengobatan dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak Tanggal Berlaku Pertanggung Asuransi Tambahan ini atau sejak Polis dipulihkan yang mana yang terakhir terjadi kecuali atas Kejadian Yang Sudah Ada Sebelumnya. Apabila Tertanggung mendapatkan Perawatan yang diakibatkan oleh segala jenis Kanker dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak Tanggal Berlaku Pertanggung Asuransi Tambahan ini atau hari sejak Polis dipulihkan, maka segala biaya Perawatan Kanker akan menjadi pengecualian selama Asuransi Tambahan ini berlaku; atau
5. 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
6. Cedera atau Penyakit yang diakibatkan perjalanan dengan pesawat terbang atau sejenisnya, baik dari perusahaan penerbangan non komersial; atau dari perusahaan penerbangan komersial tetapi tidak sedang menjalani jalur penerbangan untuk pengangkutan umum yang berjadwal tetap dan teratur; atau helikopter, kecuali apabila Tertanggung merupakan penumpang dari suatu perusahaan penerbangan komersial dengan jadwal penerbangan yang tetap; atau
7. Cedera atau Penyakit yang disebabkan oleh olahraga 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, terjun payung, tinju, gulat, olah raga bela diri seperti judo, karate dan sebagainya, bungee jumping, menyelam dengan scuba, panjat tebing, hiking lebih dari 2.500 meter dan kegiatan atau olahraga bahaya lainnya; atau
8. 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, *food supplement*), biaya istirahat, biaya telekomunikasi, cuci pakaian dan makanan tambahan, biaya penyewaan televisi berikut salurannya, 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
9. Perawatan medis dan 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 Spesialis yang berkompeten; atau
10. Perawatan dan/atau pengobatan eksperimental, tradisional dan/atau alternatif yang di luar ilmu kedokteran barat yang tidak terbatas pada akupunktur (kecuali dilakukan oleh Dokter Umum atau Dokter Spesialis), sinthe, dukun patah tulang, paranormal, chiropractor, naturopath, holistik dan sejenisnya; atau
11. Biaya pemberi jasa medis yang dikenakan oleh keluarga dekat Tertanggung atau oleh seseorang yang secara normal tinggal dalam rumah tangga Tertanggung; atau
12. Perawatan yang berhubungan dengan kehamilan, kelahiran, upaya mempunyai anak, keguguran, aborsi, ketidaksuaburan, 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
13. 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
14. Tindakan Bedah/Perawatan yang dilakukan semata-mata karena keinginan Tertanggung tanpa adanya Cedera atau Penyakit, Tindakan Bedah percobaan (explorative), Tindakan Bedah 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, kursi roda dan alat pengganti/protesis, termasuk rabun jauh (myopia), lensa kontak maupun implan yang berhubungan dengan kosmetik atau alat bantu pendengaran dan tongkat penyangga; atau
15. 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
16. 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
17. 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
18. Pemasangan gigi palsu, mahkota gigi, implant gigi dan penambalan gigi karena sebab apapun termasuk karena kecelakaan.
19. 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

Pengecualian Generali HealthCare Solution

20. Biaya Perawatan yang disebabkan baik langsung maupun tidak langsung 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
21. Tindakan Bedah dan pengobatan akibat upaya mendonorkan organ apapun dan/atau jaringan tubuh apapun dan segala komplikasi yang ditimbulkannya termasuk pembelian organ untuk tujuan transplantasi; atau
22. 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, Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat ataupun pihak yang berkepentingan dalam Asuransi Tambahan ini; atau
23. Epidemik atau pandemic yang dinyatakan atau diakui oleh Organisasi Kesehatan Dunia atau Departemen Kesehatan Indonesia, kecuali dinyatakan lain secara tertulis oleh Penanggung; atau
24. Rawat Inap di Rumah Sakit yang bertujuan hanya untuk diagnosis, pemeriksaan sinar X, pemeriksaan fisik umum; atau
25. Rawat Inap yang tidak dilakukan di Rumah Sakit, termasuk namun tidak terbatas pada Perawatan di klinik/sinthe/tabib/spa/sauna/salon; atau
26. Rawat Jalan karena Kecelakaan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit/klinik, termasuk namun tidak terbatas pada Perawatan di sinthe/tabib/spa/sauna/salon; atau
27. 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
28. Pelanggaran atau upaya pelanggaran asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki atau turut memiliki kepentingan dalam perlindungan Asuransi Tambahan; atau
29. Perawatan yang belum terbukti secara medis dapat berhasil atau yang bersifat eksperimen; atau
30. Investigasi dan Perawatan untuk kelainan tidur, pengantian hormon terapi untuk kondisi menopause.

