



**BCA**life  
*senantiasa melindungi anda*

**RINGKASAN INFORMASI PRODUK  
& LAYANAN UMUM**

**blu Health Protection**

## Deskripsi Produk

Produk asuransi Kesehatan yang memberikan Manfaat Asuransi berupa 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, dan manfaat Santunan Duka.

Jenis Produk Asuransi Kesehatan Mata Uang Rupiah (Rp)

## Fitur Utama Asuransi Kesehatan

### Usia Masuk Tertanggung

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

### Masa Pembayaran Premi

- Mengikuti Masa Pertanggungan

### Premi\*)

- Mulai dari Rp153.600 / bulan

### Masa Pertanggungan

- 1 (satu) tahun dan akan diperpanjang secara otomatis hingga pada saat ulang tahun Polis Tertanggung berusia 64 (enam puluh empat) tahun, sepanjang Pemegang Polis membayar Premi sesuai ketentuan Polis.

### 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 sesuai dengan yang tercantum dalam Data Polis, apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap yang disebabkan oleh Penyakit dan/ atau Cedera Tubuh per Hari dalam Masa Pertanggungan, dengan ketentuan:

- 1.1 Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit akan dibayarkan maksimal 200 (dua ratus) Hari per Tahun Polis untuk seluruh Penyakit dan/atau Cedera Tubuh.
- 1.2 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 sesuai dengan yang tercantum dalam Data Polis, apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif (ICU) yang disebabkan oleh Penyakit dan/ atau Cedera Tubuh per Hari dalam Masa Pertanggungan, dengan ketentuan:

- 2.1 Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU) akan dibayarkan maksimal 30 (tiga puluh) Hari per Tahun Polis, yang termasuk dalam total hari dari manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam poin 1.1.
- 2.2 Apabila jumlah hari untuk manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU) telah mencapai batasan 30 (tiga puluh) Hari per Tahun Polis sebagaimana dimaksud dalam poin 2.1 dan Tertanggung masih menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif (ICU), maka Penanggung akan membayarkan sesuai 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 sesuai dengan yang tercantum dalam Data Polis apabila Tertanggung menjalani Tindakan Bedah baik dengan Rawat Inap maupun Tindakan Bedah Rawat Jalan yang disebabkan oleh Penyakit dan/atau Cedera Tubuh, dengan ketentuan:

- i. Manfaat Tindakan Bedah merupakan manfaat yang dibayarkan atas biaya yang diperlukan untuk Tindakan Bedah yang mencakup biaya ahli bedah, asisten operator, ahli anesthesi, ruang bedah, ruang pemulihan, biaya perawatan pasca pembedahan yang masih dalam perawatan di Rumah Sakit (termasuk namun tidak terbatas pada pemantauan tekanan darah, pernapasan, suhu, denyut nadi), dan biaya lainnya (termasuk namun tidak terbatas pada peralatan bedah, peralatan medis lainnya, dan obat-obatan yang dilakukan sesuai prosedur umum dan berdasarkan standar kedokteran).
- ii. Dalam hal Tindakan Bedah dilakukan untuk tujuan transplantasi organ, maka Penanggung tidak membayarkan biaya untuk pembelian organ tersebut. Biaya-biaya yang muncul atas Perawatan Medis untuk pendonor organ tidak ditanggung dalam pertanggungan ini dan Penanggung tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi apapun untuk pendonor organ.

#### 3.2 Manfaat Biaya Medis

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

##### i. 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.

##### ii. 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. Penggantian biaya aneka perawatan Rumah Sakit mencakup biaya untuk obat-obatan yang diresepkan, perban, kain kasa, plester, jarum suntik, biaya diagnostik dan laboratorium, radioterapi, kemoterapi, cuci darah, fisioterapi, oksigen, alat infus, biaya transfusi darah atau plasma, biaya administrasi dan pajak yang dikenakan oleh Rumah Sakit untuk pelayanan yang diberikan dan biaya penunjang pemeriksaan yang diperlukan selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit.

##### iii. 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 Santunan Duka

Penanggung akan membayarkan manfaat santunan duka apabila Tertanggung Meninggal Dunia baik akibat Kecelakaan maupun bukan akibat Kecelakaan sebesar yang tercantum dalam Data Polis dalam Masa Pertanggung dan selanjutnya Polis akan berakhir.

