



**BCA**life  
*senantiasa melindungi anda*

**RINGKASAN INFORMASI PRODUK  
& LAYANAN UMUM**

**Asuransi Tambahan**

**Hospital Care**

## Deskripsi Produk

Produk asuransi yang memberikan Manfaat Santunan Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah.

Jenis Produk Asuransi kesehatan

Mata Uang Rupiah (Rp)

## Fitur Utama Asuransi Kesehatan

### Usia Masuk Tertanggung

- 18 - 64 tahun

### Uang Pertanggungan

- Rp 50 Juta - 1 Miliar

### Masa Pertanggungan

- 1 tahun dan diperpanjang secara otomatis hingga pada saat ulang Tahun Polis Tertanggung berusia 69 (enam puluh sembilan) tahun, sepanjang Pemegang Polis membayar Premi

### Premi\*)

- Mulai dari Rp. 230.000,- /bulan

### Frekuensi Pembayaran Premi

- Tahunan

### Masa Pembayaran Premi

- 1 tahun dan diperpanjang secara otomatis hingga pada saat ulang Tahun Polis Tertanggung berusia 69 (enam puluh sembilan) tahun, sepanjang Pemegang Polis membayar Premi

\*)Apabila calon Nasabah membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai Premi, calon Nasabah dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life

## Manfaat Asuransi

### 1. Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit

Penanggung akan membayarkan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit sesuai Data Polis kepada Pemegang Polis apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap yang disebabkan oleh Sakit/Penyakit dan/atau Kecelakaan per Hari dalam Masa Pertanggungan, dengan ketentuan:

- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit akan dibayarkan maksimum 60 (enam puluh) Hari per Tahun Polis untuk seluruh Penyakit dan/atau Kecelakaan.
- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit ini tidak berlaku untuk Manfaat Tindakan Bedah Rawat Jalan.

### 2. Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif

Penanggung akan membayarkan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif sesuai Data Polis kepada Pemegang Polis apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif yang disebabkan oleh Sakit/Penyakit dan/atau Kecelakaan per Hari dalam Masa Pertanggungan, dengan ketentuan:

- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif akan dibayarkan maksimum 30 (tiga puluh) Hari per Tahun Polis, yang termasuk dalam total Hari dari manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam ayat 1.a Pasal ini.
- Apabila jumlah Hari untuk manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif telah mencapai batasan 30 (tiga puluh) Hari per Tahun Polis sebagaimana dimaksud pada poin (a) di atas dan Tertanggung masih menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif, maka Penanggung akan membayarkan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam ketentuan Polis.

### 3. Manfaat Tindakan Bedah

Penanggung akan membayarkan Manfaat Tindakan Bedah kepada Pemegang Polis sesuai biaya aktual yang diterbitkan Rumah Sakit dengan maksimum Manfaat Tindakan Bedah per Tahun Polis sesuai Data Polis apabila Tertanggung menjalani Tindakan Bedah baik dengan Rawat Inap maupun Tindakan Bedah Rawat Jalan yang disebabkan oleh Sakit/Penyakit dan/atau Kecelakaan, dengan ketentuan:

- Manfaat Tindakan Bedah merupakan manfaat yang dibayarkan atas biaya

yang diperlukan untuk Tindakan Bedah yang mencakup biaya ahli bedah, asisten operator, ahli anestesi, ruang bedah, ruang pemulihan, biaya perawatan pasca pembedahan (termasuk tetapi tidak terbatas pada pemantauan tekanan darah, pernapasan, suhu, denyut nadi), dan biaya lainnya (termasuk tetapi tidak terbatas pada peralatan bedah, peralatan medis lainnya, dan obat-obatan yang dilakukan sesuai prosedur umum dan berdasarkan standar kedokteran).

- Dalam hal Tindakan Bedah dilakukan untuk tujuan transplantasi organ, maka Penanggung tidak membayarkan biaya untuk pembelian organ tersebut. Biaya-biaya yang muncul atas Perawatan Medis untuk pendonor organ tidak ditanggung dalam pertanggungan ini dan Penanggung tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi apapun untuk pendonor organ.
- Manfaat Tindakan Bedah sebagaimana dimaksud dalam ayat 3 Pasal ini, memiliki batas maksimum per Tahun Polis yang akan diperbaharui setiap ulang Tahun Polis dan tidak dapat diakumulasi terhadap Manfaat Tindakan Bedah yang tidak digunakan pada Tahun Polis sebelumnya.

