



BCAlife
senantiasa melindungi anda

**RINGKASAN INFORMASI PRODUK
& LAYANAN UMUM**

BCA Life Proteksi Kesehatan (BCA Life ProKes)

Deskripsi Produk

Produk asuransi kesehatan yang memberikan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU), manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis, manfaat Meninggal Dunia, Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan serta dilengkapi dengan manfaat *no claim* bonus.

Jenis Produk Asuransi Kesehatan

Mata Uang Rupiah (Rp)

Fitur Utama Asuransi Jiwa

Usia Masuk Tertanggung

- 6 (enam) bulan—55 (lima puluh lima) tahun

Masa Pembayaran Premi

- Mengikuti Masa Pertanggungan

Masa Pertanggungan

- 1 (satu) tahun & akan diperpanjang hingga 9 (sembilan) tahun secara otomatis pada saat ulang Tahun Polis, sepanjang Premi dibayarkan sesuai ketentuan Polis

Premi*)

- Mulai dari Rp 256.000,- / bulan

Frekuensi Pembayaran Premi

- Bulanan atau tahunan

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

Manfaat Asuransi

1. Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit

Penanggung akan membayarkan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap kepada Pemegang Polis, apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap yang disebabkan oleh Penyakit dan/ atau Cedera Tubuh per hari kalender dalam Masa Pertanggungan, dengan maksimal 200 (dua ratus) hari kalender per Tahun Polis. Santunan Tunai Harian ini tidak berlaku untuk manfaat Tindakan Bedah Rawat Jalan.

2. Manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU)

Penanggung akan membayarkan manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU) kepada Pemegang Polis, apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif (ICU) yang disebabkan oleh Penyakit dan/ atau Cedera Tubuh per hari kalender dalam Masa Pertanggungan, dengan maksimal 30 (tiga puluh) hari kalender per Tahun Polis, yang termasuk dalam total hari dari manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam poin 1.

3. Manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis

Penanggung akan membayarkan manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis kepada Pemegang Polis, apabila Tertanggung memerlukan Rawat Inap atau Tindakan Bedah di Rumah Sakit, sesuai kuitansi yang diterbitkan Rumah Sakit dengan ketentuan sebagaimana dicantumkan dalam poin 3.1 dan 3.2. Manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis ini tidak mencakup penggantian untuk biaya kamar perawatan Rumah Sakit.

3.1. Manfaat Tindakan Bedah

Penanggung akan membayarkan manfaat Tindakan Bedah kepada Pemegang Polis sesuai kuitansi yang diterbitkan Rumah Sakit dengan batas maksimum manfaat Tindakan Bedah per Tahun Polis apabila Tertanggung menjalani Tindakan Bedah baik dengan Rawat Inap maupun Tindakan Bedah Rawat Jalan yang disebabkan oleh Penyakit dan/atau Cedera Tubuh.

3.2. Manfaat Biaya Medis

Penanggung akan membayarkan Biaya Medis sesuai kuitansi yang diterbitkan Rumah Sakit dengan batas maksimum per Tahun Polis apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap yang disebabkan oleh Penyakit dan/atau Cedera Tubuh, yang terdiri dari:

3.2.1. Penggantian biaya kunjungan Dokter

Penanggung akan membayarkan penggantian biaya kunjungan Dokter, baik Dokter umum maupun Dokter spesialis yang dilakukan selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit, maksimum 1 (satu) x kunjungan Dokter umum per hari dan 1 (satu) x kunjungan Dokter spesialis per hari.

3.2.2. Penggantian biaya aneka perawatan Rumah Sakit

Penanggung akan membayarkan penggantian biaya aneka perawatan Rumah Sakit yang timbul selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit.

3.2.3. Penggantian biaya layanan Ambulans

Penanggung akan membayarkan penggantian biaya layanan Ambulans yang digunakan oleh Tertanggung akibat Penyakit dan/atau Cedera Tubuh yang mengakibatkan Tertanggung menjalani Rawat Inap.

4. Manfaat Meninggal Dunia

4.1. Meninggal Dunia akibat Kecelakaan

Penanggung akan membayarkan manfaat Meninggal Dunia akibat Kecelakaan sebesar 200% (dua ratus persen) dari Premi yang telah dibayarkan selama Masa Pembayaran Premi, baik ada maupun tidak ada klaim atas Manfaat Asuransi lainnya apabila Tertanggung Meninggal Dunia akibat Kecelakaan dalam Masa Pertanggungan dan selanjutnya Polis akan berakhir.

4.2. Meninggal Dunia bukan akibat Kecelakaan

Penanggung akan membayarkan manfaat Meninggal Dunia bukan akibat Kecelakaan sebesar 100% (seratus persen) dari Premi yang telah dibayarkan selama Masa Pembayaran Premi, baik ada maupun tidak ada klaim atas Manfaat Asuransi lainnya apabila Tertanggung Meninggal Dunia bukan akibat Kecelakaan dalam Masa Pertanggungan dan selanjutnya Polis akan berakhir.

5. Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan

Penanggung akan membayarkan Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan sesuai kuitansi yang diberikan oleh Rumah Sakit, Laboratorium atau klinik penyedia layanan pemeriksaan kesehatan dengan batas maksimum Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan per Tahun Polis sesuai dengan yang tercantum dalam Data Polis.