- Untuk seluruh Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud dalam poin 1, 2, dan 3 akan dibayarkan oleh Penanggung dengan tidak melebihi Batas Manfaat Tahunan.
- Setiap Tertanggung hanya dapat dipertanggung dalam 1 (satu) Polis blu Health Protection. Apabila karena satu dan lain hal, Tertanggung mempunyai lebih dari 1 (satu) Polis untuk produk ini, maka jika terjadi klaim atau diketahui bahwa Tertanggung mempunyai lebih dari 1 (satu) Polis blu Health Protection, 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

- Klaim ditolak disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan dari pertanggung.
- Pembatalan sepihak/ditutup oleh Penanggung akibat Premi tidak dibayarkan sampai dengan Masa Tenggang (Grace Period) berakhir.
- Klaim ditolak disebabkan klaim yang tidak memenuhi ketentuan Masa Tunggu.

## Ketentuan Underwriting

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

- Apakah Anda saat ini perlu mengunjungi Dokter (selain karena flu atau batuk), atau menjalani atau sedang menunggu pemeriksaan medis (selain pemeriksaan kesehatan rutin), tindak lanjut, atau perawatan termasuk operasi? **(YA /TIDAK)**
- Pernahkah Anda dalam 3 tahun terakhir dirujuk atau mengunjungi Dokter spesialis atau menjalani Perawatan Medis (selain karena flu, batuk, Kecelakaan, atau fraktur ringan dan telah sepenuhnya sembuh) atau operasi, atau telah diresepkan obat selama lebih dari 7 Hari? **(YA /TIDAK)**
- Pernahkah Anda menderita atau mendapat informasi bahwa Anda menderita Penyakit berikut: kelainan darah, Penyakit/gangguan pembuluh darah, ginjal, hati, jantung, katup jantung, stroke atau mini-stroke, otak atau sistem saraf, sistem pernapasan, paru, diabetes mellitus, atau kadar gula darah abnormal, epilepsi, kanker, tumor, kista, pertumbuhan abnormal atau jenis benjolan apa pun, segala bentuk kecacatan, HIV atau AIDS? **(YA /TIDAK)**

## Biaya

Komponen Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis telah mencakup biaya Pemeliharaan Polis, serta biaya akuisisi (termasuk biaya komisi).

## Pengecualian (Exclusions)

**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:**

- 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 atau tanggal Pemulihan Polis (Reinstatement) mana yang paling akhir.
- Untuk Penyakit berikut:
  - Tuberculosis (TBC), asma, hipertensi, epilepsi;
  - Diabetes mellitus, radang/batu ada system kantung empedu, radang/batu pada system saluran kemih;
  - Wasir, fistula, usus buntu, semua jenis hernia;
  - Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk namun tidak terbatas pada varikokel, endometriosis, fibroid/miom di rahim;
  - Tonsil, kelainan tiroid;
  - Kelainan pada sekat rongga hidung yang memerlukan pembedahan, sinusitis, katarak;
  - Kanker dan/atau segala jenis tumor; atau
  - Penyakit pembuluh darah otak, Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler); dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Mulai Asuransi atau tanggal Pemulihan Polis (Reinstatement) mana yang paling akhir.
- 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.
- Keterlibatan Tertanggung dalam penyalahgunaan obat-obatan atau saat berada di bawah pengaruh alkohol yang tidak diresepkan oleh Dokter;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- Pengobatan dan/atau Tindakan/operasi untuk mengatasi obesitas, penurunan atau penambahan berat badan, bulimia, anoreksia nervosa; atau
- Pengobatan dan/atau pembedahan untuk mengubah jenis kelamin; atau
- Pengobatan terkait sunat termasuk segala komplikasinya; atau
- Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau komplikasi yang berhubungan dengan keduanya; atau
- Penyakit menular seksual atau penyimpangan seksual; atau
- 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, yang disebabkan baik seluruhnya maupun sebagian karena:**

1. Bunuh diri, percobaan bunuh diri, kesengajaan melukai diri sendiri, atau usaha sejenisnya yang dilakukan atau disertai atau dibantu atau dibujuk 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 dan manfaat santunan duka 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

- Minimal : 21 tahun
- Maksimal : 55 tahun

### Usia Masuk Tertanggung

- Minimal : 6 bulan
- Maksimal : 55 tahun

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

**Pemegang Polis** adalah Nasabah Rekening Dana BCA Digital (blu).

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

**Pemegang Polis** tidak harus menjadi Tertanggung terlebih dahulu.

Tertanggung dapat juga merupakan pasangan yang sah atau anak yang sah dari Pemegang Polis yang merujuk pada ketentuan hukum yang berlaku di Negara Republik Indonesia.