### 4. Dalam hal Tertanggung dilindungi oleh asuransi dengan Manfaat Asuransi sejenis dalam 1 jalur distribusi yang sama yang diterbitkan oleh Penanggung, maka:

- Jumlah maksimum akumulasi manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit** yang dapat dibayarkan adalah sebesar Rp 1.000.000 (satu Juta Rupiah) dan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif sebesar Rp 2.000.000 (dua Juta Rupiah) secara berurutan dimulai dari Polis dengan Tanggal Mulai Asuransi yang lebih awal.
- Untuk Polis kedua atau seterusnya berdasarkan urutan Tanggal Mulai Asuransi paling awal ke paling akhir yang mengakibatkan jumlah manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit dan/atau manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif yang tercantum di seluruh Polis melebihi batas maksimum sebagaimana dimaksud poin (a) di atas, maka Polis tersebut dinyatakan tidak berlaku sejak Tanggal Mulai Asuransi dan Premi yang sudah dibayarkan atas Polis tersebut akan dikembalikan sepenuhnya oleh Penanggung dengan memperhitungkan klaim yang telah dibayarkan dan kewajiban Pemegang Polis (jika ada).

## Ketentuan Underwriting

Simple Issued Offering (SIO) dengan 3 pertanyaan kesehatan.

## Biaya

Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya:

- Akuisisi
- Pemeliharaan Polis
- Biaya komisi kepada pihak bank

## Risiko

**1** Klaim ditolak karena terjadinya risiko yang disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan dari pertanggungan.

**2** Pembatalan sepihak/ditutup oleh Penanggung akibat Premi tidak dibayarkan sampai dengan Masa Tenggang (*Grace Period*) berakhir.

## Masa Tunggu (Waiting Period)

1. Tidak ada Masa Tunggu (Waiting Period) untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah karena Kecelakaan.
2. Masa Tunggu (Waiting Period) selama 30 (tiga puluh) Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah bukan karena Kecelakaan.
3. Masa Tunggu (Waiting Period) selama 12 (dua belas) bulan sejak Tanggal Mulai Asuransi untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah karena Penyakit berikut:
  - a. Tuberculosis (TBC), asma, hipertensi, epilepsi;
  - b. Diabetes mellitus, radang/batu pada sistem kantung empedu, radang/batu pada sistem saluran kemih;
  - c. Wasir, fistula, usus buntu, semua jenis hernia;
  - d. Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk namun tidak terbatas pada varikokel, endometriosis, fibroid/miom di rahim;
  - e. Tonsil, kelainan tiroid;
  - f. Kelainan pada sekat rongga hidung yang memerlukan pembedahan, sinusitis, katarak;
  - g. Kanker dan/atau segala jenis tumor; atau
  - h. Penyakit pembuluh darah otak, Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler).Ketentuan ini hanya berlaku untuk Penyakit/gejala yang muncul setelah Tanggal Mulai Asuransi.