Cara Mengajukan Klaim Generali HealthCare Solution

Khusus Asuransi Tambahan Generali HealthCare Solution informasi syarat-syarat/cara mengajukan klaim memiliki persyaratan sebagai berikut:

1. Pengajuan klaim dapat dilakukan secara bebas tunai (*cashless*) dengan menggunakan kartu kesehatan atau surat penjaminan dari Penanggung di seluruh jaringan rumah sakit rekanan yang bekerjasama dengan Penanggung.
2. Dokumen yang diperlukan untuk mengajukan klaim atas Manfaat Asuransi Tambahan ini adalah sebagai berikut:
 - a. Formulir klaim (untuk pengajuan secara reimbursmen) Rawat Inap/Rawat Jalan/Tindakan Bedah (sesuai dengan jenis klaim yang diajukan) yang diisi secara lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan Tertanggung;
 - b. Surat keterangan Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang sah dan berwenang (asli) dari Dokter yang menegakkan diagnosis dari keadaan tersebut dan tanggal mulainya Ketidakkampuan;
 - c. Catatan medis/resume medis Tertanggung, fotokopi seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (jika ada);
 - d. 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. Kuitansi dan tanda terima asli atas biaya Perawatan tidak akan dikembalikan dalam hal berkaitan dengan Koordinasi manfaat sesuai yang tercantum pada Pasal 6 Ketentuan Khusus Asuransi Tambahan ini, dimana apabila Penanggung dapat membayarkan klaim tersebut, Penanggung akan memberikan surat koordinasi manfaat dan salinan kuitansi tersebut dengan mencantumkan besarnya jumlah pembayaran klaim yang akan dilakukan oleh Penanggung;
 - e. Surat Berita Acara Kepolisian dalam hal Kecelakaan;
 - f. KTP atau kartu identitas diri lainnya yang sah atas Pemegang Polis dan Tertanggung;
 - g. Dokumen-dokumen lain yang relevan dan dianggap perlu oleh Penanggung sehubungan dengan penyelesaian klaim tersebut, termasuk namun tidak terbatas pada fotokopi paspor, fotokopi visa, fotokopi buku rekening atau dokumen pelengkap lainnya.

Dokumen-dokumen sebagaimana dimaksud di atas, jika dibuat dalam bahasa asing maka harus diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia dan dilakukan oleh penerjemah tersumpah. Biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan permohonan Manfaat Asuransi akan menjadi tanggung jawab Pemegang Polis/Tertanggung.
3. Pengajuan klaim harus dilakukan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal keluar dari Rawat Inap dan/atau Rawat Jalan.
4. Penanggung berhak untuk meminta pemeriksaan ulang atas diri Tertanggung yang sakit atau Cedera pada Dokter atau laboratorium yang ditunjuk oleh Penanggung.
5. Penanggung berhak meminta Tertanggung untuk mengisi dan menandatangani formulir surat kuasa dan/atau formulir lainnya yang dikeluarkan oleh Penanggung/pihak Rumah Sakit/Dokter/pihak lain yang terkait dalam proses klaim dimaksud.
6. Pengajuan klaim atas pembayaran Manfaat Asuransi akan dianggap sah apabila syarat-syarat sebagaimana disebutkan diatas telah dipenuhi seluruhnya oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan Penanggung mempunyai hak untuk menolak pembayaran Manfaat Asuransi yang diajukan jika syarat-syarat tersebut tidak dipenuhi.

Persyaratan dan Tata Cara



Definisi Penting

- Pemegang Polis adalah perorangan atau pihak yang namanya dicantumkan dalam Polis sebagai pihak yang mengadakan perjanjian Asuransi Jiwa dengan kami, Generali Indonesia;
- Tertanggung adalah perorangan yang atas jiwanya diadakan perjanjian pada Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan (jika ada);
- Penerima Manfaat 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 Tertanggung 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;
- Polis adalah dokumen yang dikeluarkan oleh Generali Indonesia yang berisi perjanjian/perikatan Asuransi Jiwa antara Generali Indonesia dan Pemegang Polis, yang memuat antara lain Ikhtisar Polis, Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ), 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 Generali Indonesia dan Pemegang Polis terikat dan memiliki tanggung jawab masing-masing sesuai dengan kesepakatan.