6. Manfaat No Claim Bonus

6.1. Penanggung akan membayarkan manfaat *no claim bonus* kepada Pemegang Polis dengan ketentuan sebagai berikut:

Akhir Tahun Polis Ke-	Manfaat No Claim Bonus
3	25% total Premi yang dibayarkan di Tahun Polis ke- 1 s.d. 3
6	25% total Premi yang dibayarkan di Tahun Polis ke- 4 s.d. 6
9	25% total Premi yang dibayarkan di Tahun Polis ke- 7 s.d. 9

6.2. Ketentuan untuk mendapatkan manfaat *no claim bonus* adalah sebagai berikut:

- Polis masih aktif;
- Tertanggung masih hidup sampai dengan akhir Tahun Polis ke-3 (tiga) dan kelipatannya ("Periode 3 Tahunan");
- Pemegang Polis membayar penuh Premi selama 36 (tiga puluh enam) bulan (untuk frekuensi pembayaran Premi bulanan) atau 3 (tiga) tahun (untuk frekuensi pembayaran Premi tahunan);
- Tidak ada klaim atas Manfaat Asuransi yang telah disetujui oleh Penanggung sebelum akhirnya masing-masing Periode 3 Tahunan, kecuali Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan.

- 6.3. Penanggung akan memastikan apakah Pemegang Polis memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam butir i, ii, iii, dan iv tersebut di atas dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah akhir Tahun Polis ke-3 (tiga), 6 (enam), dan 9 (sembilan). Pembayaran *no claim bonus* akan dilakukan secara otomatis ke sumber pendebitan Premi Pemegang Polis dalam waktu 6 (enam) hari kerja setelah Penanggung memastikan bahwa Pemegang Polis telah memenuhi ketentuan untuk memperoleh *no claim bonus*.
- 6.4. Apabila setelah Pemegang Polis memperoleh pembayaran atas *no claim bonus*, Pemegang Polis kemudian mengajukan klaim atas Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud pada ayat 1, 2, 3, dan 4 poin ini, sehubungan dengan Perawatan Medis atau meninggalnya Tertanggung terjadi selama Periode 3 Tahunan untuk periode mana Pemegang Polis telah memperoleh pembayaran *no claim bonus* dan jika tanggal Perawatan Medis atau Tertanggung Meninggal Dunia tersebut terjadi sebelum:
 - 6.4.1. Akhir Tahun Polis ke-3 (tiga), maka Pemegang Polis tidak berhak atas *no claim bonus* pada periode Tahun Polis ke-6 (enam).
 - 6.4.2. Akhir Tahun Polis ke-6 (enam), maka Pemegang Polis tidak berhak atas *no claim bonus* pada periode Tahun Polis ke-9 (sembilan);
 - 6.4.3. Akhir Tahun Polis ke-9 (sembilan), maka berlaku ketentuan sebagai berikut:
 - i. jumlah klaim lebih besar dibandingkan manfaat *no claim bonus* yang telah diterima oleh Pemegang Polis, maka Penanggung hanya akan memberikan pembayaran atas klaim tersebut sebesar selisih antara total klaim dikurangi dengan manfaat *no claim bonus* yang telah dibayarkan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis.
 - ii. jumlah klaim lebih kecil dibandingkan manfaat *no claim bonus* yang telah diterima oleh Pemegang Polis, maka Pemegang Polis hanya berhak atas manfaat *no claim bonus* yang telah dibayarkan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis.
7. Untuk seluruh Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud dalam poin 1, 2, dan 3 akan dibayarkan dengan tidak melebihi Batas Manfaat Tahunan.
8. Setiap Tertanggung hanya dapat dipertanggung dalam 1 (satu) Polis BCA Life Proteksi Kesehatan (BCA Life ProKes). Apabila karena satu dan lain hal, Tertanggung mempunyai lebih dari 1 (satu) Polis untuk produk ini, maka jika terjadi klaim atau jika diketahui bahwa Tertanggung mempunyai lebih dari 1 (satu) Polis BCA Life Proteksi Kesehatan (BCA Life ProKes), Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi dari Polis dengan Tanggal Mulai Asuransi paling awal. Pertanggung atas Polis lainnya dinyatakan tidak berlaku sejak Tanggal Mulai Asuransi dan Penanggung akan mengembalikan seluruh Premi yang telah diterima atas Polis tersebut.

Risiko

- | | |
|--|--|
| <p>1 Klaim ditolak karena Tertanggung Meninggal Dunia disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan dari pertanggung.</p> | <p>2 Pembatalan sepihak/ditutup oleh Penanggung akibat Premi tidak dibayarkan sampai dengan Masa Tenggang (<i>Grace Period</i>) berakhir.</p> |
|--|--|

Biaya

Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya akuisisi, Telemarketing, pemeliharaan Polis, serta biaya komisi kepada Bank.

Ketentuan Underwriting

Simple Issued Offering (SIO) dengan 3 (tiga) pertanyaan Kesehatan:

1. Apakah Anda pernah atau sedang menderita atau didiagnosa kanker, serangan jantung, penyakit jantung, stroke, gagal ginjal, diabetes, gangguan otak atau system saraf, kondisi terkait HIV atau AIDS, Hipertensi, Hepatitis B, Hepatitis C? **(Ya/Tidak)**
2. Apakah Anda pernah atau sedang didiagnosis, melakukan pengobatan rutin atau memerlukan kunjungan dokter secara berkala atau saat ini sedang dirawat di Rumah Sakit untuk kondisi medis apapun atau sedang menunggu untuk menjalani segala bentuk pemeriksaan atau tes medis? **(Ya/Tidak)**
3. Apakah Anda pernah dirawat di Rumah Sakit selama lebih dari 5 (lima) hari berturut-turut untuk Penyakit atau kelainan apapun (selain kecelakaan, diare, demam, flu, tifus, demam berdarah, keracunan makanan, penyakit kaki tangan dan mulut, cacar air, zika malaria atau chikungunya)? **(Ya/Tidak)**

Masa Tunggu (*Waiting Period*)