## Pengecualian

### Penanggung berhak menolak membayar Manfaat Asuransi apabila terjadi satu atau lebih kondisi berikut ini:

1. Kondisi yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-existing Conditions); atau
2. Didagnosis salah satu dari Penyakit berikut:
  - a. Tuberculosis (TBC), asma, hipertensi, epilepsi; atau
  - b. Diabetes mellitus, radang/batu pada sistem kantung empedu, radang/batu pada sistem saluran kemih; atau
  - c. Wasir, fistula, usus buntu, semua jenis hernia; atau
  - d. Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk namun tidak terbatas pada varikokel, endometriosis, fibroid/miom di rahim; atau
  - e. Tonsil, kelainan tiroid; atau
  - f. Kelainan pada sekat rongga hidung yang memerlukan pembedahan, sinusitis, katarak; atau
  - g. Kanker dan/atau segala jenis tumor; atau
  - h. Penyakit pembuluh darah otak, Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler);dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Mulai Asuransi; atau
3. Bunuh diri, percobaan bunuh diri atau kesengajaan melukai diri sendiri baik dalam keadaan waras atau tidak waras atau cedera tubuh yang diderita atau Rawat Inap sebagai akibat dari kesengajaan yang dilakukan atau disertai atau dibantu atau dibujuk (disuruh lakukan) oleh mereka yang berkepentingan dalam asuransi ini; atau
4. Keterlibatan Tertanggung dalam perbuatan melawan hukum, kelalaian dan/atau perbuatan melawan/melanggar hukum, termasuk kejahatan perasuransian yang dilakukan oleh pihak yang mempunyai atau berkepentingan dengan asuransi ini; atau
5. Pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis/alasan rehabilitasi Rawat Inap tanpa anjuran Dokter, pencegahan (termasuk pencegahan Penyakit) termasuk imunisasi, vaksinasi dan komplikasinya, biaya istirahat, biaya telekomunikasi, perawatan paliatif, pengobatan yang berkaitan dengan penglihatan/refraksi kedua mata atau pengobatan eksplorasi atau eksperimental atau prosedur efektif lainnya, termasuk pengobatan dan/atau teknologi/prosedur medis yang tidak konvensional, yang belum dinilai efektif berdasarkan praktik medis yang sudah terbukti, dan yang belum disetujui oleh badan yang diakui di Indonesia; atau
6. Bedah plastik atau kosmetik, donasi organ dan jaringan, semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan atau bedah gigi termasuk bedah mulut, gusi atau struktur pendukung gigi langsung dan obat-obatan terkait kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan; atau
7. Pengobatan dan/atau tindakan/pembedahan yang berkaitan dengan kehamilan atau upaya untuk hamil, termasuk persalinan, diagnosis dan pengobatan infertilitas (ketidaksuburan), keguguran, aborsi, sterilisasi (vasektomi/MOP dan tubektomi/MOW) dan kontrasepsi, metode pengendalian kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, termasuk segala komplikasi yang terjadi karenanya; atau
8. Pengobatan dan/atau tindakan/operasi untuk mengatasi obesitas, penurunan atau penambahan berat badan, bulimia, anoreksia nervosa; atau
9. Pengobatan dan/atau pembedahan untuk mengubah jenis kelamin; atau
10. Pengobatan terkait sunat termasuk segala komplikasinya; atau
11. Terinfeksi oleh HIV/AIDS atau keadaan lainnya yang disebabkan oleh HIV/AIDS; atau
12. Penyakit menular seksual atau penyimpangan seksual; atau
13. Gangguan jiwa atau psikiatri (termasuk neurosis, psikosomatik, psikosis) atau pengobatan yang dilakukan oleh psikolog/psikiater; atau
14. Perang (dideklarasikan atau tidak), invasi oleh negara lain, operasi permusuhan atau seperti perang (dinyatakan atau tidak), pemberontakan, keributan atau huru-hara, kudeta, perlawanan, revolusi, militer atau angkatan bersenjata, atau partisipasi dalam aksi/kegiatan militer; atau
15. Sakit atau cedera tubuh akibat reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasi; atau
16. Kelainan bawaan; atau
17. Pemeriksaan fisik secara berkala, pemeriksaan kesehatan (medical check up) atau pemeriksaan kesehatan lainnya yang tidak ada indikasi obyektif adanya gangguan kesehatan; atau
18. Cacat atau Penyakit yang disebabkan oleh keterlibatan dalam olahraga profesional, balap jenis apapun, menyelam, penerbangan udara, (termasuk bungee jumping, hang gliding, balon udara, dan terjun payung) kecuali sebagai penumpang resmi atau awak pesawat berlisensi maskapai penerbangan, dan beroperasi di rute penerbangan rutin, atau aktivitas atau olahraga berbahaya kecuali yang disetujui dengan pengesahan khusus; atau

19. Biaya untuk pengobatan penyembuhan serta perawatan pribadi di rumah, pengobatan alami atau sejenisnya yang bertujuan untuk istirahat; atau
20. Rawat Inap yang tujuan utamanya adalah untuk karantina atau isolasi karena Penyakit menular yang tidak memerlukan Perawatan Medis.