Persyaratan dan Dokumen Pendukung Dalam Mengajukan Permohonan Asuransi Jiwa

- Usia calon Pemegang Polis minimal 18 – 90 tahun (ulang tahun terdekat);
- Usia calon Tertanggung adalah 31 hari – 65 tahun (ulang tahun terdekat);
- Mengisi dan menandatangani Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ);
- Menyampaikan fotokopi identitas diri yang masih berlaku;
- Melakukan pemeriksaan kesehatan (apabila diperlukan);
- RIPLAY Personal;
- Dokumen pendukung lainnya (bila Generali Indonesia membutuhkannya) sebagai syarat penerbitan Polis.



Premi

- Premi adalah sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Generali Indonesia sehubungan dengan diadakannya Polis;
- Premi yang dibayarkan sudah termasuk komisi Tenaga Pemasar dan biaya-biaya, seperti biaya penerbitan polis.
- Pemegang Polis wajib membayar Premi pertama saat mengajukan SPAJ. Premi tersebut sesuai dengan besaran Premi pada RIPLAY Personal;
- Silahkan mencantumkan nama Generali Indonesia sebagai penerima Premi. Generali Indonesia akan menyatakan lunas sesuai dengan tanggal penerimaan Premi.
- Apabila Pemegang Polis tidak membayar Premi dalam Masa pembayaran Premi, hal ini dapat membatalkan manfaat produk ini. Pembatalan tersebut akan terjadi sejak Polis melewati Masa Leluasa membayar Premi (*grace period*). Selanjutnya Pemegang Polis dapat melakukan hal di bawah ini:
 - Memulihkan Polis untuk melanjutkan manfaat paling lama 2 tahun sejak tanggal berakhirnya Polis; atau
 - Mengajukan penutupan Polis dan selanjutnya Generali Indonesia akan membayarkan Nilai Polis (jika ada).



Masa Mempelajari Polis

- Pemegang Polis memiliki waktu mempelajari Polis selama 14 hari kalender sejak tanggal menerima Polis. Pastikan Pemegang Polis telah memahami produk ini dengan baik. Pemegang Polis dapat menghubungi Agen atau Generali Indonesia 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 Generali Indonesia akan mengembalikan Premi Pemegang Polis setelah mengurangi Biaya Administrasi dan Biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada). Pembatalan ini juga akan membebaskan Generali Indonesia dari tanggung jawab apapun atas manfaat Pemegang Polis sejak Tanggal Terbit Polis.



Fasilitas Polis

1. Penebusan Polis

Pemegang Polis dapat melakukan Penebusan Polis yang disetarakan dengan pengambilan keseluruhan Nilai Tunai sebelum Tanggal Berakhir Polis.

2. Pemulihan Polis

Dalam hal status Polis menjadi tidak aktif, Pemegang Polis dapat mengajukan Pemulihan Polis yang dilakukan selambat-lambatnya 24 (dua puluh empat) bulan sejak tanggal berakhirnya Polis.



Tata Cara Penebusan Polis

- Penebusan polis wajib dilakukan secara tertulis dengan cara mengisi formulir yang disediakan dan melengkapi seluruh dokumen yang disyaratkan Penanggung sehubungan dengan penebusan Polis.
- Pengajuan penebusan Polis harus dilengkapi dengan dokumen persyaratan sebagai berikut:
 - Fotokopi kartu identitas diri Pemegang Polis yang masih berlaku;
 - Fotokopi buku rekening yang dituju; dan
 - Formulir penebusan Polis.



Tata Cara Pemulihan Polis

- Polis yang tidak aktif dapat dipulihkan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - Pengajuan pemulihan secara tertulis kepada Penanggung dilakukan selambat-lambatnya dalam kurun waktu 24 (dua puluh empat) bulan sejak tanggal berakhirnya Polis; dan
 - Melakukan seleksi risiko yang ditetapkan oleh Penanggung; dan
 - Membayar Premi yang tertunggak termasuk bunga pemulihan (jika ada).

