



BCAlife
senantiasa melindungi anda

**RINGKASAN INFORMASI PRODUK
& LAYANAN UMUM**

BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima

Deskripsi Produk

Merupakan produk yang memberikan manfaat penggantian biaya Rawat Inap & Pembedahan, Rawat Jalan, Perawatan Penyakit Kritis, Perawatan Kecelakaan, dan Manfaat Lainnya di Rumah Sakit sesuai tagihan dengan batas tahunan berdasarkan manfaat pada Polis dan plan yang dipilih oleh nasabah.

Nama Penanggung PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life)

Nama Produk BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima

Mata Uang Rupiah (Rp)

Jenis Produk Asuransi Kesehatan

Fitur Utama Asuransi Jiwa

Usia Masuk Tertanggung

- 30 hari - 70 tahun

Masa Pertanggungan

- 1 tahun & dapat diperpanjang secara otomatis hingga Tertanggung berusia 99 tahun

Premi*)

- Mulai dari Rp592.400 /bulan

Plan

- Platinum, Gold, Silver, Bronze

Masa Pembayaran Premi

- Selama Masa Pertanggungan

Frekuensi Pembayaran Premi

- Bulanan, Kuartalan, Semesteran atau Tahunan

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

Manfaat Asuransi

		BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima			
Manfaat		Plan			
Plan		Platinum	Gold	Silver	Bronze
Wilayah Pertanggungan		Seluruh Dunia, Kecuali Amerika Serikat	Asia	Asia, kecuali Singapura, Jepang, dan Hongkong	Indonesia
Di Luar Wilayah Pertanggungan	per Tahun Polis	Rawat Inap Darurat akibat Kecelakaan (Perawatan dijalankan dengan jumlah akumulasi 90 hari Di Luar Wilayah Pertanggungan)			
Besar Penggantian Biaya		Biaya yang Layak dan Lazim dan Diperlukan Secara Medis			
Faktor Prorata Pembayaran Manfaat berdasarkan Wilayah Pertanggungan yang Ditanggung ("Faktor Persentase Wilayah")	Indonesia	100%	100%	100%	100%
	Asia, kecuali Singapura, Jepang dan Hongkong				60%
	Asia			30%	20%
	Seluruh Dunia, Kecuali Amerika Serikat		60%	20%	10%
Manfaat Rawat Inap & Pembedahan					
Biaya Kamar Perawatan	Maksimum 365 hari per Tahun Polis	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp10.000.000 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi di dalam atau hingga Rp3.000.000 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 1 tempat tidur dengan kamar mandi didalam atau hingga Rp2.000.000 (mana yang lebih tinggi)	Kamar standar 2 tempat tidur dengan kamar mandi didalam atau hingga Rp1.000.000 (mana yang lebih tinggi)
		Catatan: Jumlah biaya kamar di bawah ini, yang mana yang lebih tinggi: • Biaya kamar terendah dengan jumlah tempat tidur sesuai dengan Plan yang dipilih sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat; atau • Batas biaya kamar sesuai Plan yang dipilih oleh Tertanggung sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat			
Biaya Unit Perawatan Intensif/Isolasi	Maksimum 365 hari per Tahun Polis	Sesuai Tagihan			
Biaya Tindakan Bedah	Maksimum per Tahun Polis				
Biaya Kunjungan Dokter Umum	Maksimum 2 kali kunjungan per Hari				
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Maksimum 2 kali kunjungan per hari per tipe spesialisasi				
Biaya Aneka Perawatan	Maksimum per Tahun Polis				
Biaya Pembedahan Implan dan Protesis	Maksimum per Tahun Polis				
Biaya Bedah Rekonstruksi	Maksimum per Tahun Polis				
Biaya Transportasi Ambulans	Maksimum per Tahun Polis				

Biaya Akomodasi Pendamping	Maksimum per hari, dengan maksimal 100 hari per Tahun Polis (hanya untuk Tertanggung dengan usia dibawah 18 tahun)	Rp1.500.000			Rp1.000.000
Manfaat Tunai Harian Rawat Inap	Maksimum per hari , dengan maksimal 30 hari per Tahun Polis	Rp2.000.000	Rp1.500.000	Rp750.000	Rp500.000
Manfaat Rawat Jalan					
Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap atau Pembedahan	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum Rawat Inap	Sesuai Tagihan			
Biaya Perawatan Sesudah Rawat Inap atau Pembedahan	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap				
Pembedahan Rawat Jalan	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Pembedahan Rawat Jalan				
Biaya Fisioterapi	Maksimum per Tahun dilakukan dalam rentang waktu 60 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap				
Biaya Perawat di Rumah	Maksimum per hari dengan maksimal 180 hari per Tahun Polis	Rp1.000.000	Rp750.000	Rp500.000	Tidak Tersedia
Pengobatan Tradisional Tiongkok	Maksimum per Tahun dengan Maksimal 1 Kunjungan per hari dalam rentang waktu 90 hari setelah Rawat Inap	Rp25.000.000	Rp15.000.000	Rp10.000.000	Rp10.000.000
Manfaat Perawatan Penyakit Kritis					
Biaya Perawatan Cuci Darah (Dialisis)	Maksimum per Tahun Polis	Sesuai Tagihan			
Biaya Donor Pihak Ketiga	Maksimum per Tahun Polis Transplantasi organ penting (jantung, paru-paru, hati, ginjal, pankreas & sumsum tulang belakang)				
Biaya Perawatan Kanker	Maksimum per Tahun Polis				
Biaya Perawatan untuk Efek Samping Perawatan Kanker	Maksimum per Tahun Polis	Rp5.000.000	Rp3.000.000	Rp2.500.000	Rp2.000.000
Biaya Perawatan Paliatif	Maksimum per Tertanggung berlaku selama Polis aktif	Rp250.000.000			
Biaya Obat atas Penyakit Kronis	Maksimum per Tahun Polis	Rp2.000.000	Rp1.250.000	Rp1.000.000	Rp1.000.000
Perawatan HIV / AIDS	Maksimum per Tertanggung berlaku selama Polis aktif	Rp25.000.000		Rp15.000.000	
Manfaat Perawatan Kecelakaan					
Biaya Rawat Jalan Gigi karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun dalam waktu 48 jam dari setelah kejadian	Sesuai Tagihan			
Biaya Rawat Jalan Darurat karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun dalam waktu 48 jam dari setelah kejadian				
Biaya Perawatan Lanjutan karena Kecelakaan	Maksimum per Tahun dengan maksimal 2 kali kunjungan per kejadian dalam waktu 2 minggu setelah kejadian				
Manfaat Lainnya					
Biaya Perawatan Komplikasi Sebelum dan Sesudah Kelahiran	Maksimum per Tahun Polis	Rp10.000.000	Tidak Tersedia		
Biaya Akomodasi Bayi Baru Lahir	Maksimum per Hari, dengan maksimum 10 hari per kelahiran	Rp5.000.000			
Santunan Kematian	Santunan yang dibayarkan sekaligus untuk meninggal dunia akibat sebab apapun	Rp25.000.000			
Batasan Manfaat					
Limit Manfaat Tahunan	Diperbaharui setiap tahun Polis	Rp15.000.000.000	Rp10.000.000.000	Rp5.000.000.000	Rp3.000.000.000
Limit Booster	Bersifat tetap, berlaku selama Polis aktif	Rp45.000.000.000	Rp35.000.000.000	Rp25.000.000.000	Rp20.000.000.000