## Persyaratan dan Tata Cara

### Usia masuk Pemegang Polis

- Minimum : 21 tahun
- Maksimum : 64 tahun

### Usia masuk Tertanggung

- Minimum : 18 tahun
- Maksimum : 64 tahun

**Penentuan Usia masuk** Pemegang Polis dan Tertanggung berdasarkan Usia ulang tahun terakhir (*last birthday*).

**Pemegang Polis dan Tertanggung** merupakan Warga Negara Indonesia (WNI)

**Tertanggung** adalah Pemegang Polis atau merupakan pasangan, anak, orang tua, dan saudara yang sah dari Pemegang Polis yang merujuk pada ketentuan hukum yang berlaku di Negara Republik Indonesia.

Apabila membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan Asuransi Tambahan Hospital Care, proses pengajuan klaim, atau layanan pengaduan Nasabah, dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life melalui:

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Contact Center</b> HALO BCA 1 500 888 (06.00 - 22.00 WIB)</p> <p><b>Email</b> customer@bcalife.co.id</p> <p><b>Situs</b> www.bcalife.co.id</p> <p><b>Apps &amp; Live Chat</b> BCA Life Mobile Service</p> | <p><b>Surat</b> PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life) Chase Plaza Lt. 22 Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta Selatan 12920</p> <p><b>Jam Operasional</b> Kantor Pusat BCA Life Senin – Jumat, 08.30 – 17.30 WIB</p> |
|---|--|

## Simulasi

|   |                               |                  |                                   |                                 |
|---|-------------------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
|  | <b>Nama Tertanggung</b>       | Ricky            | <b>Asuransi Dasar</b>             | MyGuard                         |
|   | <b>Jenis Kelamin</b>          | Pria             | <b>Asuransi Tambahan</b>          | Asuransi Tambahan Hospital Care |
|   | <b>Tanggal Lahir</b>          | 19 Januari 1992  | <b>Plan yang dipilih</b>          | Plan D                          |
|   | <b>Usia</b>                   | 30 tahun         | <b>Total Premi</b>                | Rp 3.565.000,-                  |
|   | <b>Tanggal Mulai Asuransi</b> | 1 Juni 2022      | <b>Frekuensi Pembayaran Premi</b> | Tahunan                         |
|   | <b>Uang Pertanggungan</b>     | Rp 500.000.000,- |                                   |                                 |

Manfaat Asuransi yang didapatkan sebagai berikut:

| Jenis Manfaat  | Plan D  |
|--|---|
| <b>MyGuard</b>   |   |
| Manfaat Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit   | 100% pengembalian Premi yang telah dibayarkan |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi</li> <li>• Setelah 90 Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi</li> </ul> | Rp. 500.000.000,-                             |
| Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan  | Rp. 500.000.000,-                             |
| <b>Asuransi Tambahan Hospital Care</b>   |   |
| Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit (per Hari) maksimum 60 Hari per Tahun Polis   | Rp. 500.000,-                                 |
| Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif (per Hari) maksimum 30 Hari per Tahun Polis   | Rp. 1.000.000,-                               |
| Manfaat Tindakan Bedah (sesuai tagihan dengan total maksimum manfaat per Tahun Polis)  | Rp. 7.500.000,-                               |

### Ilustrasi 1

Apabila pada 14 Juni 2022, Bapak Ricky Meninggal Dunia karena Kecelakaan, Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa Uang Pertanggungan sesuai Plan yang dipilih sebesar Rp 500.000.000 kepada Penerima Manfaat dan Polis\* akan berakhir.

### Ilustrasi 2

Apabila pada 17 Juli 2022, Bapak Ricky Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit, Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa 100% pengembalian Premi yang telah dibayarkan sebesar Rp 3.565.000 kepada Penerima Manfaat dan Polis\* akan berakhir.

### Ilustrasi 3

Apabila pada 17 September 2022, Bapak Ricky Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit, Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa Uang Pertanggungan sesuai Plan yang dipilih sebesar Rp 500.000.000 kepada Penerima Manfaat dan Polis\* akan berakhir.