Persyaratan dan Tata Cara

CARA MENGAJUKAN KLAIM

1. Klaim Manfaat Asuransi dapat diproses jika Polis masih berlaku dan pembayaran Manfaat Asuransi sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
2. Pengajuan permintaan pembayaran manfaat Meninggal Dunia, kecuali ditentukan lain dalam Polis, harus dilengkapi dengan dokumen persyaratan sebagai berikut:
 - a. Formulir klaim asli yang telah diisi oleh Penerima Manfaat dengan lengkap dan benar;
 - b. Legalisir akta Kematian Tertanggung dari instansi yang berwenang dan surat keterangan Kematian yang wajib dilegalisir minimal oleh Konsulat Jenderal Indonesia apabila Tertanggung Meninggal Dunia di luar negeri;
 - c. Surat Keterangan Dokter untuk manfaat Meninggal Dunia (asli) yang telah diisi oleh Dokter dengan lengkap dan benar. Surat Keterangan Dokter tersebut wajib dilegalisir minimal oleh Konsulat Jenderal Indonesia apabila Tertanggung Meninggal Dunia di luar negeri;
 - d. Surat berita acara asli dari Kepolisian dalam hal Tertanggung Meninggal Dunia karena Kecelakaan;
 - e. Fotokopi kartu identitas diri yang masih berlaku dari Pemegang Polis, Tertanggung dan Penerima Manfaat;
 - f. Fotokopi kartu keluarga atau dokumen legal lainnya yang menunjukkan hubungan kepentingan (insurable interest) antara Tertanggung dan Penerima Manfaat;
 - g. Legalisir surat penetapan Pengadilan yang menyatakan Tertanggung Meninggal Dunia, apabila Tertanggung hilang dalam suatu musibah;
 - h. Legalisir surat penetapan pengadilan dalam hal Tertanggung dinyatakan hilang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
 - i. Surat kronologis Kematian dari Penerima Manfaat, apabila Tertanggung Meninggal Dunia di rumah/perjalanan menuju rumah sakit;
 - j. Fotokopi Buku Rekening Penerima Manfaat; dan
 - k. Dokumen-dokumen lain, termasuk tetapi tidak terbatas pada Polis dan catatan medis Tertanggung, yang dianggap perlu oleh Penanggung untuk mendukung dokumen persyaratan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi.
3. Pengajuan permintaan pembayaran manfaat Penyakit Stadium Akhir/Penyakit Kritis, kecuali ditentukan lain dalam Polis, harus dilengkapi dengan dokumen persyaratan sebagai berikut:
 - a. Formulir klaim kondisi kritis asil yang telah diisi oleh Pemegang Polis dengan lengkap dan benar; dan
 - b. Surat Keterangan Dokter asli yang telah diisi oleh Dokter dengan lengkap dan benar. Surat Keterangan Dokter tersebut wajib dilegalisir minimal oleh Konsulat Jenderal Indonesia apabila diagnosis dibuat oleh Dokter di luar negeri; dan
 - c. Catatan medis/resume medis Tertanggung; dan
 - d. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (jika ada);
 - e. Surat berita acara asli dari Kepolisian dalam hal Tertanggung menderita penyakit kritis akibat Kecelakaan; dan
 - f. Fotokopi kartu identitas diri yang masih berlaku dari Pemegang Polis dan Tertanggung; dan
 - g. Dokumen-dokumen lain, termasuk tetapi tidak terbatas pada Polis, yang dianggap perlu oleh Penanggung untuk mendukung dokumen persyaratan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi.
4. Berkas-berkas permintaan pembayaran Manfaat Asuransi sebagaimana tercantum di dalam poin (2), harus diajukan selambat-lambatnya 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tertanggung Meninggal Dunia, di luar jangka waktu tersebut Penanggung berhak menolak permintaan pembayaran Manfaat Asuransi.
5. Pemegang Polis wajib memberitahukan kepada Penanggung informasi atas diagnosis penyakit yang diderita oleh Tertanggung, selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal diagnosis tersebut serta berkas-berkas permintaan pembayaran Manfaat Asuransi sebagaimana tercantum di dalam poin (3), harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah pemberitahuan tentang adanya diagnosis disampaikan kepada Penanggung.
6. Klaim manfaat Penyakit Stadium Akhir/Penyakit Kritis hanya dapat diproses apabila Tertanggung masih hidup pada saat diagnosis dibuat dan dikonfirmasi melalui bukti medis oleh Dokter atau Dokter Spesialis.
7. Dokumen permintaan pembayaran Manfaat Asuransi, sebagaimana dimaksud pada poin (2) dan (3), harus dibuat dalam Bahasa Indonesia. Apabila dilakukan penerjemahan ke dalam Bahasa Indonesia maka penerjemahan tersebut harus dilakukan oleh penerjemah dibawah sumpah.
8. Apabila terdapat hal-hal atau keterangan yang tidak lengkap atau tidak bersesuaian atau saling bertentangan atau tidak jelas dalam dokumen klaim, maka Penanggung mempunyai hak untuk meminta dan mendapatkan penjelasan, keterangan tambahan dan/atau dokumen lainnya yang wajib dipenuhi oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat yang bersangkutan dalam jangka waktu yang ditetapkan oleh Penanggung.
9. Dalam masa pemeriksaan klaim, Penanggung mempunyai hak untuk melakukan pemeriksaan/ investigasi atas diri Tertanggung dengan mencari informasi dari Dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi yang mempunyai catatan keadaan Tertanggung.
10. Penetapan keputusan klaim akan dilakukan oleh Penanggung selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari kerja setelah dokumen persyaratan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi diterima oleh Penanggung dengan lengkap dan benar.
11. Manfaat Asuransi selanjutnya akan dibayarkan oleh Penanggung selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari setelah permintaan pembayaran Manfaat Asuransi disetujui oleh Penanggung.
12. Apabila Penerima Manfaat lebih dari satu orang, maka berkaitan dengan pembayaran Manfaat Asuransi berlaku ketentuan sebagai berikut:
 - a. Manfaat Asuransi akan dibayarkan kepada setiap Penerima Manfaat yang namanya tercantum pada Polis;
 - b. Apabila ada salah satu Penerima Manfaat telah Meninggal Dunia, maka Manfaat Asuransi dibayarkan kepada ahli waris Penerima Manfaat tersebut.
13. Manfaat Asuransi yang tidak diambil sejak Penanggung nyatakan bahwa Manfaat Asuransi tersebut dapat dibayarkan, tidak diberikan imbal-hasil dan/atau ganti rugi apapun.
14. Apabila dalam hal apapun suatu klaim yang diajukan palsu atau merupakan penipuan atau hasil rekayasa dengan tujuan penipuan, atau dokumen-dokumen sebagaimana dimaksud dalam poin (2) dan (3) diketahui telah dimanipulasi dan/atau dipalsukan, yang dibuat oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat atau siapapun yang bertindak atas nama Pemegang Polis atau Penerima Manfaat untuk mendapatkan Manfaat Asuransi atas Polis ini, maka Polis akan segera dibatalkan dan Penanggung tidak memiliki kewajiban apapun terhadap Pemegang Polis atau Penerima Manfaat atas pembatalan tersebut.
15. Biaya yang timbul berkenaan dengan pembayaran Manfaat Asuransi, termasuk biaya transfer dan provisi, sepenuhnya menjadi beban pihak penerima pembayaran.
16. Apabila terjadi pembayaran klaim kepada Pemegang Polis atau Penerima Manfaat yang tidak sesuai dengan syarat-syarat dan ketentuan Polis, termasuk pemalsuan dan/atau penipuan terhadap klaim Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan, maka Pemegang Polis atau Penerima Manfaat wajib segera mengembalikan pembayaran klaim tersebut kepada Penanggung.