Co-payment (opsional)	Untuk setiap Manfaat Asuransi kecuali Manfaat Tunai Harian Rawat Inap dan Santunan Kematian	10% dari Manfaat Asuransi yang disetujui oleh Penanggung, dengan jumlah maksimum per pengajuan klaim per Polis sebesar:
		Rp3.000.000

Co-payment

Apabila Pemegang Polis memilih Plan dengan fitur Co-payment sebagaimana tercantum dalam Data Polis, maka berlaku ketentuan sebagai berikut:

- Co-payment adalah pembagian risiko berupa persentase dari Manfaat Asuransi yang menjadi tanggungan atau kewajiban Pemegang Polis ("Co-payment").
- Penanggung memberlakukan Co-payment terhadap setiap Manfaat Asuransi yang disetujui oleh Penanggung, kecuali Manfaat Tunai Harian Rawat Inap dan Santunan Kematian.
- Ketentuan Co-payment yang berlaku sebesar 10% (sepuluh persen) dari Manfaat Asuransi yang disetujui oleh Penanggung, dengan jumlah maksimum Rp3.000.000 (tiga juta Rupiah) per pengajuan klaim per Polis yang merupakan tanggungan atau kewajiban Pemegang Polis/Tertanggung.
- Co-payment diberlakukan setelah perhitungan klaim prorata atas kenaikan kelas kamar dan prorata atas Faktor Persentase Wilayah sebagaimana dimaksud pada ketentuan Polis.
- Untuk koordinasi manfaat, Co-payment diberlakukan atas biaya Perawatan Medis yang disetujui oleh Penanggung.
- Mekanisme pembayaran Co-payment:
 - Untuk Fasilitas Cashless, Pemegang Polis/Tertanggung akan membayarkan langsung biaya yang menjadi tanggungan atau kewajiban Pemegang Polis/Tertanggung kepada Rumah Sakit;
 - Untuk Reimbursement, biaya yang menjadi tanggungan atau kewajiban Pemegang Polis akan mengurangi jumlah Manfaat Asuransi yang dibayarkan oleh Penanggung.
- Dengan tetap mengacu pada ketentuan Polis, Pemegang Polis dapat melakukan perubahan Plan dengan fitur Co-payment ke tanpa fitur Co-payment atau sebaliknya dengan ketentuan sebagai berikut:
 - Perubahan hanya dapat dilakukan 1 (satu) kali selama Masa Pertanggungan;
 - Perubahan Plan hanya dapat diberlakukan pada saat Ulang Tahun Polis;
 - Pemegang Polis secara tertulis mengajukan permohonan sekurang-kurangnya 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum tanggal Ulang Tahun Polis;
 - Penanggung akan melakukan perhitungan Premi berdasarkan Usia pada saat perubahan berlaku;

Risiko

- Klaim Kesehatan ditolak oleh hal-hal yang dikecualikan dalam Polis.
- Klaim ditolak karena Tertanggung Meninggal Dunia disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan dalam Polis.
- Polis menjadi berakhir akibat Premi tidak dibayarkan sampai dengan Masa Tenggang (Grace Period).
- Apabila data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang diberikan ("Informasi Konsumen") dalam SPAJ, 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 serta menagih kembali semua Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan.

Ketentuan Underwriting

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

Biaya

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

Penyakit Khusus

- Yang dimaksud dengan penyakit-penyakit khusus adalah:
 - Segala jenis kista, tumor jinak pada organ manapun
 - Varicocele, endometriosis, uterine fibroid/mioma, termasuk penyakit pada sistem reproduksi lainnya
 - TBC, Asma, termasuk namun tidak terbatas pada Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)
 - Semua jenis hernia, termasuk hernia nucleus pulposus (HNP)
 - Amandel/Tonsil dan penyakit adenoid
 - Kelainan dari kelenjar thyroid (Gondok) dan/atau parathyroid
 - Kelainan/penyakit pada hidung, sinus, septum atau turbinatum
 - Katarak
 - Semua jenis epilepsi
 - Semua perawatan yang berhubungan dengan tulang belakang dan sumsum tulang belakang termasuk diskus, prolaps cakram antar ruas tulang belakang
 - Anal fistula dan/atau abses, perianal fistula dan/atau abses dan hemorrhoid
 - Hipertensi, penyakit jantung dan pembuluh darah, penyakit pembuluh darah otak, termasuk Transient Ischemic Attack, Stroke, Vertigo/Migren
 - Radang/batu kandung empedu, batu empedu, semua jenis hepatitis dan sirosis hati selain hepatitis A
 - Kencing Manis
 - Radang/Batu saluran kemih, batu ginjal, gagal ginjal
 - Tukak lambung, tukak usus
 yang selanjutnya disebut ("Penyakit-Penyakit Khusus").
- Penggantian biaya perawatan/pengobatan atas Penyakit-Penyakit Khusus akan dilakukan oleh Penanggung bila memenuhi ketentuan-ketentuan di bawah ini:
 - Polis telah berjalan lebih dari 12 (dua belas) bulan dari Tanggal Mulai Asuransi, kenaikan Plan atau Pemulihan Polis mana yang paling akhir.

- b. Peristiwa yang dapat menimbulkan klaim berlangsung pada saat Polis masih aktif.
- c. Penyakit-Penyakit khusus baru pertama kali didiagnosis atau bukan merupakan Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-existing Conditions).
- d. Apabila Pre-existing Conditions yang diderita Tertanggung adalah termasuk di dalam kelompok Penyakit-Penyakit Khusus, maka ketentuan yang berlaku adalah ketentuan Pre-existing Conditions.

