



**BCA**life  
*senantiasa melindungi anda*

**RINGKASAN INFORMASI PRODUK  
& LAYANAN UMUM**

**MyGuard-Hospital Care**

## Deskripsi Produk

Produk asuransi yang memberikan Manfaat Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit maupun Kecelakaan, memberikan manfaat Santunan Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah.

Jenis Produk Asuransi jiwa dan kesehatan Mata Uang Rupiah (Rp)

## Fitur Produk Asuransi

### Usia Masuk Tertanggung

- 18 - 64 tahun

### Uang Pertanggungan

- Rp50 Juta - Rp500 Juta

### Masa Pertanggungan

- Untuk Asuransi dasar MyGuard adalah 1 tahun dan diperpanjang secara otomatis hingga pada saat ulang Tahun Polis Tertanggung berusia 98 (sembilan puluh delapan) tahun, sepanjang Pemegang Polis membayar Premi.
- Untuk Asuransi Tambahan Hospital Care adalah 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

### Premi\*)

- Mulai dari Rp377.000,-/tahun

### Frekuensi Pembayaran Premi

- Tahunan

### Masa Pembayaran Premi

- Untuk Asuransi dasar MyGuard adalah 1 tahun dan diperpanjang secara otomatis hingga pada saat ulang Tahun Polis Tertanggung berusia 98 (sembilan puluh delapan) tahun.
- Untuk Asuransi Tambahan Hospital Care adalah 1 tahun dan diperpanjang secara otomatis hingga pada saat ulang Tahun Polis Tertanggung berusia 69 (enam puluh sembilan) tahun.

## Manfaat Asuransi Dasar

### 1. Manfaat Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit

Apabila Tertanggung Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit dalam Masa Pertanggungan, maka manfaat akan dibayarkan dengan ketentuan sebagai berikut:

Keterangan	Besaran manfaat Meninggal Dunia
Meninggal Dunia dalam 90 (sembilan puluh) Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi	100% pengembalian Premi yang telah dibayarkan
Meninggal Dunia setelah 90 (sembilan puluh) Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi	100% Uang Pertanggungan

### 2. Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan

Penanggung akan membayarkan 100% (seratus persen) Uang Pertanggungan sesuai Data Polis kepada Penerima Manfaat apabila Tertanggung Meninggal Dunia dalam jangka waktu 90 (Sembilan puluh) Hari sejak terjadinya Kecelakaan yang terjadi selama Masa Pertanggungan.

## Manfaat Asuransi Tambahan Hospital Care

### 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 poin (1.a) di atas.
- 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.

- c. Manfaat Tindakan Bedah sebagaimana dimaksud dalam poin 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.

Dalam hal Tertanggung dilindungi oleh asuransi dengan Manfaat Asuransi sejenis dalam 1 (satu) jalur distribusi yang sama yang diterbitkan oleh Penanggung, maka:

- a. Jumlah maksimum akumulasi manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit yang dapat dibayarkan adalah sebesar Rp1.000.000 (satu Juta Rupiah) dan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif sebesar Rp2.000.000 (dua Juta Rupiah) secara berurutan dimulai dari Polis dengan Tanggal Mulai Asuransi yang lebih awal.
- b. Untuk Polis kedua atau seterusnya berdasarkan urutan Tanggal Mulai Asuransi paling awal ke paling akhir yang mengakibatkan jumlah manfaat Meninggal Dunia yang tercantum di seluruh Polis melebihi batas maksimum sebagaimana dimaksud dalam poin (a) dan (b) 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

Jika mengambil Asuransi Tambahan Critical Care atau Asuransi Tambahan Hospital Care atau keduanya : Simple Issue Offering (SIO) dengan 3 pertanyaan kesehatan.