1. Tidak ada Masa Tunggu (*Waiting Period*) untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU), manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis akibat Kecelakaan, serta Meninggal Dunia baik akibat Kecelakaan maupun bukan akibat Kecelakaan.
2. Masa Tunggu (*Waiting Period*) selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal Mulai Asuransi untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU), manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis bukan akibat Kecelakaan.
3. Masa Tunggu (*Waiting Period*) selama 12 (dua belas) bulan sejak Tanggal Mulai Asuransi untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU), manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis untuk Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-existing Condition*).
4. Masa Tunggu (*Waiting Period*) selama 12 (dua belas) bulan sejak Tanggal Mulai Asuransi untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU), manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis karena Penyakit berikut:
 - i. Tuberculosis (TBC), asma, hipertensi, epilepsi;
 - ii. Diabetes mellitus, radang/batu pada system kantung empedu, radang/batu pada sistem saluran kemih;
 - iii. Wasir, fistula, usus buntu, semua jenis hernia;
 - iv. Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk namun tidak terbatas pada varikokel, endometriosis, fibroid/miom di rahim;
 - v. Tonsil, kelainan tiroid;
 - vi. Kelainan pada sekat rongga hidung yang memerlukan pembedahan, sinusitis, katarak;
 - vii. Kanker dan/atau segala jenis tumor; atau
 - viii. Penyakit pembuluh darah otak, Penyakit jantung dan Pembuluh darah (kardiovaskuler).

Ketentuan ini hanya berlaku untuk Penyakit/gejala yang muncul setelah Tanggal Mulai Asuransi.
5. Masa Tunggu (*Waiting Period*) selama 12 (dua belas) bulan sejak Tanggal Mulai Asuransi untuk klaim Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan.

Pengecualian

Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, Manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU), Manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis tidak akan dibayarkan dalam hal terpenuhinya atau terkaitnya pada satu atau lebih kondisi berikut ini:

1. Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (tidak termasuk diare, demam, flu, tifus, demam berdarah, keracunan makanan, Penyakit tangan dan mulut, cacar air, zika, malaria atau chikungunya) kecuali telah melewati masa 12 (dua belas) bulan sejak Tanggal Mulai Asuransi.

2. Untuk Penyakit berikut:
 - i. Tuberculosis (TBC), asma, hipertensi, epilepsi;
 - ii. Diabetes mellitus, radang /batu pada system kantung empedu, radang/batu pada sistem saluran kemih;
 - iii. Wasir, fistula, usus buntu, semua jenis hernia;
 - iv. Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk namun tidak terbatas pada varikokel, endometriosis, fibroid/miom di rahim;
 - v. Tonsil, kelainan tiroid;
 - vi. Kelainan pada sekat rongga hidung yang memerlukan pembedahan, sinusitis, katarak;
 - vii. Kanker dan/atau segala jenis tumor; atau
 - viii. Penyakit pembuluh darah otak, Penyakit jantung dan Pembuluh darah (kardiovaskuler); dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Mulai Asuransi.
3. Bunuh diri, percobaan bunuh diri atau kesengajaan melukai diri sendiri baik dalam keadaan waras atau tidak waras atau Cedera Tubuh yang diderita atau Rawat Inap sebagai akibat dari kesengajaan yang dilakukan atau disertai atau dibantu atau dibujuk (disuruh lakukan) oleh mereka yang berkepentingan dalam asuransi ini.
4. Keterlibatan Tertanggung dalam penyalahgunaan obat-obatan atau saat berada di bawah pengaruh alkohol yang tidak diresepkan oleh Dokter;
5. 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;
6. Pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis/alasan rehabilitasi Rawat Inap tanpa anjuran Dokter, pencegahan (termasuk pencegahan Penyakit) termasuk imunisasi. Vaksinasi dan komplikasinya, biaya istirahat, biaya telekomunikasi, perawatan paliatif; pengobatan yang berkaitan dengan penglihatan/refraksi kedua mata atau pengobatan eksplorasi atau eksperimental atau prosedur efektif lainnya, termasuk pengobatan dan/atau teknologi/prosedur medis yang tidak konvensional, yang belum terbukti efektif, berdasarkan praktik medis yang terbukti, dan yang belum disetujui oleh badan yang diakui di Indonesia;
7. Bedah plastik atau kosmetik, donasi organ dan jaringan, semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan atau bedah gigi termasuk bedah mulut, gusi atau struktur pendukung gigi langsung dan obat-obatan terkait kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan;
8. Pengobatan dan/atau Tindakan/pembedahan yang berkaitan dengan kehamilan atau upaya untuk hamil, termasuk persalinan, diagnosis dan pengobatan infertilitas (ketidaksuburan), keguguran, aborsi, sterilisasi (vasektomi/MOP dan tubektomi/MOW) dan kontrasepsi, metode pengendalian kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, termasuk segala komplikasi yang terjadi karenanya;
9. Pengobatan 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; atau
12. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau komplikasi yang berhubungan dengan keduanya; atau
13. Penyakit menular seksual atau penyimpangan seksual; atau
14. Gangguan jiwa atau psikiatri (termasuk neurosis, psikosomatik, psikosis) atau pengobatan yang dilakukan oleh psikolog/ psikiater; atau
15. Perang (dideklarasikan atau tidak), invasi oleh negara lain, operasi permusuhan atau seperti perang (dinyatakan atau tidak), pemberontakan, keributan atau huru-hara, kudeta, perlawanan, revolusi, militer atau angkatan bersenjata, atau partisipasi dalam aksi/kegiatan militer; atau
16. Sakit atau Cedera Tubuh akibat reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasi;
17. Kelainan bawaan;
18. Pemeriksaan fisik secara berkala, pemeriksaan kesehatan (medical check up) atau pemeriksaan kesehatan lainnya yang tidak ada indikasi obyektif adanya gangguan Kesehatan;
19. Cacat atau Penyakit yang disebabkan oleh keterlibatan dalam olahraga profesional, balap jenis apapun, menyelam, penerbangan udara, (termasuk bungee jumping, hang gliding, balon udara, dan terjun payung) kecuali sebagai penumpang resmi atau awak pesawat berlisensi maskapai penerbangan, dan beroperasi di rute penerbangan rutin, atau aktivitas atau olahraga berbahaya kecuali yang disetujui dengan pengesahan khusus,
20. Biaya untuk pengobatan penyembuhan serta perawatan pribadi di rumah, pengobatan alami atau sejenisnya yang bertujuan untuk istirahat,
21. Rawat inap yang tujuan utamanya adalah untuk karantina atau isolasi karena Penyakit menular yang tidak memerlukan Perawatan Medis.