Pengecualian

Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi dalam hal perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan:

1. Kondisi Yang Telah ada Sebelumnya
2. Penyakit-Penyakit Khusus.
3. Setiap perawatan / pengobatan yang didiagnosis pada Masa Tunggu yakni:
 - a. Masa Tunggu untuk setiap manfaat (kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan) adalah 30 (tiga puluh) hari kalender dari Tanggal Mulai Asuransi, kenaikan Plan atau Pemulihan Polis mana yang paling akhir.
 - b. Masa Tunggu untuk manfaat Kanker adalah 3 (tiga) bulan dari Tanggal Mulai Asuransi, kenaikan Plan atau Pemulihan Polis mana yang paling akhir.
 - c. Masa Tunggu untuk manfaat Komplikasi Sebelum dan Sesudah Kelahiran dan manfaat akomodasi Bayi Baru Lahir adalah 9 bulan dari Tanggal Mulai Asuransi, kenaikan Plan atau Pemulihan Polis mana yang paling akhir.
 - d. Masa Tunggu untuk manfaat perawatan HIV / AIDS adalah 12 (dua belas) bulan dari Tanggal Mulai Asuransi, kenaikan Plan atau Pemulihan Polis mana yang paling akhir.
4. Penyakit / Cedera Tubuh akibat 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);
5. Tertanggung dibawah pengaruh (sengaja maupun tidak sengaja) atau terlibat dalam penyalahgunaan narkoba, psikotropika, alkohol, racun, gas atau zat-zat sejenisnya, atau obat-obatan (kecuali obat-obatan atau zat-zat tersebut digunakan berdasarkan rekomendasi oleh Dokter);
6. 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, baik aktif maupun tidak;
7. Semua jenis perawatan/pengobatan:
 - a. Yang tidak berhubungan dengan diagnosis /alasan rehabilitasi Rawat Inap tanpa anjuran Dokter
 - b. Pencegahan (termasuk pencegahan Penyakit) termasuk imunisasi namun tidak terbatas pada Vaksinasi dan komplikasinya,
 - c. Biaya istirahat, Perawatan yang bukan merupakan pelayanan yang Diperlukan Secara Medis
 - d. Pengobatan eksplorasi atau eksperimental atau prosedur efektif lainnya, termasuk pengobatan dan /atau teknologi/prosedur medis yang tidak konvensional, yang belum terbukti efektif / belum terbukti dapat berhasil atau yang bersifat eksperimen, berdasarkan praktik medis yang terbukti, dan belum mendapatkan persetujuan dari badan yang diakui di negara tempat Tertanggung menjalani perawatan dan/atau pengobatan.
8. Pemeliharaan dan/atau Tindakan/pembedahan yang berkaitan dengan kehamilan atau upaya untuk hamil, termasuk persalinan (melahirkan), 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, kecuali manfaat yang terkait Komplikasi Sebelum dan Sesudah Melahirkan sesuai dalam ketentuan Polis dan sesuai Plan yang diambil;
9. Pengobatan/Perawatan dan/atau tindakan/operasi untuk mengatasi obesitas, penurunan atau penambahan berat badan, bulimia, anoreksia nervosa; atau
10. Pengobatan dan/atau pembedahan untuk mengubah jenis kelamin; atau
11. Pengobatan terkait sunat termasuk segala komplikasinya kecuali jika merupakan Perawatan yang Diperlukan Secara Medis; atau
12. Penyakit menular seksual atau penyimpangan seksual; atau
13. Perawatan atau pengobatan yang terkait gangguan jiwa atau psikiatri (termasuk neurosis, psikosomatik, psikosis); atau
14. 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
15. Reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasi nya;
16. Kelainan bawaan (Congenital), herediter;
17. Pemeriksaan fisik secara berkala, pemeriksaan kesehatan (medical check up) atau pemeriksaan kesehatan lainnya yang tidak ada indikasi obyektif adanya gangguan Kesehatan, atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis Rawat Inap, biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Dokter, biaya suplemen makanan, biaya telekomunikasi, biaya penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan Perawatan Medis;
18. Penyakit atau Cedera Tubuh yang diakibatkan Tertanggung melakukan olahraga secara profesional atau dimana tertanggung mendapatkan penghasilan atau gaji dari melakukan olahraga tersebut atau keterlibatan Tertanggung dalam kegiatan berbahaya atau hobi yang berisiko tinggi termasuk namun tidak terbatas menyelam, penerbangan udara, bungee jumping, hang gliding, balon udara, terjun payung, dan balap jenis apapun;
19. Biaya untuk pengobatan penyembuhan serta perawatan pribadi di rumah, pengobatan alami atau sejenisnya yang bertujuan untuk istirahat kecuali untuk manfaat Biaya Perawatan Paliatif, Biaya Perawat di Rumah, dan Biaya Pengobatan Tradisional Tiongkok sesuai dalam ketentuan Polis dan sesuai Plan yang diambil;
20. Rawat Jalan kecuali Rawat Jalan yang dimaksud pada ketentuan Polis.
21. Semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan atau pembedahan gigi termasuk bedah mulut, gusi atau struktur penyangga gigi secara langsung, termasuk gigi bungsu, gigi palsu, implant gigi, penambalan gigi dan pengobatan yang terkait dengannya kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan terlepas dari siapa yang melakukan Perawatan tersebut;
22. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kosmetik termasuk akibat tindakan pembedahan kosmetik dan komplikasinya, bedah plastik kecuali untuk manfaat yang terkait Biaya Bedah Rekonstruksi sesuai dalam ketentuan Polis;
23. Penyakit atau Cedera Tubuh yang disebabkan Tertanggung terlibat dalam penerbangan pesawat udara atau sejenisnya kecuali Tertanggung adalah penumpang resmi atau awak pesawat berlisensi maskapai penerbangan atau sejenisnya yang membayar tarif resmi pada perusahaan penerbangan komersial yang mempunyai jadwal penerbangan tetap, teratur dan telah memiliki izin usaha penerbangan;
24. Pemeriksaan mata, kesalahan/kelainan refraksi mata, pembelian/penyewaan kacamata /lensa, kelainan refraksi yang sesuai dengan Kondisi yang Sudah Ada Sebelumnya kecuali untuk perawatan Lasik dengan kelainan refraksi yang lebih dari 5 (lima) dioptri."
25. Biaya perawatan dan/atau pengobatan yang telah mendapat penggantian dari Pemerintah, asuransi kesehatan dan/atau pihak lain (kecuali untuk Manfaat Tunai Harian Rawat Inap)
26. Alat bantu termasuk namun tidak terbatas pada kursi roda, arm sling dan penyangga tubuh;
27. HIV, AIDS kecuali Tertanggung terinfeksi karena transfusi darah atau kecelakaan.