### Biaya

Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya akuisisi, pemeliharaan Polis, serta 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 produk asuransi MyGuard.
2. 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.
3. 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.
4. 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 Tertanggung Meninggal Dunia secara langsung ataupun tidak langsung, disebabkan karena:**

1. Salah satu dari 8 (delapan) kondisi Sakit/Penyakit berikut: tumor ganas/kanker, stroke, kencing manis (diabetes mellitus), HIV-AIDS, Penyakit jantung, Penyakit paru, Penyakit hati atau Penyakit ginjal, atau segala bentuk komplikasinya, baik secara langsung maupun tidak langsung yang pernah mendapatkan diagnosis atau disarankan untuk menjalani Perawatan Medis, pengobatan atau operasi pada saat atau sebelum Tanggal Mulai Asuransi; atau
2. Bunuh diri, percobaan bunuh diri, atau kesengajaan melukai diri sendiri baik dalam keadaan waras atau tidak waras sebagai akibat dari kesengajaan yang dilakukan atau disertai atau dibantu atau dibujuk (disuruh lakukan) yang dibuktikan berdasarkan keterangan dari pihak yang berwenang dan/atau Dokter yang menangani Tertanggung; atau
3. Perang (dideklarasikan atau tidak), invasi oleh negara lain, operasi permusuhan atau seperti perang (dinyatakan atau tidak), terorisme, pemberontakan, pemogokan, keikutsertaan langsung dalam kerusuhan atau huru hara, kudeta, perlawanan, revolusi militer atau angkatan bersenjata, atau partisipasi dalam aksi/kegiatan militer, perang sipil; atau
4. Tertanggung dibawah pengaruh (sengaja maupun tidak sengaja) atau terlibat dalam penyalahgunaan narkotika, psikotropika, alkohol, racun, gas atau zat-zat sejenisnya, atau obat-obatan (kecuali obat-obatan atau zat-zat tersebut digunakan berdasarkan rekomendasi oleh Dokter) atau Tertanggung berada dibawah pengaruh atau diakibatkan oleh Penyakit kejiwaan; atau
5. Terinfeksi oleh HIV/AIDS atau keadaan lainnya yang disebabkan oleh HIV/AIDS.

**Penanggung berhak menolak membayar Manfaat Asuransi khusus untuk Meninggal Dunia karena Kecelakaan, yang disebabkan:**

1. Keterlibatan Tertanggung dalam aktivitas atau olahraga yang membahayakan atau olahraga lain yang mengandung risiko yaitu:
  - a. Bela diri termasuk namun tidak terbatas pada tinju dan gulat; atau
  - b. Menyelam, berenang atau berlayar di laut lepas; atau
  - c. Mendaki gunung, panjat tebing (baik buatan maupun sebenarnya); atau
  - d. Arung jeram; atau
  - e. Base atau bungee jumping; atau
  - f. Olahraga musim dingin dan/atau yang melibatkan es atau salju, termasuk namun tidak terbatas pada ski es, kereta luncur dan hoki es; atau
  - g. Adu kecepatan kendaraan baik bermotor atau tidak, seperti bersepeda, berkuda, berperahu (baik dengan layar maupun tidak); atau
  - h. Terjun payung, terbang layang atau olahraga/permainan dirantara lainnya atau melakukan penerbangan atau aktivitas di udara kecuali sebagai pilot /flight attendants /penumpang pesawat udara berjadwal yang mempunyai lisensi /izin yang lengkap dan dikelola oleh perusahaan penerbangan komersil; atau
  - i. Olahraga lain sejenis yang baru diketahui di kemudian hari, yang memiliki risiko yang sama dengan aktivitas olahraga yang disebutkan di atas; atau
2. Pekerjaan berisiko tinggi yang melibatkan:
  - a. Bekerja di luar ruangan dengan ketinggian lebih dari 10 meter; atau
  - b. Bekerja dengan bahan peledak; atau
  - c. Bekerja di iklim ekstrem (baik panas maupun dingin); atau
  - d. Bekerja di atas permukaan atau di bawah air; atau
  - e. Bekerja dengan mesin yang bergerak (misalnya crane, traktor, gergaji mesin, dll); atau
  - f. Bekerja dengan tegangan tinggi; atau
  - g. Bekerja di bawah tanah; atau
  - h. Paparan radiasi, bahan kimia, asap berbahaya, zat beracun, asbestos, gas atau cairan tekanan tinggi.