Tertanggung Meninggal Dunia secara langsung ataupun tidak langsung, baik seluruhnya maupun sebagian disebabkan karena:

1. Bunuh diri, percobaan bunuh diri, kesengajaan melukai diri sendiri, atau usaha sejenisnya yang dilakukan atau disertai atau dibantu oleh orang lain/pihak yang berkepentingan dalam asuransi ini baik dalam keadaan waras atau tidak waras, yang dibuktikan berdasarkan keterangan dari pihak yang berwenang dan/atau Dokter yang menangani Tertanggung apabila terjadi dalam waktu 2 (dua) tahun sejak Tanggal Mulai Asuransi.
2. Keikutsertaan Tertanggung dalam pemogokan, kerusuhan, huru-hara, pemberontakan, segala tindakan perang (baik dinyatakan atau tidak), tindakan kriminal, perbuatan kejahatan, tindakan terorisme, tindakan yang melawan hukum Negara di mana tindakan tersebut dilakukan, baik berperan aktif maupun tidak aktif.
3. Penggunaan obat terlarang atau alkohol kecuali jika terbukti bahwa obat atau alkohol tersebut digunakan atas petunjuk Dokter.
4. Terinfeksi oleh HIV/AIDS atau keadaan lainnya yang disebabkan oleh HIV/AIDS.
5. Untuk manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan selama tahun pertama 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

Usia Masuk Pemegang Polis

- Minimum : 21 tahun
- Maksimum : 55 tahun

Usia Masuk Tertanggung

- Anak : 6 bulan
- Dewasa : 55 tahun

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

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

1 (satu) Polis hanya untuk 1 (satu) Tertanggung.

Kepesertaan dalam produk asuransi ini ditawarkan melalui metode Telemarketing dan pembicaraan direkam melalui Voice Recording System yang dijadikan bukti keikutsertaan atas produk asuransi ini.

Contact Center HALO BCA 1 500 888
(06.00 - 22.00 WIB)

Email customer@bcalife.co.id

Telp (021) 21 888 000

Situs www.bcalife.co.id

Surat
PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life)
Chase Plaza Lt. 22
Jl. Jend. Sudirman Kav. 21
Jakarta Selatan 12920

Jam Operasional
Kantor Pusat BCA Life
Senin – Jumat, 08.30 – 17.30 WIB

Simulasi



Nama Tertanggung Bapak A
Jenis Kelamin Pria
Usia 30 tahun

Plan yang dipilih Plan B
Frekuensi Pembayaran Premi Bulanan
Premi (Tahun polis pertama) Rp361.500,-

Manfaat Asuransi yang didapatkan oleh Bapak A sebagai berikut:

Jenis Manfaat	Plan B
Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit per hari (maksimum 200 (dua ratus) hari per tahun Polis)	Rp500.000
Manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU) per hari (maksimum 30 (tiga puluh) hari per tahun Polis yang termasuk dalam maksimum hari Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit)	Rp1.000.000
Manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis	
Manfaat Tindakan Bedah (per tahun Polis)	Sesuai tagihan dengan total maksimum Rp25.000.000
Manfaat Biaya Medis	
<ul style="list-style-type: none"> • Penggantian biaya kunjungan Dokter (maksimum 1 (satu) x kunjungan Dokter umum per hari dan 1 (satu) x kunjungan Dokter spesialis per hari) • Penggantian biaya aneka perawatan Rumah Sakit • Penggantian biaya layanan Ambulans 	Sesuai Tagihan
Batas Manfaat Tahunan	Rp100.000.000
Manfaat Meninggal Dunia akibat Kecelakaan	200% (dua ratus persen) dari Premi yang telah dibayarkan
Manfaat Meninggal Dunia bukan akibat Kecelakaan	100% (seratus persen) dari Premi yang telah dibayarkan
Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan (per Tahun Polis)	Rp250.000
Manfaat <i>no claim bonus</i> *	Pengembalian 25% (dua puluh lima persen) dari Premi yang telah dibayarkan setiap 3 (tiga) tahun

*) Sesuai dengan syarat dan ketentuan yang diatur dalam Polis

Ilustrasi

Ilustrasi 1



Pada tahun Polis pertama hingga tahun Polis ketiga, tidak ada klaim atas perawatan Rumah Sakit yang dibayarkan (manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif, manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis, serta manfaat Meninggal Dunia). Dengan demikian, manfaat no claim bonus dibayarkan ke Bapak A pada akhir tahun Polis ke-3 (tiga) yaitu sebesar 25% dari Premi yang telah dibayarkan Bapak A.