Tertanggung meninggal dunia yang disebabkan, secara langsung ataupun tidak langsung baik seluruhnya maupun Sebagian, oleh:

1. 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;
2. 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
3. Tertanggung dibawah pengaruh (sengaja maupun tidak sengaja) atau terlibat dalam penyalahgunaan narkoba, psikotropika, alkohol, racun, gas atau zat-zat sejenisnya, atau obat-obatan (kecuali obat-obatan atau zat-zat tersebut digunakan berdasarkan rekomendasi oleh Dokter);
4. Untuk manfaat Meninggal Dunia yang terjadi karena:
 - a. Keterlibatan Tertanggung dalam aktivitas atau olahraga yang membahayakan atau olahraga lain yang mengandung risiko yaitu:
 - i. Bela diri termasuk namun tidak terbatas pada tinju dan gulat;
 - ii. Menyelam, berenang, atau berlayar di laut lepas;
 - iii. Mendaki gunung, panjat tebing (baik buatan maupun sebenarnya);
 - iv. Arung jeram;
 - v. Base atau bungee jumping;
 - vi. Olahraga musim dingin dan /atau yang melibatkan es atau salju, termasuk namun tidak terbatas pada ski es, kereta luncur, dan hoki es;
 - vii. Adu kecepatan kendaraan baik bermotor atau tidak, seperti bersepeda, berkuda, berperahu (baik dengan layar maupun tidak);
 - viii. Terjun payung, terbang layang atau olahraga /permainan dirantara lainnya atau melakukan penerbangan atau aktivitas di udara kecuali sebagai pilot, flight attendants atau penumpang pesawat udara berjadwal yang mempunyai lisensi /izin yang lengkap yang dikelola oleh perusahaan penerbangan komersil;
 - ix. Olahraga lain sejenis yang baru diketahui di kemudian hari, yang memiliki risiko yang sama dengan aktivitas olahraga yang disebutkan di atas.
 - b. Keterlibatan Tertanggung sebagai pilot, crew, pramugari atau penumpang dalam penerbangan:
 - i. Yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan non komersil; atau
 - ii. Dengan menggunakan helikopter.

Persyaratan dan Tata Cara

Anda harus melengkapi persyaratan:

Usia Masuk Pemegang Polis

- Minimal : 21 tahun
- Maksimal : 70 tahun

Usia Masuk Tertanggung

- Minimal : 30 hari
- Maksimal : 70 tahun

Dokumen-dokumen yang harus dipersiapkan oleh Calon Pemegang Polis ketika membeli Polis baru antara lain:

- Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ),
- Fotokopi Identitas Diri Calon Pemegang Polis (CPP),
- Fotokopi Identitas Diri Calon Tertanggung (CT),
- Surat Kuasa Pendebeban Rekening (SKPR) atau Surat Kuasa Pendebeban Kartu Kredit (SKPKK), dan
- Dokumen lainnya (jika dibutuhkan), sepanjang relevan dengan pengajuan yang dimaksud.

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

Pemegang Polis dan Tertanggung merupakan Warga Negara Indonesia (WNI) atau Warga Negara Asing yang memiliki izin tinggal di Indonesia yang masih berlaku

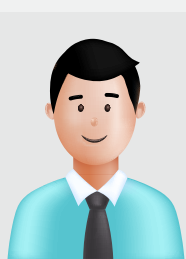
Untuk layanan Nasabah antara lain pembatalan Polis, Pemulihan Polis, informasi status pengiriman Polis atau Endorsemen, perubahan metode pembayaran Premi, pengajuan klaim, termasuk pengaduan, dapat menghubungi:

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

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



Nama Tertanggung

Arif

Jenis kelamin

Laki-laki

Usi Membeli Polis

28 Tahun

Plan	Premi Tahunan	Pembayaran Premi
Bronze	Tanpa Co-payment: Rp9.479.000* Dengan Co-payment: Rp7.844.700	Tahunan

*harga premi pada saat pembelian Polis

Skenario 1

Bapak Arif terdiagnosis TBC pada tahun ke -2 setelah membeli Polis. Atas di diagnosis ini, bapak Arif menjalani perawatan di Rumah Sakit di Indonesia selama 10 hari

Manfaat	Biaya	Total Biaya (10hari)
Kamar (2 tempat tidur dan kamar mandi dalam)	Rp900.000 per hari	Rp9.000.000
Kunjungan dokter Umum	Rp200.000 per kunjungan per hari dengan 2x kunjungan	Rp4.000.000
Kunjungan dokter Spesialis	Rp400.000 per kunjungan per hari dengan 1x kunjungan	Rp4.000.000
Aneka Biaya	Rp7.00.000 per hari	Rp7.000.000
Total Tagihan		Rp24.000.000
Klaim Manfaat Asuransi yang disetujui BCA Life		Rp24.000.000

Pembayaran klaim oleh BCA Life:

- Jika Bapak Arif tidak memilih opsi Co-payment
 Tagihan Bapak Arif sebesar Rp24.000.000 dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima.
 Limit Manfaat Tahunan Bapak Arif setelah klaim tersebut menjadi Rp2.976.000.000
- Jika Bapak Arif memilih opsi Co-payment

Co-payment (Total biaya yang menjadi tanggungan atau kewajiban Bapak Arif, yang dibayarkan langsung ke Rumah Sakit)	10% dari Manfaat Asuransi yang disetujui BCA Life, dengan maksimum Rp3.000.000 $= 10\% \times \text{Rp}24.000.000$ $= \text{Rp}2.400.000$ (dengan maksimum Rp3.000.000) Dengan ini, Bapak Arif harus membayar Rp2.400.000
Klaim Manfaat Asuransi yang dibayarkan BCA Life	$= \text{Rp}24.000.000 - \text{Rp}2.400.000$ $= \text{Rp}21.600.000$

Bapak Arif akan membayarkan Co-payment sebesar Rp2.400.000 dan tagihan Bapak Arif sebesar Rp21.600.000 dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima.

Limit Manfaat Tahunan Bapak Arif setelah klaim tersebut menjadi Rp2.978.400.000.