**Penanggung berhak menolak membayar manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah apabila terjadi satu atau lebih kondisi berikut ini:**

1. Kondisi yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-existing Conditions); atau
2. Didiagnosis 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.

Untuk layanan Nasabah antara lain pembatalan Polis, Pemulihan Polis, informasi status pengiriman Polis atau Endorsemen, perubahan metode pembayaran Premi, pengajuan klaim, termasuk pengaduan, dapat menghubungi:

<p> <b>Call Center</b> HALO BCA 1 500 888 (Setiap hari, 06.00 - 22.00 WIB)</p> <p> <b>WhatsApp</b> +62 817 0071 808 (Setiap hari, 24 Jam)</p> <p> <b>Email</b> customer@bcalife.co.id</p> <p> <b>Website</b> www.bcalife.co.id</p>	<p> <b>Aplikasi Layanan Polis</b> NOW by BCA Life</p> <p> <b>Walk in Customer Service</b> PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life) Chase Plaza Lt. 22 Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta Selatan 12920 (Setiap hari kerja, Senin – Jumat pukul 08.30 – 17.30 WIB)</p>
---	--

### Penanganan Pengaduan

1. Pengaduan Lisan  
Pengaduan akan ditindaklanjuti dan diselesaikan dalam jangka waktu 5 (lima) hari kerja sejak pengaduan diterima oleh Penanggung. Dalam hal diperlukan dokumen pendukung dan belum dapat dipenuhi dalam jangka waktu dimaksud, maka Penanggung akan meminta Nasabah menyampaikan pengaduan secara tertulis dengan melampirkan dokumen pendukung yang diperlukan.
2. Pengaduan Tertulis  
Pengaduan akan ditindaklanjuti dan diselesaikan dalam jangka waktu 10 (sepuluh) hari kerja sejak dokumen pengaduan diterima secara lengkap oleh Penanggung. Dalam kondisi tertentu, jangka waktu penyelesaian dapat diperpanjang selambatnya 10 (sepuluh) hari kerja berikutnya dengan pemberitahuan sebelumnya kepada Pemegang Polis.

## 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>	Rp3.565.000,-
<b>Tanggal Mulai Asuransi</b>	1 Juni 2022	<b>Frekuensi Pembayaran Premi</b>	Tahunan
<b>Uang Pertanggungan</b>	Rp500.000.000,-		

Manfaat Asuransi yang didapatkan sebagai berikut:

### Jenis Manfaat

Manfaat Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit

- 90 Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi
- Setelah 90 Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi

Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan

### Plan D

#### MyGuard

100% pengembalian Premi yang telah dibayarkan  
Rp500.000.000,-

Rp500.000.000,-

### Asuransi Tambahan Hospital Care

Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit (per Hari) maksimum 60 Hari per Tahun Polis	Rp500.000,-
Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif (per Hari) maksimum 30 Hari per Tahun Polis	Rp1.000.000,-
Manfaat Tindakan Bedah (sesuai tagihan dengan total maksimum manfaat per Tahun Polis)	Rp7.500.000,-

#### 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 Rp500.000.000 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 Rp3.565.000 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 Rp500.000.000 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 Rp1.000.000.000. Karena total manfaat Meninggal Dunia yang dimiliki Bapak Ricky sebesar Rp1.500.000.000 dan melebihi maksimum akumulasi manfaat Meninggal Dunia yang dapat dibayarkan oleh Penanggung, yaitu Rp1.000.000.000, 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 Rp500.000.000 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 Rp5.500.000, dengan rincian sebagai berikut:

- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit :  $Rp500.000 \times 5 \text{ Hari} = Rp2.500.000$ .
- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif :  $Rp1.000.000 \times 3 \text{ Hari} = Rp3.000.000$ .