Pada tahun Polis keempat, Bapak A menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit akibat sakit Typhus selama 5 (lima) hari. Total tagihan Rumah Sakit sebagai berikut:

	Tagihan Rumah Sakit
Biaya Kamar perawatan	Rp1.000.000 x 5 hari = Rp5.000.000
Biaya Kunjungan Dokter	Rp2.500.000
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	Rp10.000.000
Total	Rp17.500.000

Manfaat Asuransi yang dibayarkan oleh BCA Life kepada Bapak A adalah sebesar:

- Manfaat Santunan Tunai Harian Rumah Sakit = Rp500.000 x 5 hari = Rp2.500.000
- Manfaat Biaya Medis = Rp12.500.000
(Kunjungan Dokter & Aneka Perawatan Rumah Sakit)

Total Manfaat Asuransi yang dapat dibayarkan adalah Rp15.000.000.

Selisih biaya kamar perawatan yang tidak ditanggung oleh produk BCA Life Proteksi Kesehatan (BCA Life ProKes) yaitu sebesar Rp2.500.000 wajib dibayarkan langsung oleh Bapak A ke Rumah Sakit.

Dengan demikian, sisa Batas Manfaat Tahunan pada tahun Polis keempat adalah sebesar Rp100.000.000 dikurangi dengan Rp15.000.000 yaitu Rp85.000.000. Dikarenakan adanya klaim yang dilakukan pada tahun Polis keempat, maka tidak ada pembayaran manfaat no claim bonus yang dibayarkan pada akhir tahun Polis ke-6 (enam).

Pada tahun Polis ketujuh, Bapak A menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit akibat Kecelakaan selama 10 (sepuluh) hari di kamar perawatan dan 5 (lima) hari di ruang ICU. Total tagihan Rumah Sakit sebagai berikut:

	Tagihan Rumah Sakit
Biaya Kamar perawatan	Rp500.000 x 10 hari = Rp5.000.000
Biaya Kamar ICU	Rp1.000.000 x 5 hari = Rp5.000.000
Biaya Tindakan Bedah	Rp20.000.000
Biaya Kunjungan Dokter	Rp25.000.000
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	Rp30.000.000
Total	Rp85.000.000

Bapak A telah mengajukan klaim asuransi pertama pada produk asuransi kesehatan lainnya yang dimiliki Bapak A, dimana Manfaat Asuransi yang dibayarkan dari produk asuransi kesehatan lainnya sebagai berikut:

	Tagihan Rumah Sakit	Klaim pertama produk lainnya yang dibayarkan ke Bapak A
Biaya Kamar perawatan	Rp500.000 x 10 hari = Rp5.000.000	Rp5.000.000
Biaya Kamar ICU	Rp1.000.000 x 5 hari = Rp5.000.000	Rp5.000.000
Biaya Tindakan Bedah	Rp20.000.000	Rp10.000.000
Biaya Kunjungan Dokter	Rp25.000.000	Rp15.000.000
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	Rp30.000.000	Rp15.000.000
Total	Rp85.000.000	Rp50.000.000

Manfaat Asuransi yang dapat dibayarkan oleh BCA Life kepada Bapak A adalah sebesar:

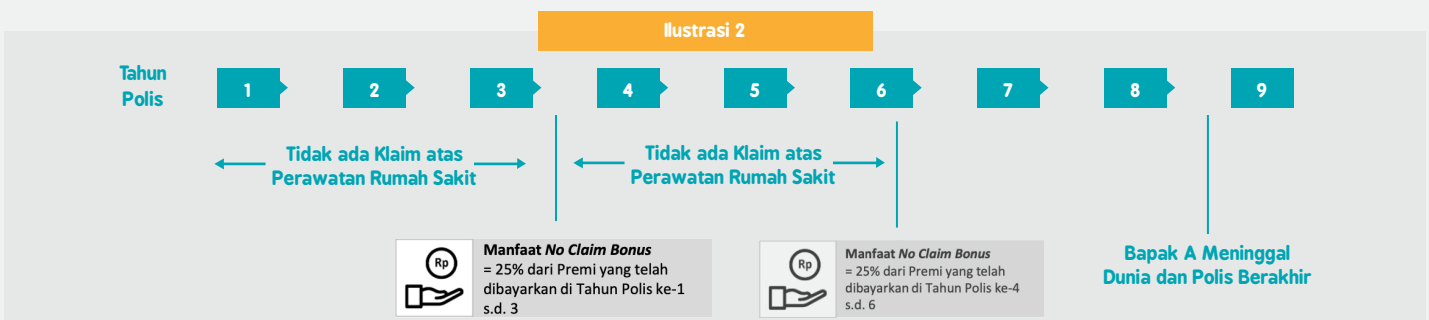
- Manfaat Santunan Tunai Harian Rumah Sakit = Rp500.000 x 10 hari = Rp5.000.000
- Manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif = Rp1.000.000 x 5 hari = Rp5.000.000
- Manfaat Tindakan Bedah = Rp20.000.000 – Rp10.000.000* = Rp10.000.000
- Biaya Medis
 - Biaya kunjungan Dokter = Rp25.000.000 – Rp15.000.000* = Rp10.000.000
 - Biaya aneka perawatan Rumah Sakit = Rp30.000.000 – Rp15.000.000* = Rp15.000.000

*) Dikurangi dengan klaim pertama produk lainnya yang telah dibayarkan ke Bapak A

Total Manfaat Asuransi yang dapat dibayarkan adalah Rp45.000.000.

Dengan demikian, sisa Batas Manfaat Tahunan pada tahun Polis ketujuh adalah sebesar Rp100.000.000 dikurangi dengan Rp45.000.000 yaitu Rp55.000.000.

Kemudian, Bapak A meninggal dunia bukan akibat Kecelakaan pada tahun Polis ke-8 (delapan). Manfaat Asuransi yang dibayarkan oleh BCA Life adalah sebesar 100% Premi yang telah dibayarkan oleh Bapak A dan selanjutnya Polis berakhir.