PINJAMAN PREMI OTOMATIS DAN PERPANJANGAN SEMENTARA MASA ASURANSI

1. Dalam Masa Pembayaran Premi Asuransi Dasar, apabila Premi tidak dibayar lunas sampai dengan akhir Masa Leluasa, sedangkan Polis telah mempunyai Nilai Tunai, maka akan berlaku pinjaman Premi otomatis dan perpanjangan sementara masa asuransi dengan ketentuan sebagai berikut:
 - i. Agar Polis tetap berlaku, selama Masa Pembayaran Premi Asuransi Dasar Penanggung akan memberlakukan pinjaman Premi otomatis dimana Nilai Tunai yang tersedia akan dipotong sebesar Premi yang tertunggak termasuk bunganya
 - ii. Besaran Premi yang dimaksud dalam ayat (1) Pasal ini adalah Premi Asuransi Dasar dan Premi Asuransi Tambahan (jika ada).
 - iii. Pemegang Polis dapat membayarkan kembali Premi yang telah dipinjamkan tersebut termasuk bunga yang dikenakan oleh Penanggung dan membayarkan Premi untuk jatuh tempo selanjutnya.
 - iv. Apabila sisa Nilai Tunai tidak mencukupi untuk pembayaran Premi yang tertunggak, maka akan berlaku periode perpanjangan sementara masa asuransi, dengan menggunakan sisa Nilai Tunai yang tersedia. Penentuan jangka waktu perpanjangan sementara masa asuransi tersebut akan dilakukan Penanggung berdasarkan usia Tertanggung saat Polis berlaku dan sisa Nilai Tunai yang tersedia.
 - v. Pada periode perpanjangan sementara masa asuransi, Manfaat Asuransi sebagaimana yang tercantum pada Ikhtisar Polis tetap berlaku.
 - vi. Dalam hal Pemegang Polis tidak melakukan pembayaran atas pinjaman Premi otomatis termasuk bunga dan periode perpanjangan sementara masa asuransi telah selesai, maka Polis akan menjadi tidak aktif.
2. Setelah Masa Pembayaran Premi Asuransi Dasar berakhir, jika ada Premi Asuransi Tambahan yang tidak dibayarkan lunas sampai dengan akhir Masa Leluasa, maka Asuransi Tambahan tersebut menjadi berakhir dan Penanggung tidak berkewajiban lagi membayarkan manfaat apa pun dari Asuransi Tambahan.