Skenario 2

Bapak Arif pada tahun ke -3 mengalami kecelakaan, atas kecelakaan tersebut bapak Arif melakukan Rawat Jalan di Rumah Sakit dengan pelayanan:

Manfaat	Total Biaya
Biaya dokter Umum	Rp200.000
Aneka Biaya	Rp700.000
Biaya Laboratorium	Rp1.000.000
Total Tagihan	Rp1.900.000
Klaim Manfaat Asuransi yang disetujui BCA Life	Rp1.900.000

Pembayaran klaim oleh BCA Life:

- Jika Bapak Arif tidak memilih opsi Co-payment
 Tagihan Bapak Arif sebesar Rp1.900.000 dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima.
- Jika Bapak Arif memilih opsi Co-payment

Co-payment (Total biaya yang menjadi tanggungan atau kewajiban Bapak Arif, yang dibayarkan langsung ke Rumah Sakit)	10% dari Manfaat Asuransi yang disetujui BCA Life, dengan maksimum Rp3.000.000 $= 10\% \times \text{Rp}1.900.000$ $= \text{Rp}190.000$ (dengan maksimum Rp3.000.000) Dengan ini, Tertanggung harus membayar Rp190.000
Klaim Manfaat Asuransi yang dibayarkan BCA Life	$= \text{Rp}1.900.000 - \text{Rp}190.000$ $= \text{Rp}1.710.000$

Bapak Arif akan membayarkan Co-payment sebesar Rp190.000 dan tagihan Bapak Arif sebesar Rp1.710.000 dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima.

5 hari kemudian, bapak Arif kontrol ke RS atas rawat lanjutan karena kecelakaan dengan pelayanan:

Manfaat	Total Biaya
Biaya dokter Umum	Rp200.000
Aneka Biaya	Rp500.000
Biaya Laboratorium	Rp200.000
Total Tagihan	Rp900.000
Klaim Manfaat Asuransi yang disetujui BCA Life	Rp900.000

Pembayaran klaim oleh BCA Life:

- Jika Bapak Arif tidak memilih opsi Co-payment
Tagihan Bapak Arif sebesar Rp900.000 dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima.
Limit Manfaat Tahunan Bapak Arif setelah klaim tersebut menjadi Rp2.997.200.000.
- Jika Bapak Arif memilih opsi Co-payment

Co-payment (Total biaya yang menjadi tanggungan atau kewajiban Bapak Arif, yang dibayarkan langsung ke Rumah Sakit)	10% dari Manfaat Asuransi yang disetujui BCA Life, dengan maksimum Rp3.000.000 = 10% x Rp900.000 = Rp90.000 (dengan maksimum Rp3.000.000) Dengan ini, Tertanggung harus membayar Rp90.000
Klaim Manfaat Asuransi yang dibayarkan BCA Life	= Rp900.000 – Rp90.000 = Rp810.000

Bapak Arif akan membayarkan Co-payment sebesar Rp90.000 dan tagihan Bapak Arif sebesar Rp810.000 dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima.

Limit Manfaat Tahunan Bapak Arif setelah klaim tersebut menjadi Rp2.997.480.000.

Skenario 3

Bapak Arif pada tahun ke-4 mengalami serangan jantung. Atas diagnosis tersebut bapak Arif melakukan Perawatan di Rumah Sakit selama 10 hari. Maka asumsi biaya yang timbul atas perawatan:

Manfaat	Biaya	Total Biaya (10 hari)
Kamar (2 tempat tidur dan kamar mandi dalam)	Rp. 900.000 per hari	Rp. 9.000.000
Kunjungan dokter Umum	Rp. 200.000 per kunjungan per hari dengan 2x kunjungan	Rp. 4.000.000
Kunjungan dokter Spesialis	Rp. 400.000 per kunjungan per hari dengan 1x kunjungan	Rp. 4.000.000
Aneka Biaya	Rp. 7.000.000	Rp. 7.000.000
Biaya Tindakan Bedah	Rp. 100.000.000	Rp. 100.000.000
Biaya Kursi Roda	Rp. 1.500.000 *	Rp. 1.500.000 *
Biaya Laboratorium	Rp. 1.000.000	Rp. 1.000.000
Total Tagihan		Rp. 126.500.000
Biaya Rumah Sakit yang tidak dipertanggungkan karena tidak masuk dalam Manfaat Asuransi produk (Biaya kursi roda)		Rp. 1.500.000
Klaim Manfaat Asuransi yang disetujui BCA Life		= Rp126.500.000 – Rp1.500.000 = Rp125.000.000

*Biaya Kursi Roda tidak masuk dalam manfaat produk BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima.

Pembayaran klaim oleh BCA Life:

- Jika Bapak Arif tidak memilih opsi Co-payment
Tagihan Bapak Arif sebesar Rp125.000.000 dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima.
Limit Manfaat Tahunan Bapak Arif setelah klaim tersebut menjadi Rp2.875.000.000.
- Jika Bapak Arif memilih opsi Co-payment

Co-payment (Total biaya yang menjadi tanggungan atau kewajiban Bapak Arif, yang dibayarkan langsung ke Rumah Sakit)	10% dari Manfaat Asuransi yang disetujui BCA Life, dengan maksimum Rp3.000.000 = 10% x Rp125.000.000 = Rp12.500.000 (dengan maksimum Rp3.000.000) Dengan ini, Tertanggung harus membayar Rp3.000.000
Klaim Manfaat Asuransi yang dibayarkan BCA Life	= Rp125.000.000 – Rp3.000.000 = Rp122.000.000

Tagihan Bapak Arif sebesar Rp122.000.000 dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima. Bapak Arif membayarkan langsung ke Rumah Sakit sejumlah Rp4.500.000 yaitu terdiri dari Co-payment dan biaya kursi roda yang tidak dipertanggungjawabkan ke Rumah Sakit.

Limit Manfaat Tahunan Bapak Arif setelah klaim tersebut menjadi Rp2.878.000.000.

Informasi Tambahan

1 Definisi-definisi Penting:

- a. Pemegang Polis : Pihak yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung, sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
- b. Tertanggung : Orang yang mempunyai keterikatan asuransi atau mempunyai Kepentingan Yang Dipertanggungjawabkan (*Insurable Interest*) dengan Pemegang Polis dan atas jiwanya diadakan pertanggungan asuransi berdasarkan Pengajuan Asuransi dan namanya tercantum dalam Data Polis asuransi.
- c. Masa Tenggang (*Grace Period*) : 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.
- d. Masa Tunggu (*Waiting Period*) : Jangka waktu tertentu yang ditetapkan dalam Polis di mana Manfaat Asuransi tidak dapat dibayarkan oleh Penanggung apabila peristiwa yang dipertanggungjawabkan terjadi dalam jangka waktu tersebut.
- e. Masa Pemahaman Polis (*Free Look Period*) : 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.
- f. Biaya yang Layak dan Lazim : Biaya Medis yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik atau Dokter yang merawat dan dianggap wajar dan umum dengan batasan bahwa biaya tersebut tidak melebihi tingkat wajar dan umum biaya yang dibebankan oleh pihak lain yang serupa (Rumah Sakit atau Klinik atau Dokter lain) pada wilayah dimana biaya tersebut terjadi ketika menyediakan jasa Perawatan Medis yang serupa dan sebanding untuk Penyakit atau Cedera Tubuh yang serupa. Biaya yang Layak dan Lazim ditentukan oleh Penanggung dan merupakan cerminan kondisi yang berlaku umum saat ini.
- g. Diperlukan Secara Medis : Sesuai dan konsisten dengan diagnosa dan pengobatan yang perlu dilakukan untuk Penyakit atau Cedera Tubuh yang diderita Tertanggung dan wajib memenuhi semua ketentuan berikut:
 - a. Sesuai dan konsisten dengan standar praktik kedokteran dan standar Perawatan Medis yang berlaku di Indonesia atau di luar negeri (bila dirawat di luar negeri)
 - b. Tidak untuk mencari keuntungan bagi Tertanggung dan/ atau Pemegang Polis dan/atau Dokter dan /atau Rumah Sakit dan/atau Klinik; dan
 - c. Tidak bersifat pengobatan eksplorasi atau eksperimental atau prosedur efektif lainnya, termasuk pengobatan dan/atau teknologi/prosedur medis yang tidak konvensional, yang belum terbukti efektif / belum terbukti dapat berhasil atau yang bersifat eksperimen, berdasarkan praktik medis yang terbukti, dan belum mendapatkan persetujuan dari badan yang diakui di negara tempat Tertanggung menjalani perawatan dan/atau pengobatan.

