



BCAlife

senantiasa melindungi anda

**RINGKASAN INFORMASI PRODUK
& LAYANAN UMUM**

BCA Life Managed Protection

Deskripsi Produk

Nama Penerbit PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life)

Nama Produk BCA Life Managed Protection

Mata Uang Rupiah (Rp)

Jenis Produk Asuransi Kesehatan Kumpulan

Deskripsi Produk Asuransi Kesehatan Kumpulan yang memberikan manfaat utama berupa Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) dan Rawat Inap.

Fitur Utama Asuransi Jiwa

Usia Masuk Peserta

- 0 – 25 tahun (anak)
- 18 – 70 tahun (dewasa)

Uang Pertanggungan

- sesuai dengan plan yang dipilih

Masa Pertanggungan

- 1 tahun dan dapat diperpanjang dengan persetujuan Penanggung

Premi*)

- Sesuai dengan plan yang dipilih

Frekuensi Pembayaran Premi

- Tahunan

Masa Pembayaran Premi

- 1 tahun

*) Apabila calon Nasabah membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai premi, calon Nasabah dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA

Manfaat Asuransi

1. Manfaat Utama

Jenis pelayanan kesehatan yang termasuk manfaat utama antara lain:

- Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
- Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL)
- Rawat Inap (Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan)

Penjelasan Jaminan

Setiap Peserta berhak atas penggantian sebesar persentase sesuai yang tercantum di dalam Daftar Jaminan atas Biaya Yang Wajar dan Lazim yang secara aktual/sesungguhnya dibebankan oleh Rumah Sakit/Klinik atas pelayanan yang Diperlukan Secara Medis yang timbul karena Peserta mengalami Ketidakmampuan Secara Fisik, dimana manfaat maksimal yang akan dibayarkan oleh Penanggung adalah sesuai dengan batas-batas yang disebutkan dalam Daftar Jaminan. Batasan Klaim per tahun untuk satu tahun Polis tercantum dalam Daftar Jaminan.

Manfaat Utama, terdiri dari:

1. **Jaminan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)** : Biaya Konsultasi Dokter Umum dan Obat-Obatan

2. **Jaminan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL)** :

- Biaya Konsultasi & Tindakan ke Dokter Spesialis
- Obat-obatan Yang Diresepkan Oleh Dokter
- Test-test Diagnostik
- Konsultasi, Tindakan Dan Obat-obatan
- Fisioterapi

3. **Jaminan Rawat Inap (Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan)**

Rawat Inap (Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan)

- Biaya Kamar dan Makan
- Biaya Perawatan Intermediate
- Unit Perawatan Intensif
- Kunjungan Dokter di Rumah Sakit
- Konsultasi Dokter Ahli di Rumah Sakit
- Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit
- Biaya Dokter Bedah
- Biaya Kamar Bedah
- Biaya Dokter Ahli Anestesi
- Perawatan oleh Perawat Pribadi
- Penyewaan Alat Bantu selama dirawat di Rumah Sakit
- Biaya Pemeriksaan
- Biaya Pemeriksaan Sebelum Rawat Inap
- Biaya Pemeriksaan Sesudah Rawat Inap
- Biaya Ambulans
- Rawat Jalan Darurat Akibat Keadaan Gawat Darurat
- Perawatan Darurat Gigi Akibat Kecelakaan
- Hemodialisa dan Kemoterapi
- Bedah Minor (*One Day Care*)
- Alat Bantu
- Perawatan Akibat Kelainan/Cacat Bawaan (Kongenital)
- Tindakan Medis Sirkumsisi

Santunan Duka Cita

Menjamin untuk membayar santunan duka cita kepada Penerima Manfaat dari Peserta melalui Pemegang Polis jika Peserta meninggal dunia oleh sebab diluar dari Pengecualian selama pertanggungan atas namanya masih berlangsung.

Santunan Kecelakaan (Meninggal Dunia dan Ketidakmampuan Tetap Total atau Sebagian Akibat Kecelakaan)

Menjamin untuk membayar santunan Kecelakaan kepada Penerima Manfaat dari Peserta melalui Pemegang Polis jika Peserta meninggal dunia dan mengalami Ketidakmampuan Tetap Total atau Sebagian akibat Kecelakaan.

Manfaat Pilihan, terdiri dari:

1. **Jaminan Rawat Gigi**

- Perawatan Dasar
- Perawatan Gusi
- Perawatan Pencegahan
- Perawatan Kompleks
- Perawatan Perbaikan
- Gigi Palsu
- *Ordontectomy/Minor Surgery*

2. **Jaminan Rawat Melahirkan**

- Melahirkan Tanpa Operasi
- Keguguran atas Indikasi Medis

- Melahirkan Dengan Operasi (*Sectio Caesaria*)

3. Jaminan Kacamata

- Lensa Kacamata
- Bingkai Kacamata

Co-payment

Apabila Pemegang Polis memilih dengan fitur *Co-payment* sebagaimana tercantum dalam Daftar Jaminan, maka berlaku ketentuan sebagai berikut:

1. *Co-payment* adalah pembagian risiko berupa persentase dari Manfaat Asuransi yang menjadi tanggungan atau kewajiban Peserta ("*Co-payment*").
2. Penanggung memberlakukan *Co-payment* untuk pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) terhadap Manfaat Asuransi termasuk persentase besarnya sebagaimana dimaksud pada Daftar Jaminan.
3. Untuk koordinasi manfaat sebagaimana dimaksud dalam Ketentuan Umum Polis Induk, *Co-payment* diberlakukan atas biaya perawatan medis yang disetujui oleh Penanggung.
4. Mekanisme pembayaran *Co-payment*:
 - 4.1 Untuk Fasilitas *Cashless*, Peserta akan membayarkan langsung biaya yang menjadi tanggungan atau kewajiban Peserta kepada Rumah Sakit;
 - 4.2 Untuk *Reimbursement*, biaya yang menjadi tanggungan atau kewajiban Peserta akan mengurangi jumlah Manfaat Asuransi yang dibayarkan oleh Penanggung.
5. Pemegang Polis dapat melakukan perubahan fitur *Co-payment* ke tanpa fitur *Co-payment* atau sebaliknya dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 5.1 Perubahan hanya dapat diberlakukan pada saat perpanjangan Polis Induk (*renewal*);
 - 5.2 Pemegang Polis secara tertulis mengajukan permohonan paling lambat sebelum Tanggal Berakhir Asuransi.
6. Penanggung akan melakukan perhitungan Premi penyesuaian pada saat perubahan berlaku.