Segala pelaksanaan hak dan kewajiban atas asuransi ini antara Penanggung dan Tertanggung dilakukan melalui Pemegang Polis.

Anda dapat melakukan layanan Nasabah antara lain pembatalan Polis, pemulihan Polis, informasi status pengiriman Polis atau Endorsemen, perubahan metode pembayaran Premi, pengajuan klaim, termasuk pengaduan atau layanan Nasabah BCA Life melalui:

 <b>Contact Center</b>	HALO BCA 1 500 888 (06.00 - 22.00 WIB)
 <b>WhatsApp</b>	+62 817 0071 808
 <b>Email</b>	customer@bcalife.co.id
 <b>Walk In</b>	PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life) Chase Plaza Lt. 22 Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta Selatan 12920
 <b>Jam Operasional</b>	Senin – Jumat (08.30 – 17.30 WIB)
 <b>Situs / Web Chat</b>	www.bcalife.co.id
 <b>Aplikasi Layanan Polis</b>	NOW by BCA Life

### Penanganan Pengaduan dapat dilakukan melalui:

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

Bapak A

### Jenis Kelamin

Pria

### Tanggal Lahir

1 Januari 1994

### Usia

30 tahun

### Masa Pertanggungan

1 (satu) tahun dan akan diperpanjang secara otomatis hingga pada saat ulang tahun Polis Tertanggung berusia 64 (enam puluh empat) tahun, sepanjang Pemegang Polis membayar Premi sesuai ketentuan dalam Polis.

### Plan yang dipilih

Plan B

### Frekuensi Pembayaran Premi

Bulanan

### Premi

Rp206.600

### Tanggal Mulai Asuransi

1 Januari 2023

### Masa Pembayaran Premi

Selama Masa Pertanggungan

Manfaat Asuransi yang didapatkan sebagai berikut:

Jenis Manfaat	Plan B
Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit per hari (maksimum 200 hari per Tahun Polis)	Rp500.000,-
Manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU) per hari (maksimum 30 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	
1. Penggantian biaya kunjungan Dokter (maksimum 1x kunjungan Dokter Umum per hari dan 1x kunjungan Dokter Spesialis per hari)	Sesuai Tagihan
2. Penggantian biaya aneka perawatan Rumah Sakit	
3. Penggantian biaya layanan Ambulans	
Batas Manfaat Tahunan	Rp100.000.000,-
Manfaat Meninggal Dunia akibat Kecelakaan	200% dari Premi yang telah dibayarkan
Manfaat Meninggal Dunia bukan akibat Kecelakaan	100% dari Premi yang telah dibayarkan
Manfaat Santunan Duka	Rp5.000.000,-

## Ilustrasi

### Ilustrasi 1

(Biaya Kamar perawatan Rumah Sakit lebih rendah dari manfaat Santunan Tunai Harian Rumah Sakit)

Pada tahun Polis keempat, Bapak A menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit akibat sakit tifus selama 5 hari.

Total tagihan Rumah Sakit sebagai berikut:

	Tagihan Rumah Sakit
Biaya Kamar Perawatan	Rp300.000 x 5 hari = Rp1.500.000
Biaya Kunjungan Dokter	Rp2.500.000
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	Rp10.000.000
Total	Rp14.000.000

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 (Kunjungan Dokter & Aneka Perawatan Rumah Sakit) = Rp12.500.000

Total Manfaat Asuransi yang dapat dibayarkan adalah Rp15.000.000.

Jika Bapak A dirawat di Rumah Sakit Jaringan Provider, maka Bapak A dapat menggunakan Fasilitas *Cashless*, dimana seluruh tagihan Rumah Sakit dapat dibayarkan dan sisa Rp1.000.000 dari manfaat Santunan Tunai Harian Rumah Sakit dapat dibayarkan secara *Reimbursement*.