Fakta bahwa Dokter menganjurkan suatu Perawatan Medis termasuk obat-obatan dan/atau tes penunjang diagnostik, tidak secara otomatis berarti anjuran tersebut diklasifikasikan sebagai Diperlukan Secara Medis.

Dalam hal Perawatan Medis yang diterima oleh Tertanggung diduga atau terindikasi tidak memenuhi syarat ketentuan tersebut di atas, maka Penanggung diberikan hak oleh Pemegang Polis untuk melakukan investigasi lebih lanjut termasuk namun tidak terbatas pada:

 - a. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;
 - b. Ikatan Dokter Indonesia dan/atau perhimpunan/kolegium Dokter Spesialis yang terkait;
 - c. Institusi serupa di luar negeri dan/atau meminta pendapat dari konsultan medis atau hukum di luar Penanggung.
- h. Limit Booster : Manfaat tambahan, di luar batas manfaat tahunan, dengan jumlah tertentu sebagaimana tercantum pada tabel manfaat. Jumlah manfaat *limit booster* tidak diperbarui setiap tahun dan nilainya akan berkurang sesuai dengan penggunaannya selama masa pertanggungan.
- i. Ekses Klaim : Kelebihan klaim di luar yang merupakan hak Tertanggung berdasarkan Polis ini yang terjadi akibat penggunaan Fasilitas *Cashless* dan yang akan menjadi kewajiban dari Pemegang Polis dan/atau Tertanggung untuk membayarkan, termasuk namun tidak terbatas kepada:
 - a. Klaim yang tidak termasuk dalam Manfaat Asuransi ini,
 - b. Klaim yang melebihi batas maksimum ketentuan Tabel Manfaat dan/atau Batas Manfaat Tahunan dan/atau Limit Booster bagi Tertanggung,
 - c. Klaim-klaim yang dikecualikan berdasarkan ketentuan mengenai pengecualian sebagaimana diatur dalam Polis,
 - d. Klaim yang timbul sebagai akibat Perawatan dan/atau pengobatan yang tidak Diperlukan Secara Medis, atau
 - e. Klaim yang timbul sebagai akibat Perawatan dan/atau pengobatan diluar dari Biaya Yang Layak dan Lazim.
- j. Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-existing Condition*) : Setiap jenis Penyakit, Cedera Tubuh, atau Ketidakmampuan yang tanda atau gejalanya:
 - a. telah diketahui dan/atau disadari; atau
 - b. sebagaimana seseorang pada umumnya secara wajar akan berusaha untuk mendapatkan suatu diagnosa atau perawatan; atau
 - c. telah mendapatkan diagnosa Dokter; atau
 - d. telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapatkan perawatan medis dan/atau pemeriksaan Laboratorium; atau
 - e. telah mendapatkan perawatan/pengobatan dan/atau pemeriksaan Laboratorium sebelum Tanggal Mulai Asuransi, atau tanggal Pemulihan Polis terakhir, mana yang paling akhir.
- k. Rumah Sakit : Sarana kesehatan yang memenuhi kriteria dan terdaftar sebagai Rumah Sakit berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku di Negara Kesatuan Republik Indonesia, serta melakukan kegiatan secara sah untuk perawatan dan menyediakan pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap, gawat darurat, tindakan bedah dan tenaga Dokter 24 (dua puluh empat) jam.
Yang tidak termasuk dalam definisi Rumah Sakit antara lain badan atau tempat yang semata-mata berfungsi sebagai:
 1. Klinik pribadi atau perorangan, bersama dan spesialis;
 2. Puskesmas;
 3. Rumah peristirahatan termasuk Sanatorium/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Holistic;
 4. Rumah untuk rehabilitasi setelah mengalami Sakit;
 5. Rumah jompo;

6. Fasilitas perawatan dan pengobatan ketergantungan, penyalahgunaan, kecanduan alkohol atau kecanduan obat terlarang;
7. Klinik kecantikan; dan/atau
8. Klinik pengobatan alternatif, naturopati, homeopati, chiropractor, akupunktur atau pengobatan tradisional lainnya.

2 Pembayaran Premi

Pembayaran Premi dilakukan dengan metode pembayaran yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana disampaikan saat Pengajuan Asuransi.

- 3 Ruang lingkup pertanggungan berlaku hingga seluruh dunia kecuali Amerika Serikat.

- 4 Masa Tenggang pembayaran Premi (*Grace Period*) adalah 45 (empat puluh lima) hari kalender sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi.

5 Koordinasi Manfaat

Dalam hal Tertanggung mendapatkan penggantian atas segala biaya perawatan atas Penyakit dan atau Cedera Tubuh dari perusahaan asuransi lain termasuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) atau pihak lain yang memberikan pertanggungan sejenis ("Penanggung Lain"), maka total biaya Perawatan Medis akan dikurangi dengan Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan oleh Penanggung Lain.