Plan

Plan adalah jenis yang membedakan fasilitas dan jenis paket pelayanan kesehatan dalam skema Managed Care yang dapat dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana disebutkan dalam Daftar Jaminan. Plan yang tersedia terdiri dari:

1. **Plan Managed Premier**
 Pelayanan kesehatan proses berjenjang dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1.1 Peserta dapat menggunakan layanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dengan ketentuan:
 - 1.1.1 Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) wajib dilakukan di Klinik/Dokter/layanan *telemedicine Provider* Tingkat Pertama yang ditunjuk oleh Penanggung sebagaimana akan diinformasikan dari waktu ke waktu kepada Pemegang Polis;
 - 1.1.2 Pelayanan kesehatan yang diberikan mengacu pada Ruang Lingkup Pelayanan yang diatur pada Ketentuan Khusus Polis dan mengacu pada Daftar Jaminan;
 - 1.1.3 Berlaku fasilitas *Cashless*;
 - 1.1.4 Dengan digunakannya layanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) maka tidak akan mengurangi limit Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL).
 - 1.2 Peserta dapat menggunakan layanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) dengan ketentuan:
 - 1.2.1 Peserta harus mendapatkan Rujukan dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) lebih dahulu;
 - 1.2.2 Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) wajib dilakukan di Rumah Sakit/Klinik *Provider* Tingkat Lanjutan yang ditunjuk oleh Penanggung sebagaimana akan diinformasikan dari waktu ke waktu kepada Pemegang Polis;
 - 1.2.3 Pelayanan kesehatan yang diberikan mengacu pada Ruang Lingkup Pelayanan yang diatur pada Ketentuan Khusus Polis dengan tetap memperhatikan maksimum manfaat pada Daftar Jaminan;
 - 1.2.4 Berlaku fasilitas *Cashless*;
 - 1.2.5 Peserta dapat langsung memperoleh pelayanan kesehatan pada Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) tanpa menggunakan Rujukan dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dengan ketentuan di bawah ini:
 - a. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) ke 4 (empat) poli Dokter Spesialis, yaitu Dokter Spesialis Anak, THT, Obygn dan Mata; atau
 - b. Secara khusus jika Peserta mengalami Keadaan Gawat Darurat, maka Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) bisa langsung dilakukan ke poli Dokter Spesialis yang terkait.
 - 1.3 Peserta dapat menggunakan layanan kesehatan Rawat Inap dengan
1. **Plan Managed Priority**
 Pelayanan kesehatan proses berjenjang dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 2.1 Peserta dapat menggunakan layanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dengan ketentuan:
 - 2.1.1 Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) wajib dilakukan di Klinik/Dokter/layanan *telemedicine Provider* Tingkat Pertama yang ditunjuk oleh Penanggung sebagaimana akan diinformasikan dari waktu ke waktu kepada Pemegang Polis;
 - 2.1.2 Pelayanan kesehatan yang diberikan mengacu pada Ruang Lingkup Pelayanan yang diatur pada Ketentuan Khusus Polis dan mengacu pada Daftar Jaminan;
 - 2.1.3 Berlaku fasilitas *Cashless*;
 - 2.1.4 Dengan digunakannya layanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) maka tidak akan mengurangi limit Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL).
 - 2.2 Peserta dapat menggunakan layanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) dengan ketentuan:
 - 2.2.1 Peserta harus mendapatkan Rujukan dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) lebih dahulu;
 - 2.2.2 Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) dapat dilakukan di Rumah Sakit/Klinik *Provider* maupun non *Provider* Tingkat Lanjutan dari Penanggung;
 - 2.2.3 Pelayanan kesehatan yang diberikan mengacu pada Ruang Lingkup Pelayanan yang diatur pada Ketentuan Khusus Polis dengan tetap memperhatikan maksimum manfaat pada Daftar Jaminan;
 - 2.2.4 Berlaku fasilitas *Cashless* untuk pelayanan yang dilakukan di *Provider* Tingkat Lanjutan Penanggung dan berlaku *Reimbursement* jika dilakukan di non *Provider* Tingkat Lanjutan atau di Rumah Sakit yang berada di luar negeri;
 - 2.2.5 Peserta dapat langsung memperoleh pelayanan kesehatan pada Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) tanpa menggunakan Rujukan dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dengan ketentuan di bawah ini:
 - a. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) ke 4 (empat) poli Dokter Spesialis, yaitu Dokter Spesialis Anak, THT, Obygn dan Mata; atau
 - b. Secara khusus jika Peserta mengalami Keadaan Gawat Darurat, maka Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) bisa

- 1.3.1 Peserta harus mendapatkan Rujukan dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) atau Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) lebih dahulu;
- 1.3.2 Rawat Inap wajib dilakukan di Rumah Sakit *Provider* Tingkat Lanjutan yang ditunjuk oleh Penanggung sebagaimana akan diinformasikan dari waktu ke waktu kepada Pemegang Polis;
- 1.3.3 Pelayanan kesehatan yang diberikan mengacu pada Ruang Lingkup Pelayanan yang diatur pada Ketentuan Khusus Polis dengan tetap memperhatikan maksimum manfaat pada Daftar Jaminan;
- 1.3.4 Berlaku fasilitas *Cashless*;
- 1.3.5 Peserta dapat langsung melakukan perawatan Rawat Inap tanpa menggunakan Rujukan dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) atau Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) untuk Keadaan Gawat Darurat.

- 2.3 Peserta dapat menggunakan layanan kesehatan Rawat Inap dengan ketentuan:
 - 2.3.1 Peserta harus mendapatkan Rujukan dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) atau Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) lebih dahulu;
 - 2.3.2 Rawat Inap dilakukan di Rumah Sakit *Provider* maupun non *Provider* Tingkat Lanjutan dari Penanggung;
 - 2.3.3 Pelayanan kesehatan yang diberikan mengacu pada Ruang Lingkup Pelayanan yang diatur pada Ketentuan Khusus Polis dengan tetap memperhatikan maksimum manfaat pada Daftar Jaminan;
 - 2.3.4 Berlaku fasilitas *Cashless* untuk pelayanan yang dilakukan di *Provider* Tingkat Lanjutan Penanggung dan berlaku *Reimbursement* jika dilakukan di non *Provider* Tingkat Lanjutan atau di Rumah Sakit yang berada di luar negeri;
 - 2.3.5 Peserta dapat langsung melakukan perawatan Rawat Inap tanpa menggunakan Rujukan dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) atau Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) untuk Keadaan Gawat Darurat.