DISCLAIMER (PENTING UNTUK DIBACA)

- Generali Indonesia dapat menolak SPAJ 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;
- Segala informasi pada RIPLAY Umum ini hanya sebagai referensi untuk menggambarkan manfaat produk. Termasuk namun tidak terbatas pada bagian Penjelasan Manfaat Asuransi. Anda dapat mempelajari penjelasan lebih lengkap pada Polis yang akan terbit setelah Generali Indonesia menyetujui SPAJ Anda;
- 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 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 www.generali.co.id atau WA +6285813150037.



Apabila ada pertanyaan dan keluhan terkait dengan produk dan/atau layanan kami, silahkan menyampaikan pertanyaan dan keluhan 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 WA +6285813150037

TENTANG GENERALI INDONESIA

Generali Indonesia

PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia (Generali Indonesia) merupakan bagian dari Generali Group yang beroperasi di Indonesia sejak tahun 2008 dan mengembangkan bisnis melalui jalur multi distribusi yaitu keagenan, bancassurance dan asuransi kesehatan kumpulan yang tersebar di lebih dari 40 kota di Indonesia.

Generali Indonesia mencatat perolehan premi lebih dari Rp 2,3 triliun dan RBC 475% pada tahun 2020 dan telah menghadirkan ROBOARMS™* untuk optimalisasi otomatis unit link nasabah sesuai kondisi pasar serta profil risiko investasi nasabah, dan DNA Journal yang akan membantu nasabah hidup lebih sehat. Atas komitmennya dalam berinovasi dari sisi produk dan layanan, Generali berhasil menerima penghargaan sebagai Asuransi Terbaik pada tahun 2018, 2020 dan 2021 dari berbagai ajang penghargaan. Generali Indonesia merupakan perusahaan asuransi yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

*)ROBO ARMS™ merupakan merek dagang dari ARMS Dengan Kuasa yang dipilih dan dapat diubah oleh Penanggung dari waktu ke waktu. ARMS Dengan Kuasa adalah inovasi layanan ARMS untuk memudahkan Pemegang Polis dalam mengelola risiko investasinya dengan memberikan kuasa kepada Penanggung untuk mengubah parameter ARMS sesuai dengan profil risiko Pemegang Polis.

Generali Group

Generali merupakan salah satu penyedia asuransi dan manajemen aset global yang terbesar. Berdiri sejak tahun 1831, saat ini hadir di 50 negara di dunia, dengan total pendapatan premi lebih dari 70,7 Miliar Euro di tahun 2020. Dengan 72.000 karyawan yang melayani lebih dari 65,9 juta nasabah, Generali Group memimpin pasar di Eropa dan juga mengembangkan jangkauannya di Asia dan Amerika Latin. Ambisi Generali adalah untuk menjadi Lifetime Partner bagi nasabahnya, dengan menyediakan solusi inovatif yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan nasabah, melalui berbagai kanal distribusi.



Catatan Penting

1. Informasi dalam dokumen ini bukan merupakan kontrak dengan Generali Indonesia. Informasi, syarat dan ketentuan mengenai produk **BeSMART** yang lebih lengkap dan terperinci mengacu pada Polis Asuransi **BeSMART** Anda.
2. Apabila ada pertanyaan dan keluhan terkait dengan produk dan/atau layanan kami, silakan menyampaikan pertanyaan dan keluhan Anda kepada kami. Untuk informasi lebih lanjut mengenai prosedur penanganan keluhan nasabah, silakan mengunjungi website kami di www.generali.co.id

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 WA +6285813150037