- 6 Masa Pertanggungan bagi Tertanggung akan berakhir apabila terpenuhi salah satu dari kondisi sebagai berikut (mana yang terlebih dahulu terjadi):

- a. Polis berakhir karena:
 - i. Tertanggung Meninggal Dunia; atau
 - ii. Telah mencapai Tanggal Berakhir Asuransi sebagaimana tercantum dalam Data Polis; atau
 - iii. Penanggung melakukan pengakhiran Polis merujuk pada ketentuan Polis; atau
 - iv. Penanggung melakukan pengakhiran Polis karena Pemegang Polis tidak menyetujui perubahan Polis sebagaimana dijelaskan pada ketentuan Polis; atau
 - v. Penanggung melakukan pengakhiran Polis dengan merujuk kepada ketentuan yang diatur dalam Ketentuan Polis; atau
 - vi. Pemegang Polis mengajukan pengakhiran Polis kepada Penanggung; atau
 - vii. Premi atas asuransi ini tidak dibayar sampai dengan berakhirnya Masa Tenggang (*Grace Period*); atau
 - viii. Adanya keterangan, pernyataan, pemberitahuan atau informasi lain yang tidak benar, tidak lengkap, dan tidak akurat atau tidak sesuai dengan keadaan atau kondisi sebenarnya atau sengaja dipalsukan yang diberikan Nasabah kepada Penanggung setelah Masa Pertanggungan dimulai, termasuk namun tidak terbatas pada saat pengajuan klaim; atau
- b. Polis berakhir karena:
 - i. Penanggung melakukan pembatalan Polis dengan merujuk kepada ketentuan Polis; atau
 - ii. Pemegang Polis melakukan pembatalan pada Masa Pemahaman Polis (*Free Look Period*) dengan merujuk kepada Ketentuan Polis.

- 7 Masa Pemahaman Polis (*Free Look Period*) adalah 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal Polis diterima. Pemegang Polis berhak untuk membatalkan Polis selama Masa Pemahaman Polis (*Free Look Period*). Dalam hal Pemegang Polis membatalkan Polis dalam Masa Pemahaman Polis, maka Pemegang Polis berhak untuk menerima pengembalian Premi yang telah dibayarkan kepada Penanggung, dengan perhitungan setelah nilai pembayaran Premi dipotong biaya penerbitan Polis termasuk namun tidak terbatas pada biaya cetak Polis, pencetakan kartu, dan biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada).

- 8 Setiap Tertanggung hanya dapat dipertanggung dalam 1 (satu) Polis untuk produk ini. Apabila karena satu dan lain hal, Tertanggung mempunyai lebih dari 1 (satu) Polis untuk produk ini, maka jika terjadi klaim atau jika diketahui oleh Penanggung, maka pertanggungan atas Polis yang kedua dan seterusnya dinyatakan tidak berlaku sejak Tanggal Mulai Asuransi dan Penanggung akan mengembalikan seluruh Premi yang telah diterima atas Polis tersebut.

9 Prosedur Klaim

Apabila terjadi peristiwa yang dipertanggung dalam Masa Pertanggungan, maka Pihak Yang Mengajukan Klaim dapat mengajukan klaim kepada Penanggung dengan prosedur dan ketentuan klaim sebagai berikut:

- I. Prosedur klaim untuk Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud pada Polis dengan menggunakan Fasilitas *Cashless*
 - a. Apabila Tertanggung memerlukan Perawatan Medis di Rumah Sakit sesuai rekomendasi Dokter, maka Tertanggung dapat menjalani perawatan di Rumah Sakit di Jaringan *Provider*.
 - b. Tertanggung wajib menunjukkan Kartu Peserta yang dimiliki dan kartu identitas diri, selanjutnya Fasilitas *Cashless* dapat digunakan setelah persetujuan jaminan Rawat Inap dikirim oleh Penanggung dan telah diterima oleh Rumah Sakit Jaringan *Provider*.
 - c. Penanggung berhak untuk tidak menerbitkan atau membatalkan persetujuan jaminan Rawat Inap dan dalam hal tersebut maka Pihak Yang Mengajukan Klaim dapat mengajukan klaim melalui *Reimbursement*.
 - d. Apabila Tertanggung memiliki lebih dari 1 (satu) Kartu Peserta yang diterbitkan oleh Penanggung untuk produk asuransi lainnya, maka Tertanggung hanya dapat menggunakan 1 (satu) Kartu Peserta pada saat menjalani Perawatan Medis di Rumah Sakit Jaringan *Provider*.
 - e. Apabila terdapat kendala pada saat melakukan klaim Perawatan Medis di Rumah Sakit Jaringan *Provider*, maka Pemegang Polis/ Tertanggung dapat mengajukan klaim tersebut kepada Penanggung dengan mengikuti syarat dan ketentuan yang berlaku untuk pengajuan klaim secara *Reimbursement*.