Risiko

- 1 Klaim ditolak apabila Peserta didiagnosis Penyakit Kritis 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
- 3 Apabila data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang diberikan ("Informasi Konsumen") dalam SPAK, formulir dan/atau dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Penanggung tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau jika terdapat unsur penipuan atau pemalsuan atau kesalahan yang disengaja, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen, maka Penanggung berhak menolak klaim, membatalkan/mengakhiri Polis, melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menagih kekurangan Premi dan/atau biaya asuransi

Ketentuan Underwriting

Full Underwriting dan mengikuti ketentuan underwriting yang berlaku di BCA Life.

Biaya

Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya-biaya dan komisi kepada pihakpemasar, dengan besaran sesuai ketentuan yang berlaku pada Penanggung.

Pengecualian

A. Penanggung tidak memberikan hak kepada Peserta atas penggantian bagi perawatan, pengobatan, pelayanan, keadaan-keadaan, hal-hal atau kegiatan-kegiatan berikut ini serta semua biaya perawatan medis dan biaya terkait yang timbul karenanya:

1. Semua perawatan dan/atau pengobatan yang telah mendapatkan penggantian penuh dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) atau pihak lain yang memberikan pertanggungan sejenis ("Penanggung Lain").
2. Biaya pribadi non medis seperti telepon, televisi, radio, faks, salon, laundry, dan lain-lain termasuk di dalamnya biaya penggunaan peralatan penunjang seperti baterai, adaptor, dan alat pengukur tekanan darah.
3. Produk yang dibeli secara bebas atau tidak diperlukan Secara Medis seperti sabun mandi, tissue, pembalut, bedak, obat kumur, pasta gigi, sikat gigi, obat gosok (balsem, minyak angin), susu (kecuali susu low lactosa untuk anak penderita diare yang di Rawat Inap), makanan bayi, obat-obatan yang dibeli diluar apotik serta vitamin dan food supplement yang secara medis tidak diperlukan dan tidak berhubungan dengan Penyakitnya.
4. Biaya makanan tambahan baik dengan rekomendasi Dokter maupun tanpa rekomendasi Dokter, biaya vitamin tanpa rekomendasi Dokter atau tidak Diperlukan Secara Medis;
5. Biaya pemberi jasa medis yang dikenakan oleh keluarga dekat Peserta atau oleh seseorang yang secara normal tinggal serumah dengan Peserta.
6. Layanan/prosedur medis atau bedah yang bersifat percobaan atau belum diakui sebagai pengobatan medis standar oleh organisasi profesi medis misalnya Chelation Therapy, Iridology, Cell implant Therapy, pijat, dukun, ramuan tradisional, jamu, akupunktur oleh sinthe, akupresur, terapi ozon, hidroterapi, chiropratic, Laser Therapy untuk koreksi refraksi, berbagai bentuk penyinaran lain atau obat yang belum disetujui oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Direktorat Jendral Pengawasan Obat dan Makanan (POM) termasuk di dalamnya pengobatan tradisional, pengobatan alternatif, perawatan hiperbarik dan akupunktur.
7. Bedah kosmetik dan/atau perawatan kosmetik untuk tujuan kecantikan/estetika seperti bedah plastik kecuali bedah plastik rekonstruksi akibat Kecelakaan yang dilakukan 30 (tiga puluh) hari setelah Kecelakaan.
8. Penyakit atau Cedera Tubuh dari seorang bayi yang baru lahir yang terjangkit selama kelahiran atau dalam waktu 14 (empat belas) hari sesudahnya.
9. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan Kelainan/Cacat Bawaan Kongenital (Penyakit atau Ketidakmampuan Secara Fisik yang dibawa sejak lahir), herediter (Penyakit keturunan) antara lain: Epilepsi, Atresia Ani, VSD, ASD, bibir sumbing, septum deviasi, cacat tulang, debil, embicil, mongoloid, cretinism, thalassemia, haemophillia, dan/atau kelainan pertumbuhan, kecuali perawatan Phimosis untuk Peserta berusia kurang dari 2 (dua) tahun.
10. Hernia di bawah usia 5 (lima) tahun.
11. Perawatan yang berhubungan dengan hal-hal yang bersifat ritual (keagamaan, adat istiadat, tradisi dan budaya), seperti suntik dll