Kemudian pada 1 Desember 2024, Bapak Ricky harus menjalani Tindakan Bedah Rawat Jalan dengan Biaya Aktual sebesar Rp10.000.000. Penanggung akan membayarkan Manfaat Tindakan Bedah sebesar Rp7.500.000 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 Rp42.500.000, dengan rincian sebagai berikut:

- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif :  $Rp1.000.000 \times 25 \text{ Hari} = Rp25.000.000$ .
- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit :  $Rp500.000 \times 35 \text{ Hari} = Rp17.500.000$ .

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

## Informasi Tambahan

### 1 Definisi-definisi Penting:

- Asuransi Dasar adalah pertanggungan yang diberikan dengan merujuk pada Polis Asuransi Jiwa Perorangan.
- Asuransi Tambahan adalah jenis pertanggungan yang ditambahkan kepada Asuransi Dasar yang dipilih oleh Pemegang Polis untuk menambah perlindungan dan/atau Manfaat Asuransi dari Asuransi Dasar.
- Biaya Perawatan Medis adalah biaya yang muncul atas adanya Perawatan Medis rawat jalan maupun Rawat Inap di Rumah Sakit yang mencakup biaya kunjungan Dokter, biaya layanan Ambulans dan biaya aneka perawatan Rumah Sakit selama Tertanggung menjalani rawat inap.
- 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.

- f. 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
- g. 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 pertanggungan masih berlaku, yaitu 90 (sembilan puluh) Hari sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi.
- h. Masa Tunggu (*Waiting Period*) adalah jangka waktu tertentu yang ditetapkan dalam Polis di mana Manfaat Asuransi tidak dapat dibayarkan oleh Penanggung apabila Peristiwa Yang Dipertanggungkan terjadi dalam jangka waktu tersebut.
- i. Pemegang Polis adalah pihak yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung, sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
- j. Penanggung adalah PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life).
- k. 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 Dipertanggungkan (*Insurable Interest*) dan /atau sesuai peraturan an perundang-undangan yang berlaku di Negara Republik Indonesia.
- l. Perawatan Medis adalah suatu proses yang berhubungan dengan perawatan, pengobatan suatu Penyakit dan proses stabilisasi fisik melalui pelayanan yang ditawarkan oleh organisasi, institusi, dan unit profesional kedokteran.
- m. Peristiwa Yang Dipertanggungkan adalah peristiwa di mana Tertanggung mengalami risiko pertanggungan yang terjadi sebagaimana dimaksud pada ketentuan Manfaat Asuransi dalam Polis.
- n. Tertanggung adalah orang yang mempunyai keterikatan asuransi atau mempunyai Kepentingan Yang Dipertanggungkan (*Insurable Interest*) dengan Pemegang Polis dan atas jiwanya diadakan pertanggungan asuransi berdasarkan Pengajuan Asuransi dan namanya tercantum dalam Data Polis.
- o. Tindakan Bedah adalah segala intervensi bedah yang diperlukan secara medis yang timbul atas rekomendasi Dokter dan tidak dikecualikan dalam pertanggungan ini. Tindakan Bedah tersebut termasuk:
  - (i) Irisan, pemotongan, dan jahitan pada luka atau cedera tubuh (kecuali pengangkatan benang jahitan); atau
  - (ii) *Elektrokauter*, *kriokauter*, tindakan yang menggunakan sinar laser, Tindakan yang menggunakan teknik ultrasonik; atau
  - (iii) 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 Asuransi ini berlaku di seluruh dunia** terhadap risiko terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan, tidak memandang tempat dimanapun Tertanggung berada.