- f. Fasilitas *Cashless* tidak dapat digunakan apabila klaim Perawatan Medis di Rumah Sakit Jaringan *Provider* dilakukan di dalam Masa Tenggang (*Grace Period*) dan Pihak Yang Mengajukan Klaim dapat mengajukan klaim melalui *Reimbursement*.
 - g. Apabila pada saat Tertanggung akan keluar dari Rumah Sakit ternyata timbul biaya yang melebihi batas maksimum Manfaat Asuransi sebagaimana tercantum dalam Data Polis, maka Pemegang Polis / Tertanggung wajib melakukan pembayaran langsung atas kelebihan biaya tersebut kepada Rumah Sakit.
 - h. Pembayaran melalui Fasilitas *Cashless* tidak menghapus hak Penanggung menyanggah kebenaran Polis termasuk untuk melakukan investigasi atas klaim dan /atau melakukan proses seleksi ulang.
- II. Dokumen yang wajib diserahkan kepada Penanggung pada saat pengajuan klaim secara *Reimbursement* ("Dokumen Klaim") adalah sebagai berikut:
- a. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim;
 - b. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Dokter disertai stempel /cap Dokter;
 - c. Fotokopi KTP atau paspor Pihak yang mengajukan Klaim yang masih berlaku;
 - d. Fotokopi KTP atau paspor Tertanggung yang masih berlaku;
 - e. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi, radiologi, dan lain lain.
 - f. Fotokopi buku tabungan, rekening koran atau dokumen lainnya yang dikeluarkan Bank yang memuat informasi nomor rekening Penerima Manfaat dimana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi;
- III. Dokumen untuk klaim Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud di dalam Polis secara *Reimbursement* adalah sebagai berikut:
- a. Seluruh Dokumen Klaim yang disebutkan pada romawi II ketentuan prosedur klaim ini;
 - b. Asli kuitansi biaya Rumah Sakit dan rincian pelayanan kesehatan;
- IV. Dokumen untuk klaim Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud di dalam Polis secara *Reimbursement* dalam rangka Koordinasi Manfaat adalah sebagai berikut:
- a. Seluruh Dokumen Klaim yang disebutkan pada romawi II ketentuan prosedur klaim ini;
 - b. Surat Koordinasi atau dokumen bukti pembayaran klaim dari penyedia produk asuransi lainnya yang pertama kali diminta klaimnya beserta seluruh dokumen klaim pendukung;
 - c. Fotokopi kuitansi biaya Rumah Sakit dan rincian pelayanan kesehatan;
- V. Dokumen untuk klaim Meninggal Dunia adalah sebagai berikut:
- a. Seluruh Dokumen Klaim yang disebutkan pada romawi II ketentuan prosedur klaim ini;
 - b. Fotokopi bukti hubungan kepentingan langsung secara nilai ekonomi antara Penerima Manfaat dengan Tertanggung berupa Kartu Keluarga atau Akta Lahir atau Akta Nikah atau dokumen lain sesuai perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari instansi yang berwenang;
 - d. Asli atau fotokopi legalisir Akta Kematian dari Catatan Sipil;
 - e. Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kepolisian apabila Meninggal Dunia karena Kecelakaan;
- VI. Pengajuan klaim secara *Reimbursement* harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak terjadi peristiwa yang dipertanggungkan. Pengajuan kelengkapan dokumen klaim, termasuk dokumen klaim tambahan yang diminta oleh Penanggung untuk kebutuhan investigasi, harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 60 (enam puluh) hari kalender sejak terjadi peristiwa yang dipertanggungkan.
- VII. Apabila Tertanggung berhak atas Perawatan Medis sebagaimana dimaksud di dalam Polis yang berasal dari asuransi penjamin lainnya yang dimiliki Tertanggung, maka Penanggung hanya akan membayarkan selisih antara jumlah Manfaat Asuransi dimaksud yang timbul dan jumlah yang dibayarkan oleh asuransi penjamin pertama tersebut dengan ketentuan tidak melebihi Batas Manfaat Tahunan.
- VIII. Untuk pengajuan klaim secara *Reimbursement* dalam rangka koordinasi manfaat yaitu khusus untuk manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis, pengajuan klaim dan dokumen klaim harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal Surat Koordinasi atau tanggal yang tertera di dokumen bukti pembayaran klaim dari asuransi penjamin pertama.
- IX. Keterlambatan pengajuan klaim dan dokumen klaim dalam periode waktu sebagaimana dimaksud dalam pada butir nomor 6 dan 8 ketentuan klaim ini akan mengakibatkan klaim tidak dapat dibayarkan.
- X. Dokumen klaim yang dapat diterima hanyalah dokumen dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris. Apabila dokumen yang diterima diluar dari bahasa Indonesia atau bahasa Inggris, maka Penanggung berhak untuk tidak melanjutkan proses klaim. Adapun itu, Pemegang Polis atau Pihak Yang Mengajukan Klaim wajib melakukan penerjemahan ke dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris, dan penerjemahan tersebut harus dilakukan oleh penerjemah di bawah sumpah, atas biaya Pemegang Polis.
- XI. Penanggung berhak untuk mengadakan penyelidikan atas sebab-sebab peristiwa yang dipertanggungkan serta berhak meminta dokumen lain selain yang disebutkan pada romawi II, III, IV, dan V ketentuan prosedur klaim ini, yang dianggap perlu menurut Penanggung dalam mengambil keputusan klaim sesuai dengan jenis klaim dari Tertanggung. Dokumen lain tersebut harus:
- a. Relevan dengan pertanggungkan,
 - b. Wajar dalam proses penyelesaian klaim, dan
 - c. 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.
- XII. Pembayaran Manfaat Asuransi akan mengacu pada ketentuan sebagai berikut:
- a. Untuk Manfaat Asuransi selain Santunan Kematian
Apabila pada saat dilakukan penyelidikan klaim, Penanggung menemukan bahwa penyebab terjadinya peristiwa yang dipertanggungkan termasuk dalam Pengecualian, maka Penanggung berhak menolak klaim dengan disertai alasan penolakan secara tertulis kepada Pemegang Polis atau Pihak Yang Mengajukan Klaim.
Sedangkan, jika pada saat penyelidikan klaim, Penanggung menemukan bahwa terdapat pemalsuan dalam informasi, dokumen, atau keterangan yang diberikan kepada Penanggung sehubungan dengan klaim (*fraud klaim*), maka Penanggung berhak untuk mengakhiri Polis dan tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi serta tidak akan melakukan pengembalian Premi kepada Pemegang Polis atau Pihak Yang Mengajukan Klaim.

b. Untuk Manfaat Asuransi Santunan Kematian

Apabila pada saat dilakukan penyelidikan klaim, Penanggung menemukan bahwa penyebab terjadinya peristiwa yang dipertanggungjawabkan termasuk dalam Pengecualian, maka Penanggung berhak menolak klaim dengan disertai alasan penolakan secara tertulis kepada Pemegang Polis atau Pihak Yang Mengajukan Klaim serta selanjutnya Polis berakhir.

Sedangkan, jika pada saat penyelidikan klaim, Penanggung menemukan bahwa terdapat pemalsuan dalam informasi, dokumen, atau keterangan yang diberikan kepada Penanggung sehubungan dengan klaim (*fraud klaim*), maka Penanggung berhak untuk mengakhiri Polis dan tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi serta tidak akan melakukan pengembalian Premi kepada Pemegang Polis atau Pihak Yang Mengajukan Klaim.

XIII. Bila disetujui, klaim akan dibayarkan ke rekening yang didaftarkan pada saat pengajuan klaim:

- a. Dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari kerja untuk klaim Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud pada manfaat kesehatan dan dalam waktu maksimal 10 (sepuluh) hari kerja untuk klaim Meninggal Dunia, dihitung dari tanggal dokumen pengajuan klaim diterima lengkap, jika tidak diperlukan investigasi, dan disetujui oleh Penanggung.
- b. Bila diperlukan investigasi, klaim akan dibayarkan setelah Penanggung melakukan investigasi dalam jangka waktu maksimal 60 (enam puluh) hari kalender 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.

Disclaimer

1. PT Asuransi Jiwa BCA berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).
2. Pemegang Polis wajib membaca dengan teliti dokumen Ringkasan Informasi Produk & Layanan Umum ini dan apabila calon Nasabah membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan produk ini, calon Nasabah dapat menghubungi layanan Nasabah BCA Life.
3. Terdapat syarat dan ketentuan yang berlaku atas produk asuransi ini. Apabila membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan produk BCA Life
4. Perlindungan Kesehatan Ultima, dapat menghubungi layanan Nasabah BCA Life.
BCA Life dapat menolak permohonan Pengajuan Asuransi calon Pemegang Polis apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
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 BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima. Ringkasan Informasi Produk & Layanan Umum ini adalah hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk asuransi dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat.
7. Produk asuransi ini telah dilaporkan dan/atau memperoleh surat persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.