12. Setiap tindakan preventif, obat-obatan atau pemeriksaan preventif oleh seorang Dokter (termasuk vaksinasi dan/atau imunisasi) dan perawatan yang secara khusus untuk kegemukan (obesitas), pengurangan atau penambahan berat badan.
13. Pemeriksaan kesehatan (medical check up/general check up/regular check up), seleksi kesehatan termasuk tes TORCH, uji hepatitis, mammography, pap smear, uji alergi dan uji lain untuk tujuan screening.
14. Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan:
 - 14.1 Metode-metode kontrasepsi untuk pengaturan kehamilan dan/atau sterilisasi secara mekanis, Pembedahan atau kimiawi baik usaha inseminasi buatan, bayi tabung dan juga perawatan dan pemeriksaan yang berkaitan dengan kesuburan/infertilitas termasuk endometriosis.
 - 14.2 Semua gangguan hormonal atau Penyakit yang mengakibatkan gangguan menstruasi dan komplikasinya.
 - 14.3 Pra & Post Menopause.
 - 14.4 Disfungsi seksual, micro penis, ejakulasi dini, impotensi, frigiditas, dan operasi ganti kelamin.
15. Kondisi-kondisi yang berhubungan dengan Penyakit yang ditularkan dan disebabkan melalui hubungan seks/golongan Penyakit kelamin dan segala akibatnya termasuk di dalamnya AIDS/HIV.
16. Semua perawatan dan/atau pengobatan dengan alat penunjang dan/atau alat bantu buatan, antara lain protesa, hearing aid, dan semua organ tubuh termasuk sumsum tulang/atau alat penyangga, alat bantu lainnya.
17. Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan transplantasi organ
18. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan gangguan mental dan/atau gangguan syaraf, pengobatan fisik dan mental akibat gangguan psikis (psikosomatis) dan pengobatan-pengobatan yang berkaitan dengan psikolog/psikiater.
19. Gangguan perkembangan seperti gangguan wicara, autisme.
20. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kecanduan obat, penggunaan alkohol, pemakaian narkotik, obat bius dan sejenisnya.
21. Semua biaya pemeriksaan, perawatan dan pengobatan rumah sakit yang dimulai sebelum Tanggal Mulai Asuransi.
22. Perawatan dan/atau pengobatan yang diakibatkan secara langsung maupun tidak langsung dari:
 - 22.1. Terlibat aktif dalam perang, pemogokan, kerusuhan, huru-hara, perkelahian, perbuatan kriminal atau aktivitas yang berhubungan dengan teroris.
 - 22.2. Luka yang disengaja, bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dalam keadaan waras atau tidak waras.
 - 22.3. Peserta sedang bertugas sebagai anggota angkatan bersenjata atau kepolisian, sedang melaksanakan tugas operasi militer, pemulihan keamanan dan ketertiban umum.
 - 22.4. Peserta dengan sengaja melibatkan diri ke dalam suatu situasi yang membahayakan dirinya.
 - 22.5. Perbuatan melanggar hukum, seperti mengendarai roda dua dan atau roda empat atau sejenisnya tanpa dilengkapi dengan SIM dan STNK (yang masih berlaku) dan atau kelengkapan berkendara lainnya.
23. Perawatan dan/atau pengobatan yang diakibatkan karena:
 - 23.1. Keikutsertaan dalam aktivitas atau olahraga berbahaya seperti:
 - 23.1.1. Mendaki gunung, panjat tebing, panjat gedung;
 - 23.1.2. Bungee jumping;
 - 23.1.3. Arung jeram;
 - 23.1.4. Olah raga profesional (bayaran);
 - 23.1.5. Segala jenis olah raga kontak fisik (tinju, karate, silat, gulat dan lain-lain);
 - 23.1.6. Segala jenis olah raga musim dingin;
 - 23.1.7. Segala aktivitas terbang di udara (terjun payung, terbang layang, sky diving dan lain-lain);
 - 23.1.8. Segala aktivitas menyelam yang menggunakan alat bantu pernafasan (diving dan lain-lain);
 - 23.1.9. Segala jenis lomba kecepatan dengan menggunakan kendaraan bermesin (balap mobil, motor, gokart, perahu dan lain-lain);
 - 23.2. Melakukan penerbangan dengan menggunakan pesawat udara carteran, militer/polisi, atau helikopter;
 - 23.3. Radiasi ionisasi atau kontaminasi oleh radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau limbah nuklir dari proses fusi nuklir atau dari setiap bahan-bahan senjata nuklir.
24. Pengobatan rawat gigi, kecuali jika Peserta terdaftar pada "Jaminan Rawat Gigi."
25. Melahirkan, keguguran kandungan, komplikasi kehamilan, pemeriksaan kehamilan dan pemeriksaan setelah melahirkan termasuk segala komplikasi yang terjadi akibat melahirkan, kecuali jika Peserta terdaftar pada "Jaminan Melahirkan."
26. Penggantian Kacamata, lensa kontak dan yang berkaitan dengan kemampuan baca mata, pemeriksaan mata termasuk bedah mata untuk diagnosis astigmatism, myopia, hyperopia atau presbiopia kecuali jika Peserta terdaftar pada "Jaminan Kacamata."
27. Istirahat untuk pemulihan atau perawatan di Sanatorium dan Rumah Sakit khusus termasuk pengobatan untuk tujuan penyembuhan seperti lelah mental atau lelah fisik.
28. Perawatan dan pengobatan yang berbubungan dengan Penyakit menular yang diharuskan oleh hukum untuk diisolasi/dikarantinakan dan Wabah Penyakit.
29. Semua biaya perawatan dan/atau pengobatan atas Ketidakmampuan Secara Fisik yang berkaitan dengan kondisi yang dikecualikan, jika diketahui sejak diagnosa awal bahwa Ketidakmampuan Secara Fisik yang dialami Peserta termasuk pengecualian Polis Induk, maka Penanggung tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi sehubungan dengan Ketidakmampuan Secara Fisik tersebut. Namun, jika ternyata terdapat perubahan atas diagnosa awal tersebut, dimana pada diagnosa akhir teridentifikasi bahwa Ketidakmampuan Secara Fisik tersebut termasuk pengecualian Polis Induk, maka semua biaya perawatan dan/atau pengobatan yang timbul sejak diagnosa awal sampai diagnosa terakhir juga akan dikecualikan dalam Polis Induk.

B. Penanggung tidak akan membayar santunan duka cita bila meninggalnya Peserta diakibatkan oleh salah satu hal di bawah ini:

1. Bunuh diri.
2. Setiap tindakan kejahatan yang dilakukan oleh Penerima Manfaat Peserta atau oleh bantuan pihak lain yang berkepentingan dalam Polis ini.
3. Dihukum mati oleh pengadilan yang berwenang.
4. Setiap tindakan kejahatan atau tindakan yang melanggar hukum yang dilakukan oleh Peserta, atau terlibatnya Peserta dalam setiap perkelahian, kerusuhan, pemberontakan, peperangan, atau kegiatan kegiatan lain yang serupa atau peperangan baik yang diumumkan maupun tidak diumumkan.
5. Kerusuhan atau huru-hara, pemogokan atau "lock-out", pemberontakan, perang saudara, pengkhianatan, tindakan-tindakan sabotase atau teror revolusi, tindakan militer atau pengambil alihan kekuasaan, Kecelakaan yang timbul saat Peserta sedang bertugas dalam suatu dinas militer, meliputi peperangan, sukarelawan peperangan/PMI, akibat reaksi inti atom. Dalam hal ini Pengecualian pada butir ini dapat diabaikan dengan ketentuan "dalam hal Peserta tidak sebagai pelaku/ikut serta dalam kejadian tersebut".

C. Penanggung tidak akan membayar santunan Kecelakaan (Meninggal Dunia dan Ketidakmampuan Tetap Total Atau Sebagian Akibat Kecelakaan) apabila meninggal dan Kecelakaan yang terjadi diakibatkan oleh salah satu hal di bawah ini:

1. Perbuatan melukai diri sendiri dengan sengaja baik dalam keadaan waras atau tidak waras, termasuk bunuh diri atau dihukum mati oleh Pengadilan.
2. Kecelakaan penerbangan sebagai penumpang pesawat udara yang tidak diselenggarakan oleh Penanggung penerbangan penumpang komersial yang mempunyai jadwal tetap dan teratur.
3. Perbuatan kejahatan yang dilakukan dengan sengaja, dibujuk, dibantu oleh yang berkepentingan dalam Masa Pertanggungan.
4. Peperangan baik yang diumumkan maupun tidak diumumkan, pemogokan atau "lock out", kerusuhan atau huru-hara, pemberontakan, perang saudara, pengambil alihan kekuasaan, Kecelakaan yang timbul saat Peserta sedang bertugas dalam suatu dinas militer, meliputi peperangan, sukarelawan peperangan/PMI, akibat reaksi inti atom.
5. Penggunaan minuman keras dan obat-obatan terlarang termasuk ganja dan sejenisnya, Penyakit jiwa yang secara langsung atau tidak langsung menimbulkan Kecelakaan.
6. Keikutsertaan Peserta dalam olah raga beladiri seperti tinju, karate, judo, silat, gulat dan sejenisnya, perlombaan ketangkasan atau kecepatan yang menggunakan kendaraan bermotor, sepeda, kuda, perahu, pesawat udara atau sejenisnya, olah raga air/salju, ski air, panjat tebing, mendaki gunung lebih 2500m (dua ribu lima ratus) meter, berburu serta olah raga berbahaya lainnya yang tidak dilaporkan sebelumnya oleh Pemegang Polis kepada Penanggung.
7. Kehilangan atau kehilangan kegunaan yang diakibatkan langsung atau tidak langsung, seluruhnya atau sebagian oleh karena infeksi bakteri (kecuali infeksi Pyogenik yang mungkin timbul dengan melalui Cedera Tubuh/luka sebagai akibat Kecelakaan).
8. Keracunan makanan.
9. Cedera Tubuh/luka atau Penyakit apapun yang mengakibatkan burut (Hernia).
10. Akibat dari tindakan/kegiatan yang melawan hukum, kriminal.
11. Hamil, abortus dan melahirkan bagi perempuan.
12. Teroris nuklir, kimia dan biologi.

D. Penanggung tidak akan membayarkan manfaat Rawat Gigi yang terjadi diakibatkan oleh salah satu hal di bawah ini:

1. Perawatan dan/atau pengobatan ortodontik (cekat atau lepasan).
2. Perawatan gigi yang bertujuan untuk kecantikan/estetika termasuk di dalamnya pemutihan gigi, veneer.
3. Perawatan yang tidak berhubungan dengan perawatan gigi dan jaringan penyangga gigi dan tidak tercantum di dalam Manfaat Asuransi dalam Ketentuan Tambahan Rawat Gigi ini.

E. Penanggung tidak akan membayar manfaat Kacamata yang terjadi diakibatkan oleh salah satu hal di bawah ini:

1. Jaminan ini tidak termasuk penggantian biaya atas pemeriksaan Dokter Spesialis Mata.
2. Perlengkapan Kacamata termasuk tapi tidak terbatas pada pewarnaan lensa, lensa kontak berwarna, starter kit lensa kontak, rantai Kacamata serta sepatu bingkai Kacamata.
3. Pembelian Kacamata di toko kacamata.

F. Penanggung tidak akan membayar manfaat Melahirkan yang terjadi diakibatkan oleh salah satu hal di bawah ini:

1. Ketidakmampuan Secara Fisik dari seorang bayi yang baru lahir yang terjankit setelah kelahiran.
2. Perawatan yang berhubungan dengan aborsi ilegal, sterilisasi, perencanaan kehamilan/kelahiran, pemeriksaan dan perawatan kesuburan, serta segala komplikasi yang diakibatkannya.
3. Test awal Kehamilan, pemeriksaan TORCH, ACA.

Hal-hal lainnya akan diatur secara khusus dalam Endorsement (jika ada) sesuai dengan kesepakatan antara Penanggung dan Pemegang Polis.

Persyaratan dan Tata Cara

Syarat Kepesertaan

• Untuk Peserta

Usia masuk Peserta

- Anak : 0 – 25 tahun
 - Dewasa : 18 – 70 tahun
- Penentuan Usia masuk Peserta berdasarkan usia ulang tahun terdekat (nearest birthday).

Peserta harus didaftarkan melalui Pemegang Polis; dan

Khusus Peserta yang bekerja di Pemegang Polis, dalam kondisi aktif bekerja; dan

Pemegang Polis telah mengisi formulir SPA Kumpulan yang dikeluarkan oleh Penanggung, menyerahkan dokumen pendukung lainnya yang disyaratkan oleh Penanggung (jika diperlukan) dan telah memenuhi persyaratan pengajuan pertanggungan asuransi.

• Untuk Tanggungan

Tanggungan saat ini dan mereka yang akan menjadi Tanggungan di masa mendatang dari Peserta, yang berhak atas asuransi sebagaimana tercantum dalam Bukti Kepesertaan, memenuhi syarat untuk mendapatkan pertanggungan asuransi:

- Pasangan dan/atau Anak dari Peserta yang memenuhi syarat; atau
- Jumlah maksimal Tanggungan Anak yang diperkenankan mengikuti pertanggungan asuransi ini sebanyak 3 (tiga) orang; atau
- Plan untuk Tanggungan tidak lebih tinggi dari Plan dari Peserta

- Pemegang Polis wajib menyampaikan SPAJ Kumpulan, formulir-formulir atau dokumen-dokumen lain yang disyaratkan secara benar dan lengkap dan akan menjadi dasar diterbitkannya Polis Induk yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis Induk

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:

	Call Center	: HALO BCA 1 500 888 (Setiap hari, 06.00 – 22.00 WIB)
	Email	: customer@bcalife.co.id
	WhatsApp	: +62 817 0071 808 (Setiap hari, 24 Jam)
	Website	: www.bcalife.co.id
	Walk in Customer Service	: 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)

Penanganan Pengaduan

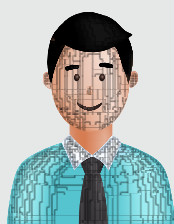
1. Pengaduan Lisan

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

Simulasi



Nama Peserta	Heriyanto
Jenis kelamin	Pria
Usia	26 Tahun
Pemegang Polis	PT Surya Abadi

Plan	Frekuensi Pembayaran Premi	Tanggal Mulai Asuransi	Produk Asuransi Dasar	Produk Asuransi Tambahan
Plan Managed Premier	Tahunan	31 Oktober 2025	BCA Life Managed Protection	Rawat Gigi dan Kacamata

Manfaat Utama yang didapat adalah sebagai berikut:

- Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)** di Klinik/Dokter/layanan *telemedicine* yang ditunjuk oleh Penanggung sebagaimana akan diinformasikan dari waktu ke waktu kepada Pemegang Polis dan mengacu pada Daftar Jaminan.
- Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL)** di Rumah Sakit/Klinik *Provider* yang ditunjuk oleh Penanggung sebagaimana akan diinformasikan dari waktu ke waktu kepada Pemegang Polis dan mendapatkan Plan RJ-225 (untuk *as charge*) dan Plan RJ-75 (untuk *inner limit*)
- Rawat Inap (Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan)** di Rumah Sakit *Provider* yang ditunjuk oleh Penanggung sebagaimana akan diinformasikan dari waktu ke waktu kepada Pemegang Polis dan mendapatkan Plan RI-500

Manfaat Pilihan yang didapat adalah sebagai berikut:

- Rawat Gigi mendapatkan plan RG-1500
- Kacamata mendapatkan plan KM-1150

Premi yang dibayarkan Perusahaan untuk Bapak Heriyanto adalah

Manfaat Utama	Plan	Premi
Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)		
Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL)		
- <i>as charge</i>	RJ-225	Rp1.447.526
- <i>inner limit</i>	RJ-75	Rp1.830.073
Rawat Inap	RI – 500	Rp1.128.502
Manfaat Pilihan		
Melahirkan	-	-
Rawat Gigi	RG-1500	Rp272.451
Kacamata	KM-1150	Rp915.423
Total Premi		Rp5.000.337

Ilustrasi

Peserta harus mengikuti seluruh alur/prosedur pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis (PT Surya Abadi).