Pada tahun Polis pertama hingga tahun Polis keenam, tidak ada klaim atas perawatan Rumah Sakit yang dibayarkan (manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif, manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis, serta manfaat Meninggal Dunia). Dengan demikian, manfaat *no claim bonus* dibayarkan ke Bapak A pada akhir tahun Polis ke-3 (tiga) dan 6 (enam).

Kemudian Bapak A meninggal dunia bukan akibat Kecelakaan pada akhir Tahun Polis ke-9.

Apabila BCA Life telah membayarkan manfaat *no claim bonus* pada akhir Tahun Polis ke-9 sebelum adanya pengajuan klaim meninggal dunia yang terjadi pada Bapak A, maka manfaat Meninggal Dunia bukan akibat Kecelakaan yang dibayarkan kepada Penerima Manfaat Bapak A adalah sebesar 100% dari Premi yang telah dibayarkan selama Masa Pembayaran Premi dikurangi dengan manfaat *no claim bonus* yang telah dibayarkan pada akhir Tahun Polis ke-9.

Informasi Tambahan

1 Definisi-definisi Penting:

- a. **Penanggung** adalah PT. Asuransi Jiwa BCA (BCA Life).
- b. **Pemegang Polis** adalah Pihak yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung, sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
- c. **Tertanggung** adalah Orang yang mempunyai keterikatan asuransi atau mempunyai Kepentingan Yang Dipertanggungkan (*Insurable Interest*) dengan Pemegang Polis dan atas jiwanya diadakan pertanggungan asuransi berdasarkan Pengajuan Asuransi dan namanya tercantum dalam Data Polis asuransi.
- d. **Penerima Manfaat** adalah Orang atau badan hukum yang ditunjuk oleh Pemegang Polis sebagai pihak yang berhak atas Manfaat Asuransi yang namanya tercantum dalam Data Polis Asuransi dan sepanjang penunjukan tersebut mempunyai Kepentingan Yang Dipertanggungkan (*Insurable Interest*) dan/atau sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku di Negara Republik Indonesia.
- e. **Masa Tenggang (Grace Period)** adalah Tenggang waktu yang diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis untuk membayar Premi yang telah jatuh tempo di mana dalam tenggang waktu ini pertanggungan masih berlaku, yaitu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi.
- f. **Masa Pemahaman Polis (Free Look Period)** adalah Jangka waktu yang diberikan kepada Pemegang Polis untuk mempelajari, memahami dan memastikan bahwa isi dari Data Polis maupun Polis yang diterbitkan tersebut sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Pemegang Polis, yaitu 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal Polis diterima.
- g. **Masa Tunggu (Waiting Period)** adalah Jangka waktu tertentu yang ditetapkan dalam Polis di mana Manfaat Asuransi tidak dapat dibayarkan oleh Penanggung.
- h. **Batas Manfaat Tahunan** adalah Batas maksimum untuk total manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU), dan manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis yang dapat dibayarkan dalam 1 (satu) Tahun Polis sebagaimana dicantumkan dalam Data Polis.
- i. **Biaya Medis** adalah Biaya yang muncul atas adanya Perawatan Medis di Rumah Sakit yang mencakup biaya kunjungan Dokter, biaya layanan Ambulans dan biaya aneka perawatan Rumah Sakit selama Tertanggung menjalani Rawat Inap.
- j. **Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-Existing Condition)** adalah Setiap kondisi medis dan/atau kondisi tidak normal pada Tertanggung yang telah ada sebelum Tanggal Mulai Asuransi, dimana untuk kondisi tersebut Tertanggung:
 - sebagaimana seseorang pada umumnya secara wajar akan berusaha untuk mendapatkan suatu diagnosa atau perawatan; atau
 - telah mengetahui dan menyadari; atau
 - telah mendapatkan diagnosa Dokter; atau
 - telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapatkan perawatan; atau
 - telah mendapatkan perawatan/pengobatan.Penyakit atau Cedera Tubuh tersebut tidak termasuk diare, demam, flu, tifus, demam berdarah, keracunan makanan, penyakit tangan dan mulut, cacar air, zika, malaria atau chikungunya.

2 Pembayaran Premi tahunan akan mendapatkan diskon sebesar 2 (dua) bulan Premi bulanan sehingga besarnya Premi tahunan adalah "10 (sepuluh) x Premi bulanan" selama Masa Pembayaran Premi.

3 Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit termasuk Unit Perawatan Intensif (ICU), manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis, dan manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan hanya berlaku di Indonesia. Untuk manfaat Meninggal Dunia berlaku di seluruh dunia.

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

- Tertanggung Meninggal Dunia; atau
- Telah mencapai Tanggal Berakhir Asuransi sebagaimana tercantum dalam Data Polis; atau
- Pemegang Polis mengajukan pembatalan Polis kepada Penanggung, atau
- Rekening Dana, yang merupakan sumber pennebetan Premi, ditutup dan tidak terdapat perubahan Rekening Dana sampai dengan berakhirnya Masa Tenggang (Grace Period); atau
- Seluruh Kartu Kredit, yang merupakan sumber pembebanan tagihan Premi, ditutup; atau
- Premi atas asuransi ini tidak dibayar sampai dengan berakhirnya Masa Tenggang (Grace Period); atau
- Penanggung melakukan pembatalan Polis dengan merujuk kepada ketentuan yang diatur dalam Polis.