### Ilustrasi 4

Pada 1 Agustus 2022, Bapak Ricky melakukan pembelian Polis MyGuard ke-2 dengan plan yang dipilih adalah Plan E dan Uang Pertanggungan Rp 1.000.000.000. Karena total manfaat Meninggal Dunia yang dimiliki Bapak Ricky sebesar Rp 1.500.000.000 dan melebihi maksimum akumulasi manfaat Meninggal Dunia yang dapat dibayarkan oleh Penanggung, yaitu Rp 1.000.000.000, maka Premi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya lainnya (jika ada) untuk Polis ke-2 akan dikembalikan dan pertanggungan untuk Polis\* ke-2 dinyatakan berakhir.

Kemudian pada 17 April 2023, Bapak Ricky Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit, Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa Uang Pertanggungan sebesar Rp 500.000.000 dan Polis\* akan berakhir.

### Ilustrasi 5

Pada 1 Januari 2024, Bapak Ricky menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit selama 5 Hari dan Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif selama 3 Hari. Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar Rp 5.500.000, dengan rincian sebagai berikut:

- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit : Rp 500.000 x 5 Hari = Rp 2.500.000.
- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif : Rp 1.000.000 x 3 Hari = Rp 3.000.000.

Kemudian pada 1 Desember 2024, Bapak Ricky harus menjalani Tindakan Bedah Rawat Jalan dengan Biaya Aktual sebesar Rp 10.000.000. Penanggung akan membayarkan Manfaat Tindakan Bedah sebesar Rp 7.500.000 sesuai dengan maksimum manfaat sesuai dengan Plan yang dipilih.

### Ilustrasi 6

Pada tanggal 1 Mei 2025, Bapak Ricky menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif selama 25 Hari, dilanjutkan dengan Rawat Inap di kamar perawatan biasa selama 40 Hari. Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar Rp 42.500.000, dengan rincian sebagai berikut:

- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif : Rp 1.000.000 x 25 Hari = Rp 25.000.000.
- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit : Rp 500.000 x 35 Hari = Rp 17.500.000.

\*Polis Asuransi Dasar MyGuard dan Asuransi Tambahan yang terdapat didalamnya (jika ada).