- Apabila Bapak Heriyanto mengalami Kecelakaan sehingga menyebabkan patah tulang dan perlu menjalani operasi pemasangan pen. Karena Keadaan Gawat Darurat maka Bapak Heriyanto bisa melakukan perawatan ke Rumah Sakit (Provider Tingkat Lanjutan) tanpa memerlukan rujukan dari Provider Tingkat Pertama. Biaya kamar yang akan dibayarkan oleh BCA Life sebesar Rp500.000,- per hari. Biaya operasi, biaya obat, biaya anastesi, biaya dokter akan ditanggung oleh BCA Life. Pemasangan alat bantu pen juga digantikan dengan batas maksimal Rp18.750.000,- per tahun. Semua pengeluaran Bapak Heriyanto pada saat perawatan akan dibayarkan oleh BCA Life selama tidak melewati batas maksimal manfaat rawat inap yaitu Rp97.500.000,- per tahun.
- Apabila Bapak Heriyanto meninggal dunia, maka keluarga yang ditinggalkan mendapatkan santunan duka sebesar Rp10.000.000. Dan selanjutnya pertanggungn untuk Bapak Heriyanto berakhir.

Informasi Tambahan

1 Definisi-definisi Penting:

- Diperlukan Secara Medis adalah suatu pelayanan, penyedia jasa medis atau perawatan sebagaimana dianjurkan oleh Dokter, dan yang:
 - Ditujukan untuk pengobatan terhadap suatu Ketidakmampuan Secara Fisik secara langsung; dan
 - Tepat dan konsisten dengan keluhan/gejala, diagnosis dan pengobatan dari Ketidakmampuan Secara Fisik; dan
 - Sesuai dengan standar praktek kedokteran yang berlaku; dan
 - Bukan untuk mencari keuntungan atau kepentingan bagi Peserta, atau Dokter, Klinik atau Rumah Sakit; dan
 - Biaya yang dikenakan Biaya Yang Wajar Dan Lazim dibebankan untuk Ketidakmampuan Secara Fisik tersebut.
- Ketidakmampuan Secara Fisik adalah Penyakit atau Cedera Tubuh yang diderita oleh Peserta yang diasuransikan dan semua perawatan berulang atas Penyakit atau Cedera Tubuh tersebut serta semua kondisi yang berhubungan dengannya. Ketidakmampuan Secara Fisik lanjutan yang berasal dari penyebab yang sama akan dianggap sebagai akibat dari satu Penyakit atau satu Kecelakaan kecuali jika terjadi sekurang-kurangnya 14 (empat belas) hari kalender setelah Peserta dan/atau Tanggungannya lepas Rawat Inap dari Rumah Sakit akibat perawatan sebelumnya.
- Penanggung adalah PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life).
- Pemegang Polis adalah suatu badan hukum atau perusahaan yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung.
- Peserta adalah orang-orang yang memenuhi syarat dan diajukan oleh Pemegang Polis (termasuk Tanggungan) untuk diadakan pertanggungn asuransi serta telah disetujui oleh Penanggung untuk dipertanggungn berdasarkan Polis Induk ini dan namanya tercantum dalam Bukti Kepesertaan yang diterbitkan oleh Penanggung.

- g. Masa Tenggang (*Grace Period*) adalah adalah tenggang waktu yang diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis untuk membayar Premi dan/atau Kewajiban Pembayaran Lainnya yang telah jatuh tempo di mana dalam tenggang waktu ini pertanggungan asuransi masih berlaku. Penanggung memberikan Masa Tenggang (*Grace Period*) pembayaran Premi dan/atau Kewajiban Pembayaran Lainnya selama 15 (lima belas) hari kalender terhitung setelah Tanggal Jatuh Tempo.
- h. Managed Care adalah suatu sistem pelayanan kesehatan yang diberikan secara berjenjang oleh *Provider* terseleksi yang bekerja sama dengan Penanggung dengan pola rujukan yang terstruktur dan menyeluruh sesuai dengan kebutuhan medis.
- i. *Provider* Tingkat Lanjutan adalah sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan spesialis dan sub spesialis untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, Rehabilitasi Medis, dan atau pelayanan medis lainnya.
- j. *Provider* Tingkat Pertama adalah sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar/umum yang menyeluruh dan mengutamakan pelayanan *promotive* dan *preventif*.
- k. Kondisi yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-existing Conditions*) adalah adalah setiap jenis Penyakit, Cedera Tubuh, atau Ketidakmampuan Secara Fisik yang sebelum Tanggal Mulai Asuransi tanda atau gejalanya:
 - telah diketahui dan/atau disadari; atau
 - sebagaimana seseorang pada umumnya secara wajar akan berusaha untuk mendapatkan suatu diagnosis atau perawatan; atau
 - telah mendapatkan diagnosis Dokter; atau
 - telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapatkan perawatan medis dan/atau pemeriksaan laboratorium; atau
 - telah mendapatkan perawatan/ pengobatan dan/atau pemeriksaan laboratorium,
- l. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) adalah Rawat Jalan untuk perorangan yang bersifat spesialistik atau sub spesialistik, tanpa menginap di ruang perawatan, dilaksanakan pada *Provider* Tingkat Lanjutan berdasarkan rujukan dari *Provider* Tingkat Pertama.
- m. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) adalah Rawat Jalan untuk perorangan yang bersifat dasar/umum yang dilaksanakan pada *Provider* Tingkat Pertama untuk keperluan observasi, diagnosis dan/atau pengobatan.