5 Apabila terdapat atau terjadi perubahan selama Masa Pertanggungan pada manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Polis maka Penanggung wajib memberitahukan secara tertulis kepada alamat terkini Pemegang Polis yang tercatat pada Penanggung paling lambat 60 (enam puluh) hari kalender sebelum perubahan tersebut berlaku. Pemberitahuan perubahan tersebut merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis ini.

Prosedur Klaim

Apabila terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungjawabkan dalam Masa Pertanggungjawaban, maka Pihak Yang Mengajukan Klaim dapat mengajukan klaim kepada Penanggung dengan prosedur dan ketentuan klaim sebagai berikut:

- a. Klaim untuk Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit termasuk Unit Perawatan Intensif (ICU), manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis dapat menggunakan Fasilitas Cashless di Rumah Sakit Jaringan Provider, dengan prosedur klaim sebagai berikut:
 - Tertanggung wajib menunjukkan Kartu Peserta yang dimiliki dan kartu identitas diri.
 - Fasilitas Cashless dapat digunakan setelah Surat Jaminan Rawat Inap diterbitkan.
 - Penanggung berhak untuk tidak menerbitkan atau membatalkan Surat Jaminan Rawat Inap dan dalam hal tersebut maka Pihak Yang Mengajukan Klaim dapat mengajukan klaim melalui *Reimbursement*.
 - 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.
 - 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*.
 - Fasilitas *Cashless* tidak dapat digunakan apabila klaim Perawatan Medis di Rumah Sakit Jaringan Provider Masa Tenggang (*Grace Period*).
 - 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.
 - Pembayaran melalui Fasilitas *Cashless* tidak menghapus hak Penanggung menyanggah kebenaran Polis termasuk untuk melakukan investigasi atas klaim dan/atau melakukan proses seleksi ulang.
- b. Dokumen untuk klaim Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit termasuk Unit Perawatan Intensif (ICU), manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis secara *Reimbursement* adalah sebagai berikut:
 - Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim;
 - Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Dokter disertai stempel/cap Dokter;
 - Fotokopi KTP Pihak yang mengajukan Klaim;
 - Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku;
 - Asli kuitansi biaya Rumah Sakit dan rincian pelayanan kesehatan;
 - Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (jika ada);
 - Fotokopi buku tabungan, rekening koran atau dokumen lainnya yang dikeluarkan bank yang memuat informasi nomor rekening Pemegang Polis dimana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi;
 - Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggung selama dokumen tersebut:
 - Relevan dengan pertanggungjawaban;
 - Wajar dalam proses penyelesaian klaim;
 - Sesuai dengan ketentuan hukum yang berlakuYang 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.
- c. Dokumen untuk klaim Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit termasuk Unit Perawatan Intensif (ICU), manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis secara *Reimbursement* dalam rangka Koordinasi Manfaat adalah sebagai berikut:
 - Asli formulir klaim yang diterbitkan dari Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim;
 - Asli formulir klaim yang diterbitkan dari Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Dokter disertai stempel/cap Dokter;
 - Fotokopi KTP Pihak yang mengajukan Klaim;
 - Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku;
 - Surat Koordinasi atau dokumen bukti pembayaran klaim dari penyedia produk asuransi lainnya yang pertama kali diminta klaimnya beserta seluruh dokumen klaim pendukung;
 - Fotokopi kuitansi biaya Rumah Sakit dan rincian pelayanan kesehatan;
 - Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (jika ada);
 - Fotokopi buku tabungan, rekening koran atau dokumen lainnya yang dikeluarkan Bank yang memuat informasi nomor rekening Pemegang Polis dimana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi.
 - Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggung selama dokumen tersebut:
 - Relevan dengan pertanggungjawaban;
 - Wajar dalam proses penyelesaian klaim;
 - Sesuai dengan ketentuan hukum yang berlakuYang 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.
- d. Dokumen untuk klaim Meninggal Dunia adalah sebagai berikut:
 - Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim;
 - Asli formulir klaim yang diterbitkan dari Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Dokter disertai stempel/cap Dokter;
 - Fotokopi KTP Pihak yang mengajukan Klaim;
 - Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku;
 - Fotokopi bukti hubungan keluarga Penerima Manfaat dengan Tertanggung berupa Kartu Keluarga atau Akta Lahir atau Akta Nikah atau dokumen keahliwarisan;
 - Asli Polis asuransi atau Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian jika Polis asuransi hilang (hanya berlaku untuk Nasabah yang menghendaki pengiriman Polis secara fisik);
 - Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari instansi yang berwenang;
 - Asli atau fotokopi legalisir Akta Kematian dari Catatan Sipil;
 - Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kepolisian apabila Meninggal Dunia karena Kecelakaan;
 - 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;
 - Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggung selama dokumen tersebut:
 - Relevan dengan pertanggungjawaban;
 - Wajar dalam proses penyelesaian klaim;
 - Sesuai dengan ketentuan hukum yang berlakuYang 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.