## Informasi Tambahan

### 1 Definisi-definisi Penting:

- Asuransi Dasar adalah pertanggungangan yang diberikan dengan merujuk pada Polis Asuransi Jiwa Perorangan.
- Asuransi Tambahan adalah jenis pertanggungangan yang ditambahkan kepada Asuransi Dasar yang dipilih oleh Pemegang Polis untuk menambah perlindungan dan/atau Manfaat Asuransi dari Asuransi Dasar.
- Hari adalah hari kalender.
- Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-existing Conditions*) adalah setiap kondisi medis dan/atau kondisi tidak normal pada Tertanggung yang telah ada sebelum Tanggal Mulai Asuransi, dimana untuk kondisi tersebut Tertanggung:
  - sebagaimana seseorang pada umumnya secara wajar akan berusaha untuk mendapatkan suatu diagnosis atau perawatan; atau
  - telah mengetahui dan menyadari; atau
  - telah mendapatkan diagnosis Dokter; atau
  - telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapatkan perawatan; atau
  - telah mendapatkan perawatan/pengobatan.Penyakit atau cedera tubuh tersebut tidak termasuk diare, demam, flu, tifus, demam berdarah, keracunan makanan, Penyakit tangan dan mulut, cacar air, zika, malaria atau chikungunya.
- Masa Pemahaman Polis (*Free Look Period*) adalah jangka waktu yang diberikan kepada Pemegang Polis untuk mempelajari, memahami dan memastikan bahwa isi dari Data Polis maupun Polis yang diterbitkan tersebut sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Pemegang Polis, yaitu 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal Polis diterima.
- Masa Tenggang (*Grace Period*) adalah tenggang waktu yang diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis untuk membayar Premi yang telah jatuh tempo di mana dalam tenggang waktu ini pertanggungangan masih berlaku, yaitu 90 (sembilan puluh) Hari sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi.
- Masa Tunggu (*Waiting Period*) adalah jangka waktu tertentu yang ditetapkan dalam Polis di mana Manfaat Asuransi tidak dapat dibayarkan oleh Penanggung apabila Peristiwa Yang Dipertanggungangkan terjadi dalam jangka waktu tersebut.
- Pemegang Polis adalah pihak yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung, sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
- Penanggung adalah PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life).
- Penerima Manfaat adalah orang atau badan hukum yang ditunjuk oleh Pemegang Polis sebagai pihak yang berhak atas Manfaat Asuransi yang namanya tercantum dalam Data Polis dan sepanjang penunjukan tersebut mempunyai Kepentingan Yang Dipertanggungangkan (*Insurable Interest*) dan/atau sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku di Negara Republik Indonesia.
- Peristiwa Yang Dipertanggungangkan adalah peristiwa di mana Tertanggung mengalami risiko pertanggungangan yang terjadi sebagaimana dimaksud pada ketentuan Manfaat Asuransi dalam Polis.
- Tertanggung adalah orang yang mempunyai keterikatan asuransi atau mempunyai Kepentingan Yang Dipertanggungangkan (*Insurable Interest*) dengan Pemegang Polis dan atas jiwanya diadakan pertanggungangan asuransi berdasarkan Pengajuan Asuransi dan namanya tercantum dalam Data Polis.
- Tindakan bedah adalah segala intervensi bedah yang diperlukan secara medis yang timbul atas rekomendasi Dokter dan tidak dikecualikan dalam pertanggungangan ini. Tindakan Bedah tersebut termasuk:
  - Irisan, pemotongan, dan jahitan pada luka atau cedera tubuh (kecuali pengangkatan benang jahitan); atau
  - Elektrokauter, kriokauter, tindakan yang menggunakan sinar laser, Tindakan yang menggunakan teknik ultrasonik; atau
  - Penggunaan prosedur endoskopi, arteriografi, kecuali untuk tujuan diagnostik tanpa ada Perawatan Medis.

2 Pembayaran Premi tahunan akan mendapatkan diskon sebesar 2 (dua) bulan Premi bulanan, dengan demikian pembayaran Premi tahunan adalah "10 x Premi bulanan" selama Masa Pembayaran Premi.

3 Nominal Premi akan meningkat pada ulang Tahun Polis seiring dengan bertambahnya Usia Tertanggung sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Asuransi ini.

4 Pembatalan Asuransi Tambahan Hospital Care hanya dapat dilakukan bersamaan dengan pembatalan Polis Asuransi Dasar.

5 Asuransi Tambahan ini hanya berlaku di wilayah Indonesia terhadap risiko terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungangkan.

6 Masa Pertanggungjawaban akan berakhir apabila terpenuhi salah satu dari kondisi berikut (mana yang terlebih dahulu terjadi):

- a. Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan Hospital Care telah batal atau berakhir; atau
- b. Tertanggung atas Polis Asuransi Dasar Meninggal Dunia; atau
- c. Telah mencapai Tanggal Berakhir Asuransi sebagaimana tercantum dalam Data Polis.