2 Metode pembayaran premi dilakukan melalui transfer.

3 Pertanggungan asuransi bagi Peserta akan berakhir apabila salah satu dari kondisi berikut terpenuhi (mana yang terjadi lebih dahulu):

- a. Pada Tanggal Berakhir Asuransi sebagaimana dinyatakan dalam Bukti Kepesertaan; atau
- b. Pada tanggal pengakhiran atau pembatalan Polis oleh Pemegang Polis ataupun Penanggung; atau
- c. Pada tanggal berakhirnya hubungan kerja antara Pemegang Polis dan Peserta; atau
- d. Pada tanggal Pemegang Polis memberitahukan Penanggung bahwa, Peserta tersebut tidak lagi memenuhi syarat untuk mendapatkan pertanggungan asuransi; atau
- e. Pada tanggal Peserta mencapai batas Usia pertanggungan; atau
- f. Pemegang Polis tidak melakukan pembayaran Premi asuransi sampai dengan Masa Tenggang (*grace period*) berakhir; atau
- g. Pada tanggal Peserta meninggal dunia.

Prosedur Klaim

A. Pelaporan dan Pengisian Bukti Klaim *Reimbursement*

1. Bukti dari Ketidakmampuan Secara Fisik, termasuk kuitansi asli dan perincian biaya-biaya dari Rumah Sakit dan formulir klaim yang disediakan oleh Penanggung yang telah diisi secara lengkap (oleh Peserta maupun Dokter yang merawat atau melakukan Pembedahan) harus diserahkan kepada Penanggung atas biaya Peserta, dalam jangka waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah berakhirnya periode perawatan atas Ketidakmampuan Secara Fisik tersebut.
2. Dokumen Klaim yang tidak lengkap akan ditunda proses pembayarannya menunggu kelengkapan dokumen diserahkan oleh Pemegang Polis. Batas waktu Peserta melengkapi dokumen klaim adalah 60 (enam puluh) hari kalender setelah Penanggung menyampaikan pemberitahuan perihal ketidaklengkapan dokumen klaim.
3. Dengan menjadi Peserta pada Polis ini, maka Peserta memberikan hak kepada Penanggung untuk meminta keterangan medis dan memeriksa Peserta selama berlangsungnya proses klaim.

B. Data Kelengkapan Klaim

Dalam mengajukan klaim Peserta wajib mengisi formulir klaim dan melengkapi bukti-bukti penunjang berupa kuitansi, fotokopi resep sebagaimana dipersyaratkan dalam Polis ini. Seluruh dokumen klaim harus asli/otentik dan sah secara hukum, tidak mendapatkan coretan-coretan, jelas dan bersih.

C. Bukti Klaim untuk jaminan Rawat Inap dan Rawat Jalan

Untuk jaminan Rawat Inap dan Rawat Jalan, bilamana Peserta mengajukan klaim secara *Reimbursement*, dokumen-dokumen yang diperlukan adalah sebagai berikut:

1. Formulir klaim Penanggung yang wajib diisi lengkap dan disertai tanda-tangan Peserta dan Dokter yang merawat.
2. Fotokopi Bukti Kepesertaan.
3. Semua tagihan dan kuitansi asli dan lengkap dari Rumah Sakit/Klinik dan rincian perawatan.
4. Semua laporan hasil pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi, radiologi (jika ada).
5. Fotokopi semua resep, semua tagihan asli, dan semua kuitansi asli apabila obat-obatan dibeli di apotek (khusus untuk Rawat Jalan).
6. Surat keterangan medis dari Dokter sehubungan dengan Rawat Inap Peserta termasuk tanggal dimulainya kejadian yang menyebabkan Rawat Inap tersebut disertai tanda tangan Dokter dan stempel Rumah Sakit.
7. Berkas klaim harus disertai dengan stempel Klinik/Rumah Sakit dan/atau Dokter berikut nomor SIP Dokter praktek.

D. Bukti Klaim untuk Santunan Duka Cita

1. Untuk klaim santunan duka cita, dokumen-dokumen yang diperlukan adalah sebagai berikut:
 - Formulir klaim meninggal dunia yang wajib diisi lengkap dan disertai tanda tangan Pemegang Polis.
 - Asli Bukti Kepesertaan.
 - Surat keterangan meninggal dunia Peserta dari instansi yang berwenang.
 - Surat Keterangan meninggal dunia Peserta dari Dokter yang merawat terakhir (formulir disediakan Penanggung).

- Fotokopi identitas diri Penerima Manfaat.

Selain dokumen-dokumen di atas, Penanggung berhak untuk meminta dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu sebagai dokumen pendukung yang diperlukan dari bukti klaim yang telah ada.

2. Pengajuan pembayaran santunan duka cita meninggal dunia harus diajukan kepada Penanggung selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal meninggal dunia. Seluruh dokumen bukti klaim santunan duka cita wajib diajukan kepada Penanggung selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari kalender sejak tanggal meninggal dunia.

E. Bukti Klaim untuk Santunan Kecelakaan

1. Pemberitahuan peristiwa Kecelakaan yang mengakibatkan Peserta meninggal dunia diberitahukan kepada Penanggung selambat-lambatnya 2 x 24 jam sejak terjadinya Kecelakaan.
2. Dokumen-dokumen yang diperlukan untuk bukti klaim adalah sebagai berikut:
 - Formulir klaim meninggal dunia yang wajib diisi lengkap dan disertai tanda tangan Pemegang Polis.
 - Asli Bukti Kepersertaan.
 - Surat keterangan meninggalnya Peserta dari instansi yang berwenang.
 - Surat keterangan meninggalnya Peserta dari Dokter yang merawat terakhir (formulir disediakan Penanggung).
 - Hasil *visum et repertum* (autopsi) apabila ada dan/atau berita acara pemeriksaan (surat keterangan Kecelakaan) dari kepolisian setempat di mana terjadinya perkara apabila Peserta meninggal dunia karena Kecelakaan.
 - Fotokopi identitas diri Penerima Manfaat.

Selain dokumen-dokumen di atas, Penanggung berhak untuk meminta dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu sebagai dokumen pendukung yang diperlukan dari bukti klaim yang telah ada.

Penanggung berhak untuk memeriksa anggota tubuh dari Peserta pada waktu dan sebanyak yang sewajarnya diperlukan selama berlangsungnya pemeriksaan terhadap tuntutan berdasarkan Polis ini, dan Penanggung juga berhak untuk mengadakan Pembedahan mayat dalam hal kematian, sepanjang hal tersebut tidak bertentangan dengan Undang-Undang di Negara Republik Indonesia.

3. Bukti-bukti yang dimaksud pada point 2 di atas untuk pembayaran santunan duka cita meninggal dunia akibat Kecelakaan harus diajukan kepada Penanggung selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal meninggal dunia atau sejak terjadinya Ketidakmampuan Tetap Total atau Sebagian Anggota Badan akibat Kecelakaan.
Seluruh dokumen bukti klaim manfaat ini wajib diajukan kepada Penanggung selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari kalender sejak tanggal meninggal dunia atau sejak terjadinya Ketidakmampuan Tetap Total atau Sebagian Anggota Badan akibat Kecelakaan.