- e. Dokumen untuk klaim Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan:
- Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim;
 - Fotokopi KTP Pihak yang mengajukan Klaim;
 - Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku;
 - Fotokopi hasil pemeriksaan kesehatan;
 - Asli kuitansi biaya Pemeriksaan Kesehatan dari Rumah Sakit / Laboratorium / Klinik;
 - Fotokopi buku tabungan, rekening koran atau dokumen lainnya yang dikeluarkan bank yang memuat informasi nomor rekening Pemegang Polis dimana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi;
 - Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggungselama dokumen tersebut:
 - Relevan dengan pertanggung;
 - Wajar dalam proses penyelesaian klaim;
 - 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.
- f. Pengajuan klaim secara *Reimbursement* harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak terjadi Peristiwa Yang Dipertanggung. 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 Dipertanggung.
- g. Apabila Tertanggung mendapatkan penggantian segala biaya perawatan atas Penyakit dan/atau Cedera Tubuh dari perusahaan asuransi lainnya termasuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) atau pihak lain yang memberikan pertanggung sejenis, dengan tetap memperhatikan pengecualian, maka:
- Untuk manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit dan manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU)
 Penanggung akan membayar klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit dan manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU) sesuai yang tercantum dalam Data Polis. Ketentuan pembayaran manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit dan Unit Perawatan Intensif (ICU).
 - Untuk manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis
 Penanggung hanya akan membayar klaim manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis setelah dikurangi jumlah total semua Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain atau pihak lain yang memberikan pertanggung sejenis tersebut, dengan ketentuan tidak melebihi Batas Manfaat Tahunan.
- h. 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.
- i. Keterlambatan pengajuan klaim dan dokumen klaim mengakibatkan klaim tidak dapat dibayarkan.
- j. Penanggung berhak untuk mengadakan penyelidikan atas sebab-sebab Peristiwa Yang Dipertanggung.
- k. Bila klaim disetujui, klaim akan dibayarkan ke rekening yang didaftarkan pada saat pengajuan klaim:
- Dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari kerja untuk klaim Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit termasuk Unit Perawatan Intensif (ICU), manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis, dan Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan 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.
 - Bila diperlukan investigasi, Penanggung akan melakukan proses investigasi dalam jangka waktu maksimum 60 (enam puluh) hari kalender sejak dokumen klaim diterima lengkap.
 - Dalam hal telah terdapat keputusan klaim dari Penanggung, dalam jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam poin sebelumnya, maka proses pembayaran Manfaat Asuransi akan dilakukan dalam jangka waktu 2 (dua) hari kerja sejak klaim tersebut disetujui oleh Penanggung.

Tabel Manfaat Asuransi





dalam Rupiah (Rp'000)



Jenis Manfaat	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit per hari (maksimum 200 (dua ratus) hari per Tahun Polis)	250	500	750	1.000
Manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU) per hari (maksimum 30 (tiga puluh) hari per Tahun Polis yang termasuk dalam maksimum hari Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit)	500	1.000	1.500	2.000
Manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis	Sesuai Tagihan dengan total maksimum:			
Manfaat Tindakan Bedah (per Tahun Polis)	12.500	25.000	37.500	50.000
Manfaat Biaya Medis	Sesuai Tagihan			
<ul style="list-style-type: none"> • Penggantian biaya kunjungan Dokter (maksimum 1 (satu) x kunjungan Dokter umum per hari dan 1 (satu) x kunjungan Dokter spesialis per hari) • Penggantian biaya aneka perawatan Rumah Sakit • Penggantian biaya layanan Ambulans 	Sesuai Tagihan			
Batas Manfaat Tahunan	50.000	100.000	150.000	200.000
Manfaat Meninggal Dunia akibat Kecelakaan	200% (dua ratus persen) dari Premi yang telah dibayarkan			
Manfaat Meninggal Dunia bukan akibat Kecelakaan	100% (seratus persen) dari Premi yang telah dibayarkan			
Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Tahunan (per Tahun Polis)	125	250	375	500
Manfaat <i>no claim bonus</i> *	Pengembalian 25% (dua puluh lima persen) dari Premi yang telah dibayarkan setiap 3 (tiga) tahun			

*) Sesuai dengan syarat dan ketentuan yang diatur dalam Polis

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. Definisi dan keterangan lebih lengkap, termasuk cara memperoleh informasi mengenai syarat dan ketentuan, dapat dipelajari pada Polis yang akan diterbitkan oleh BCA Life untuk Pemegang Polis jika pengajuan disetujui.
5. Penjelasan manfaat produk secara lengkap mengacu pada Ketentuan Umum dan Ketentuan Khusus Polis BCA Life Proteksi Kesehatan (BCA Life ProKes). Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini adalah hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat.
6. Produk asuransi ini adalah produk asuransi milik PT Asuransi Jiwa BCA ("BCA Life") serta bukan merupakan produk dan tanggung jawab PT Bank Central Asia Tbk ("BCA"). BCA hanya bertindak sebagai pihak yang menawarkan produk asuransi BCA Life. Produk ini tidak dijamin oleh BCA dan tidak termasuk dalam cakupan program penjaminan sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundang-undangan mengenai lembaga penjamin simpanan. Nasabah setuju bahwa segala permasalahan/perselisihan yang timbul sehubungan dengan produk asuransi akan diselesaikan oleh Nasabah dengan BCA Life selaku pemilik produk asuransi tanpa melibatkan BCA."
7. BCA tidak bertanggung jawab atas segala informasi serta materi yang dimuat dalam dokumen pemasaran atau penawaran dari produk asuransi ini berikut setiap perubahannya atau dokumen lain yang secara resmi disetujui dan /atau dikeluarkan oleh BCA Life.
8. Penggunaan logo dan/atau atribut BCA lainnya dalam dokumen pemasaran (marketing kit) atau penawaran (apabila ada) hanya bertujuan untuk menunjukkan adanya kerja sama pemasaran asuransi antara BCA dengan BCA Life.
9. Pemegang Polis wajib membaca dengan teliti dokumen Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan apabila calon Nasabah membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan produk ini, calon Nasabah dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life.
10. Terdapat syarat dan ketentuan yang berlaku atas produk ini.

 Contact Center : HALO BCA 1 500 888
 Email : customer@bcalife.co.id
 Telp : (021) 21 888 000
 Situs : www.bcalife.co.id

 Surat : PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life)
Chase Plaza Lt. 22
Jl. Jend. Sudirman Kav. 21
Jakarta Selatan 12920
 Jam Operasional : Kantor Pusat BCA Life
Senin – Jumat, 08.30 – 17.30 WIB