**5 Khusus untuk Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Medis karena Kecelakaan, Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah hanya berlaku di wilayah Indonesia.**

**6 Pembatalan Asuransi Tambahan** hanya dapat dilakukan bersamaan dengan Pembatalan Polis Asuransi Dasar.

**7 Masa Pertanggungan akan berakhir** apabila terpenuhi salah satu dari kondisi berikut (mana yang terlebih dahulu terjadi):

- a. Telah mencapai Tanggal Berakhir Asuransi sebagaimana tercantum dalam Data Polis; atau
- b. Tertanggung Meninggal Dunia; atau
- c. Pemegang Polis mengajukan pembatalan Polis dan disetujui oleh Penanggung; atau
- d. Premi atas Asuransi ini tidak dibayar sampai dengan berakhirnya Masa Tenggang (*Grace Period*); atau
- e. Penanggung melakukan pembatalan Polis dengan merujuk kepada ketentuan yang diatur dalam Polis.

## **8 Prosedur Klaim**

A. Apabila terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungkan dalam Masa Pertanggungan, maka Pihak Yang Mengajukan Klaim dapat mengajukan klaim kepada Penanggung dengan melengkapi ketentuan dokumen sebagai berikut:

- a. Untuk klaim manfaat Meninggal Dunia, kelengkapan dokumen yang dibutuhkan adalah sebagai berikut:
  - i. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim;
  - ii. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Dokter disertai stempel /cap Dokter jika Tertanggung Meninggal Dunia di Rumah Sakit;
  - iii. Fotokopi KTP Pihak Yang Mengajukan Klaim;
  - iv. Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku;
  - v. Fotokopi bukti hubungan keluarga Penerima Manfaat dengan Tertanggung berupa Kartu Keluarga atau Akta Lahir atau Akta Nikah atau dokumen keahliwarisan;
  - vi. Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari instansi yang berwenang;

- i. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim;
- ii. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Dokter disertai stempel /cap Dokter jika Tertanggung Meninggal Dunia di Rumah Sakit;
- iii. Fotokopi KTP Pihak Yang Mengajukan Klaim;
- iv. Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku;
- v. Fotokopi bukti hubungan keluarga Penerima Manfaat dengan Tertanggung berupa Kartu Keluarga atau Akta Lahir atau Akta Nikah atau dokumen keahliwarisan;
- vi. Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari instansi yang berwenang;
- vii. Asli atau fotokopi legalisir Akta Kematian dari Catatan Sipil;
- viii. Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kepolisian apabila Meninggal Dunia karena Kecelakaan;
- ix. Fotokopi buku tabungan, rekening koran, atau dokumen lain yang dikeluarkan oleh bank yang memuat informasi nomor rekening Penerima Manfaat dimana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi; dan
- x. Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggung selama dokumen tersebut:
  - Relevan dengan pertanggung;
  - 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, laporan operasi, laporan dari KBRI jika Meninggal Dunia di luar negeri.

- b. Untuk klaim Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah, kelengkapan dokumen yang dibutuhkan adalah sebagai berikut:

- i. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim;
- ii. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Dokter disertai stempel /cap Dokter;
- iii. Fotokopi KTP Pihak Yang Mengajukan Klaim;
- iv. Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku;
- v. Asli atau fotokopi legalisir kuitansi Biaya Perawatan Medis dan rincian pelayanan kesehatan;
- vi. Surat keterangan dari Dokter /Rumah Sakit mengenai diagnosis Penyakit (Resume Medis);
- vii. Fotokopi hasil pemeriksaan Laboratorium dan radiologi dan pemeriksaan medis pendukung diagnosis (jika ada);
- viii. 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
- ix. Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggung selama dokumen tersebut:
  - Relevan dengan pertanggung;
  - 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 Penanggung untuk kebutuhan investigasi, harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 90 (sembilan puluh) Hari sejak terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
- C. Dalam hal keterlambatan pengajuan dokumen klaim dalam periode waktu sebagaimana dimaksud dalam poin (B) di atas, Penanggung berhak menolak pengajuan klaim tersebut.
- D. Dokumen klaim yang dapat diterima hanyalah dokumen dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris.
- E. Penanggung berhak untuk mengadakan penyelidikan atas sebab-sebab Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
- F. Apabila berdasarkan penyelidikan ternyata penyebab terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan termasuk dalam Pengecualian atau pada saat penyelidikan ditemukan adanya keterangan-keterangan yang sengaja dipalsukan, maka Penanggung berhak untuk menolak klaim tersebut dengan disertai alasan penolakan secara tertulis kepada Pihak Yang Mengajukan Klaim dan Penanggung 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 Penanggung selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) Hari sejak tanggal keputusan klaim dilakukan oleh Penanggung. Setelah batas waktu yang telah ditentukan, maka Penanggung 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 penggantian Biaya Perawatan Medis, manfaat Santunan Tunai Harian, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif, serta Manfaat Tindakan Bedah dan 10 (sepuluh) hari kerja untuk klaim Meninggal Dunia serta manfaat Penyakit Kritis, terhitung dari pengajuan klaim diterima lengkap, tidak diperlukan investigasi dan disetujui oleh Penanggung.
  - b. Bila diperlukan investigasi, Penanggung 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 Penanggung 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 Penanggung.