F. Bukti Klaim untuk jaminan Rawat Gigi

Untuk jaminan rawat gigi, dokumen-dokumen yang diperlukan dalam pengajuan klaim secara *Reimbursement* adalah sebagai berikut:

1. Formulir Klaim Penanggung yang wajib diisi lengkap dan disertai tanda-tangan Peserta dan Dokter Gigi yang mengobati/merawat.
2. Fotokopi Bukti Kepesertaan.
3. Tagihan dan kuitansi asli dan lengkap dari Rumah Sakit/Klinik.
4. Fotokopi semua resep, semua tagihan asli, dan semua kuitansi asli apabila obat-obatan dibeli di apotek.
5. Laporan hasil pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi, radiologi (jika ada).
6. Berkas klaim harus disertai dengan stempel Klinik/Rumah Sakit dan/atau Dokter Gigi berikut nomor SIP Dokter praktek.

G. Bukti Klaim untuk jaminan Melahirkan

Untuk jaminan Melahirkan, dokumen-dokumen yang diperlukan dalam pengajuan klaim secara *Reimbursement* adalah sebagai berikut:

1. Formulir klaim Penanggung yang wajib diisi lengkap dan disertai tanda-tangan Peserta dan Dokter/Dokter Spesialis/Bidan yang mengobati/merawat melahirkan.
2. Fotokopi Bukti Kepesertaan.
3. Semua tagihan dan kuitansi asli dari Rumah Sakit/Klinik.
4. Semua laporan hasil pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi, radiologi (jika ada).
5. Surat keterangan dari Dokter atau Bidan mengenai kondisi dan perkiraan tanggal mulainya kehamilan.
6. Berkas klaim harus disertai dengan stempel Klinik/Rumah Sakit dan/atau Dokter berikut nomor SIP Dokter praktek.

H. Bukti Klaim untuk jaminan Kacamata

Untuk jaminan kacamata, dokumen-dokumen yang diperlukan dalam pengajuan klaim secara *Reimbursement* adalah sebagai berikut:

1. Formulir Klaim Penanggung yang wajib diisi lengkap dan disertai tanda-tangan Peserta dan Dokter Spesialis Mata yang mengobati/merawat.
2. Kuitansi asli yang disertai dengan resep kacamata dari Dokter Spesialis Mata berikut nama, nomor SIP Dokter, tanda tangan dan stempel Dokter.
3. Kuitansi asli dan perincian biaya pembelian lensa dan/atau bingkai lensa dari Optik.
4. Diagnosis medis dan hasil pemeriksaan visus mata dari Dokter Spesialis Mata

I. Ekses Klaim

1. Atas tagihan klaim yang tidak dijamin Polis Induk (Ekses Klaim) yang timbul dari Rumah Sakit/Klinik sebagai akibat dari:

- Biaya yang melampaui limit jaminan
- Biaya tidak memenuhi syarat dan ketentuan Polis Induk.

Maka biaya-biaya tersebut akan langsung ditagihkan sebelum Peserta meninggalkan Rumah Sakit.

2. Dalam hal terdapat Ekses Klaim yang tidak tertagih di Rumah Sakit oleh sebab apapun, maka Penanggung berhak melakukan penagihan kembali Ekses Klaim kepada Pemegang Polis dan selanjutnya Pemegang Polis wajib membayar setiap tagihan Ekses Klaim (baik ekses yang terjadi pada Peserta aktif yang terdaftar di dalam periode Polis maupun Peserta yang tidak aktif) tanpa menunggu pembayaran Ekses Klaim tersebut dari peserta.
3. Apabila terjadi perselisihan perihal biaya-biaya medis yang menjadi Ekses Klaim antara Penanggung dan Pemegang Polis, maka Pemegang Polis wajib untuk melunasi tagihan Ekses Klaim tersebut terlebih dahulu sementara menunggu keputusan dari Penanggung.

J. Penagihan Kembali Klaim Yang Tidak Dijamin Polis (Ekses Klaim)

1. Penanggung akan memberitahukan dan melakukan penagihan Ekses Klaim kepada Pemegang Polis dan Pemegang Polis bertanggung jawab untuk melunasi Ekses Klaim yang ditagihkan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal pemberitahuan tagihan Ekses Klaim.
2. Bila setelah batas waktu yang diberikan Ekses Klaim belum dibayar maka secara otomatis Penanggung akan menagguhkan pembayaran klaim dan penggunaan fasilitas *Cashless* atas Polis Induk ini.
3. Penagguhan pembayaran klaim dan fasilitas *Provider* kepada Pemegang Polis akan berakhir apabila kewajiban pembayaran Ekses Klaim terpenuhi.

K. Pembayaran Klaim

1. Klaim akan dibayarkan ke rekening yang didaftarkan pada saat pengajuan klaim, dalam waktu maksimal 10 (sepuluh) hari kerja, terhitung dari pengajuan klaim diterima lengkap dan tidak diperlukan investigasi dan disetujui oleh Penanggung.
2. Bila diperlukan investigasi, Penanggung akan melakukan proses investigasi dalam jangka waktu maksimal 60 (enam puluh) hari kalender sejak dokumen klaim diterima lengkap.
3. Dalam hal telah terdapat keputusan klaim dari Penanggung dalam jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam poin 2 di atas, maka proses pembayaran Manfaat Asuransi akan dilakukan dalam jangka waktu 2 (dua) hari kerja sejak klaim tersebut disetujui oleh Penanggung.
4. Penanggung tidak menanggung biaya administrasi atas pembayaran klaim yang dibebankan oleh pihak bank. Seluruh biaya administrasi yang timbul akan mengurangi pembayaran klaim.
5. Penanggung tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi dalam hal klaim yang diajukan berdasarkan Polis asuransi ini ternyata tidak benar atau terdapat kecurangan dan Penanggung berhak untuk dengan segera mengakhiri Polis asuransi ini.

Disclaimer

1. PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.
2. Produk 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. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan berhak bertanya kepada tenaga pemasar BCA Life atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.
5. 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.
6. Penjelasan manfaat produk secara lengkap mengacu pada Ketentuan Polis Induk BCA Life Managed Protection. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini adalah hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat.
7. Pemegang Polis wajib membaca dengan teliti dokumen Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan apabila membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan produk ini dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life.
8. Produk ini dipasarkan oleh Tenaga Pemasar BCA Life yang telah berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.