## 7 Prosedur Klaim

- A. Apabila terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungjawabkan dalam Masa Pertanggungjawaban, maka Pihak Yang Mengajukan Klaim dapat mengajukan klaim kepada Penanggungjawab dengan melengkapi ketentuan dokumen sebagai berikut:
  - a. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggungjawab yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim;
  - b. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggungjawab yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Dokter disertai stempel/cap Dokter;
  - c. Fotokopi KTP Pihak Yang Mengajukan Klaim;
  - d. Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku;
  - e. Asli atau fotokopi legalisir kuitansi Biaya Perawatan Medis dan rincian pelayanan kesehatan;
  - f. Surat keterangan dari Dokter /Rumah Sakit mengenai diagnosis Penyakit (Resume Medis);
  - g. Fotokopi hasil pemeriksaan Laboratorium dan radiologi dan pemeriksaan medis pendukung diagnosis (jika ada);
  - h. Fotokopi buku tabungan, rekening koran, atau dokumen lain yang dikeluarkan oleh bank yang memuat informasi nomor rekening Pemegang Polis atau Penerima Manfaat di mana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi; dan
  - i. Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggungjawab selama dokumen tersebut:
    - Relevan dengan pertanggungjawaban;
    - Wajar dalam proses penyelesaian klaim; dan
    - Sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.Yang dimaksud dokumen lain tersebut adalah termasuk namun tidak terbatas pada dokumen kronologis Kecelakaan, kuesioner Sakit /Penyakit, atau laporan operasi.
- B. Dokumen klaim, termasuk dokumen klaim tambahan yang diminta oleh Penanggungjawab untuk kebutuhan investigasi, harus diserahkan kepada Penanggungjawab dalam waktu 90 (sembilan puluh) Hari sejak terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungjawabkan.
- C. Dalam hal keterlambatan pengajuan dokumen klaim dalam periode waktu sebagaimana dimaksud dalam poin (B) di atas, Penanggungjawab berhak menolak pengajuan klaim tersebut.
- D. Dokumen klaim yang dapat diterima hanyalah dokumen dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris.
- E. Penanggungjawab berhak untuk mengadakan penyelidikan atas sebab-sebab Peristiwa Yang Dipertanggungjawabkan.
- F. Apabila berdasarkan penyelidikan ternyata penyebab terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungjawabkan termasuk dalam Pengecualian atau pada saat penyelidikan ditemukan adanya keterangan-keterangan yang sengaja dipalsukan, maka Penanggungjawab berhak untuk menolak klaim tersebut dengan disertai alasan penolakan secara tertulis kepada Pihak Yang Mengajukan Klaim dan Penanggungjawab tidak diwajibkan membayar Manfaat Asuransi kepada Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.
- G. Pihak Yang Mengajukan Klaim dapat mengajukan keberatan atas keputusan klaim yang telah dilakukan oleh Penanggungjawab selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) Hari sejak tanggal keputusan klaim dilakukan oleh Penanggungjawab. Setelah batas waktu yang telah ditentukan, maka Penanggungjawab tidak berkewajiban melakukan peninjauan kembali.
- H. Klaim akan dibayarkan ke rekening yang didaftarkan pada saat pengajuan klaim :
  - a. Dalam waktu maksimum 7 (tujuh) hari kerja untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah, terhitung dari pengajuan klaim diterima lengkap, tidak diperlukan investigasi dan disetujui oleh Penanggungjawab.
  - b. Bila diperlukan investigasi, Penanggungjawab akan melakukan proses investigasi dalam jangka waktu maksimum 60 (enam puluh) Hari sejak dokumen klaim diterima lengkap.
  - c. Dalam hal telah terdapat keputusan klaim dari Penanggungjawab dalam jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam poin b, maka proses pembayaran Manfaat Asuransi akan dilakukan dalam jangka waktu 2 (dua) hari kerja sejak klaim tersebut disetujui oleh Penanggungjawab.
- I. Apabila dalam 2 (dua) tahun sejak Tanggal Mulai Asuransi baru diketahui adanya:
  - a. Pernyataan atau keterangan yang keliru dan tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya; atau
  - b. Unsur penipuan atas pernyataan atau keterangan yang diberikan oleh Pemegang Polis kepada Penanggungjawab;maka Pemegang Polis dan /atau Penerima Manfaat wajib mengembalikan Manfaat Asuransi yang telah Penanggungjawab bayarkan tanpa perlu memperhatikan apakah Tertanggung masih hidup atau sudah Meninggal Dunia dan Penanggungjawab berhak untuk setiap saat melakukan pembatalan Polis. Apabila Penanggungjawab belum mendapatkan pengembalian Manfaat Asuransi yang sebelumnya telah dibayarkan, maka Penanggungjawab berhak pula melakukan semua tindakan hukum untuk menuntut dikembalikannya seluruh Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan tersebut.
- J. Apabila terdapat atau terjadi perubahan selama Masa Pertanggungjawaban pada manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Polis maka Penanggungjawab wajib memberitahukan secara tertulis kepada alamat terkini Pemegang Polis yang tercatat pada Penanggungjawab paling lambat 60 (enam puluh) Hari sebelum perubahan tersebut berlaku. Pemberitahuan perubahan tersebut merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