- 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 Penanggung; maka Pemegang Polis dan /atau Penerima Manfaat wajib mengembalikan Manfaat Asuransi yang telah Penanggung bayarkan tanpa perlu memperhatikan apakah Tertanggung masih hidup atau sudah Meninggal Dunia dan Penanggung berhak untuk setiap saat melakukan pembatalan Polis. Apabila Penanggung belum mendapatkan pengembalian Manfaat Asuransi yang sebelumnya telah dibayarkan, maka Penanggung berhak pula melakukan semua tindakan hukum untuk menuntut dikembalikannya seluruh Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan tersebut.
- J. Apabila terdapat atau terjadi perubahan selama Masa Pertanggungan pada manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Polis maka Penanggung wajib memberitahukan secara tertulis kepada alamat terkini Pemegang Polis yang tercatat pada Penanggung 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)

My Guard	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
<b>Uang Pertanggungan</b>	<b>50 Juta</b>	<b>100 Juta</b>	<b>300 Juta</b>	<b>500 Juta</b>
Manfaat Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit				
- 90 Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi	100% pengembalian Premi yang telah dibayarkan			
- Setelah 90 Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi	100% Uang Pertanggungan			
Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan				
	100% Uang Pertanggungan			
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	<b>50.000</b>	<b>100.000</b>	<b>300.000</b>	<b>500.000</b>
Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif (per Hari) maksimum 30 Hari per Tahun Polis	<b>100.000</b>	<b>200.000</b>	<b>600.000</b>	<b>1.000.000</b>
Manfaat Tindakan Bedah (sesuai tagihan dengan total maksimum manfaat per Tahun Polis)	<b>750.000</b>	<b>1.500.000</b>	<b>4.500.000</b>	<b>7.500.000</b>

### Disclaimer

1. PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.
2. Produk asuransi 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 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 asuransi secara lengkap mengacu pada Ketentuan Umum dan Ketentuan Khusus Polis MyGuard. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini adalah hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk asuransi dan bukan sebagai Polis Asuransi yang mengikat.
6. Produk asuransi 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. Nasabah setuju bahwa segala permasalahan /perselisihan yang timbul sehubungan dengan produk asuransi akan diselesaikan oleh Nasabah dengan BCA Life selaku pemilik produk asuransi tanpa melibatkan BCA.
7. BCA tidak bertanggung jawab atas segala informasi serta materi yang dimuat dalam dokumen pemasaran (marketing kit) produk asuransi 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 memberikan kuasa kepada Penanggung atau pihak yang diberikan kuasa oleh Penanggung, untuk menerima, menggunakan dan /atau memberikan data dan informasi mengenai Nasabah 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 Nasabah dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau keperluan lainnya.

10. 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.
11. Terdapat syarat dan ketentuan yang berlaku atas produk asuransi ini. Apabila membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan produk MyGuard, dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life.