**Tabel Manfaat Asuransi**

Dalam Rupiah

| Asuransi Tambahan Hospital Care  | Plan A  | Plan B    | Plan C    | Plan D    |
|--|---------|-----------|-----------|-----------|
| Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit (per Hari) maksimum 60 Hari per Tahun Polis             | 50.000  | 100.000   | 300.000   | 500.000   |
| Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif (per Hari) maksimum 30 Hari per Tahun Polis | 100.000 | 200.000   | 600.000   | 1.000.000 |
| Manfaat Tindakan Bedah (sesuai tagihan dengan total maksimum manfaat per Tahun Polis)                | 750.000 | 1.500.000 | 4.500.000 | 7.500.000 |

**Disclaimer**

1. PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.
2. Produk Asuransi Tambahan ini telah dilaporkan dan/atau memperoleh surat persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. BCA Life dapat menolak permohonan Pengajuan Asuransi Tambahan Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
4. Definisi dan keterangan lebih lengkap, termasuk cara memperoleh informasi mengenai syarat dan ketentuan, dapat dipelajari pada Polis yang akan diterbitkan oleh BCA Life untuk Pemegang Polis jika pengajuan disetujui.
5. Penjelasan manfaat produk secara lengkap mengacu pada Ketentuan Umum dan Ketentuan Khusus Polis Asuransi Dasar dan Ketentuan Khusus Asuransi Tambahan Hospital Care. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini adalah hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk Asuransi Tambahan dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat.
6. Produk Asuransi Tambahan ini adalah produk asuransi milik PT Asuransi Jiwa BCA ("BCA Life") serta bukan merupakan produk dan tanggung jawab PT Bank Central Asia Tbk ("BCA"). BCA hanya bertindak sebagai pihak yang mereferensikan produk asuransi BCA Life. Produk Asuransi Tambahan ini tidak dijamin oleh BCA dan tidak termasuk dalam cakupan program penjaminan sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundang-undangan mengenai lembaga penjamin simpanan.
7. BCA tidak bertanggung jawab atas segala informasi serta materi yang dimuat dalam dokumen pemasaran (*marketing kit*) produk Asuransi Tambahan ini berikut setiap perubahannya atau dokumen lain yang secara resmi disetujui dan/atau diterbitkan oleh BCA Life.
8. Penggunaan logo dan/atau atribut BCA lainnya dalam dokumen pemasaran (*marketing kit*) (apabila ada) hanya bertujuan untuk menunjukkan adanya kerja sama pemasaran asuransi antara BCA dengan BCA Life.
9. Nasabah dengan ini membebaskan BCA dari segala bentuk tindakan hukum dari pihak manapun sehubungan dengan pembelian produk yang direferensikan oleh BCA.
10. Nasabah dengan ini memberikan kuasa kepada Penanggung atau pihak yang diberikan kuasa oleh Penanggung, untuk menerima, menggunakan dan/atau memberikan data dan informasi mengenai Saya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada reasuransi, penyidik klaim, bank mitra dan asosiasi industri) yang memiliki kerja sama dengan Penanggung untuk tujuan memproses pengajuan permintaan asuransi Saya dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau keperluan lainnya.
11. Pemegang Polis wajib membaca dengan teliti dokumen Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan apabila calon Nasabah membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan produk ini, calon Nasabah dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life.
12. Terdapat syarat dan ketentuan yang berlaku atas produk Asuransi Tambahan ini. Apabila membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan produk Asuransi Tambahan Hospital Care, dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life:

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  Contact Center | : HALO BCA 1 500 888   |  Situs            | : <a href="http://www.bcalife.co.id">www.bcalife.co.id</a>                   |
|  Email          | : <a href="mailto:customer@bcalife.co.id">customer@bcalife.co.id</a>   |  Apps & Live chat | : BCA Life Mobile Service  |
|  Surat          | : PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life)<br>Chase Plaza Lt. 22<br>Jl. Jend. Sudirman Kav. 21<br>Jakarta Selatan 12920 |  Walk in          | : Kantor Pusat BCA Life<br>08:30-17:30 WIB<br>Setiap hari kerja, Senin-Jumat |