### Ilustrasi 2

(Koordinasi Manfaat Asuransi)

Pada tahun Polis ke-6, Bapak A menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit akibat Kecelakaan selama 10 hari di kamar perawatan dan 5 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 Unit Perawatan Intensif	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 dapat dibayarkan sebagai berikut:

	Tagihan Rumah Sakit	Klaim Pertama Produk Lainnya	Klaim yang dapat dibayarkan produk blu Health Protection
Biaya Kamar Perawatan	Rp500.000 x 10 hari = Rp5.000.000	Rp5.000.000	<b>Rp5.000.000*</b>
Biaya kamar Unit Perawatan Intensif	Rp1.000.000 x 5 hari = Rp5.000.000	Rp5.000.000	<b>Rp5.000.000*</b>
Biaya Tindakan Bedah	Rp20.000.000	Rp10.000.000	Rp20.000.000 - Rp10.000.000 = <b>Rp10.000.000</b>
Biaya Kunjungan Dokter	Rp25.000.000	Rp15.000.000	Rp25.000.000 - Rp15.000.000 = <b>Rp10.000.000</b>
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	Rp30.000.000	Rp15.000.000	Rp30.000.000 - Rp15.000.000 = <b>Rp15.000.000</b>
Total	Rp85.000.000	Rp50.000.000	Rp45.000.000

\*1) Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit tetap dibayarkan

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 akibat Penyakit pada awal tahun Polis ke-8 (delapan). Manfaat Asuransi yang dibayarkan oleh BCA Life adalah sebesar 100% Premi yang telah dibayarkan oleh Bapak A yaitu sebesar Rp17.354.400 ditambah manfaat santunan duka sebesar Rp5.000.000 dan selanjutnya Polis berakhir.

## Informasi Tambahan

### 1 Definisi-definisi Penting:

- Penanggung adalah PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life).
- Pemegang Polis adalah pihak yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung, sebagaimana tercantum dalam Data Polis, yang merupakan Nasabah BCA.
- 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.
- 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.
- Masa Tenggang (*Grace Period*) adalah tenggang waktu yang diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis untuk membayar Premi yang telah jatuh tempo di mana dalam tenggang waktu ini pertanggungan masih berlaku, yaitu 90 (sembilan puluh) Hari sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi.
- Hari adalah hari kalender.
- 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. Pemegang Polis berhak untuk membatalkan Polis kepada Penanggung apabila Pemegang Polis tidak menyetujui syarat dan ketentuan yang tercantum dalam Polis. Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayarkan oleh Pemegang Polis. Pengembalian Premi akan dilakukan sesuai dengan metode pembayaran Premi yang tertera pada Data Polis.
- Masa Tunggu (*Waiting Period*) adalah jangka waktu tertentu yang ditetapkan dalam Polis di mana Manfaat Asuransi tidak dapat dibayarkan oleh Penanggung. Masa Tunggu (*Waiting Period*) yang berlaku untuk produk ini adalah sebagai berikut:
  - Tidak ada Masa Tunggu (*Waiting Period*) untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit akibat Kecelakaan, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (*ICU*) akibat Kecelakaan, manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis akibat Kecelakaan, manfaat Meninggal Dunia baik akibat Kecelakaan maupun bukan Kecelakaan, serta manfaat santunan duka.
  - Masa Tunggu (*Waiting Period*) selama 30 (tiga puluh) Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi atau tanggal Pemulihan Polis (*Reinstatement*) mana yang paling akhir, untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit bukan akibat Kecelakaan, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (*ICU*) bukan akibat Kecelakaan, manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis bukan akibat Kecelakaan.
  - Masa Tunggu (*Waiting Period*) selama 12 (dua belas) bulan sejak Tanggal Mulai Asuransi atau tanggal Pemulihan Polis (*Reinstatement*) mana yang paling akhir, 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*).
  - Masa Tunggu (*Waiting Period*) selama 12 (dua belas) bulan sejak Tanggal Mulai Asuransi atau tanggal Pemulihan Polis (*Reinstatement*) mana yang paling akhir, 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:
    - Tuberculosis (TBC), asma, hipertensi, epilepsi;
    - Diabetes mellitus, radang/batu pada system kantung empedu, radang/batu pada sistem saluran kemih;
    - Wasir, fistula, usus buntu, semua jenis hernia;
    - Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk namun tidak terbatas pada varikokel, endometriosis, fibroid/miom di rahim;
    - Tonsil, kelainan tiroid;
    - Kelainan pada sekat rongga hidung yang memerlukan pembedahan, sinusitis, katarak;
    - Kanker dan/atau segala jenis tumor; atau
    - Penyakit pembuluh darah otak, Penyakit jantung dan Pembuluh darah (kardiovaskuler).
 Ketentuan ini hanya berlaku untuk Penyakit/gejala yang muncul setelah Tanggal Mulai Asuransi atau tanggal Pemulihan Polis (*Reinstatement*) mana yang paling akhir.
- 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.
- 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.
- Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-Existing Condition*) adalah setiap jenis Penyakit, Cedera Tubuh, atau ketidakmampuan yang tanda atau gejalanya:
  - Telah diketahui dan/atau disadari; atau
  - Sebagaimana seseorang pada umumnya secara wajar akan berusaha untuk mendapatkan suatu diagnosis atau perawatan; atau
  - Telah mengetahui dan menyadari; atau
  - Telah mendapatkan diagnosis Dokter; atau

- Telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapatkan perawatan medis dan /atau pemeriksaan laboratorium; atau
  - Telah mendapatkan perawatan / pengobatan dan /atau pemeriksaan laboratorium.
- Sebelum Tanggal Mulai Asuransi atau tanggal Pemulihan Polis terakhir, mana yang paling akhir.

**2** Pembayaran Premi dapat dilakukan secara bulanan atau tahunan. 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** Metode pembayaran premi dilakukan melalui rekening dana blu, pembebanan Kartu Kredit dan metode lain yang disepakati para pihak.

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

**5** Masa Pertanggung jawaban bagi Tertanggung akan berakhir apabila terpenuhi salah satu dari kondisi sebagai berikut (mana yang terlebih dahulu terjadi):

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

**6** Apabila terdapat atau terjadi perubahan selama Masa Pertanggung jawaban 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 (tiga puluh) Hari sebelum perubahan tersebut berlaku. Pemberitahuan perubahan tersebut merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis ini.

## Prosedur Klaim

Apabila terjadi Peristiwa Yang Dipertanggung jawabkan dalam Masa Pertanggung jawaban, maka Pihak Yang Mengajukan Klaim dapat mengajukan klaim kepada Penanggung dengan prosedur dan ketentuan klaim sebagai berikut:

1. Klaim untuk Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, Manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU), dan Manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis dengan menggunakan Fasilitas *Cashless*
  - 1.1 Prosedur Klaim Perawatan Medis di Rumah Sakit Jaringan *Provider*
    - 1.1.1 Apabila Tertanggung memerlukan Perawatan Medis di Rumah Sakit sesuai rekomendasi Dokter, maka Tertanggung dapat menjalani perawatan di Rumah Sakit di Jaringan *Provider*. Tertanggung wajib menunjukkan Kartu Peserta yang dimiliki dan kartu identitas diri.
    - 1.1.2 Fasilitas *Cashless* dapat digunakan setelah Surat Jaminan Rawat Inap diterbitkan.
    - 1.1.3 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*.
    - 1.1.4 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*.
    - 1.1.5 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*.
    - 1.1.6 Fasilitas *Cashless* tidak dapat digunakan apabila klaim Perawatan Medis di Rumah Sakit Jaringan *Provider* dilakukan di dalam Masa Tenggang (*Grace Period*).
    - 1.1.7 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.
    - 1.1.8 Pembayaran melalui Fasilitas *Cashless* tidak menghapus hak Penanggung menyanggah kebenaran Polis termasuk untuk melakukan investigasi atas klaim dan /atau melakukan proses seleksi ulang.
  - 1.2 Pembayaran manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit dan Unit Perawatan Intensif (ICU)
    - 1.2.1 Untuk pengajuan klaim atas manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit melalui Fasilitas *Cashless*, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit ini akan dibayarkan sebagai penggantian biaya kamar perawatan yang dibebankan oleh Rumah Sakit. Dalam hal manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit lebih besar dibanding biaya kamar perawatan yang dibebankan oleh Rumah Sakit, maka Pemegang Polis dapat mengajukan permintaan kepada Penanggung atas selisih biaya yang dibebankan dengan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit melalui prosedur *Reimbursement*.
    - 1.2.2 Untuk pengajuan klaim atas manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU) melalui Fasilitas *Cashless*, manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU) ini akan dibayarkan sebagai penggantian biaya Unit Perawatan Intensif (ICU) yang dibebankan oleh Rumah Sakit. Pengajuan atas kelebihan manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU) (jika ada) dapat dilakukan dengan prosedur secara *Reimbursement*.
2. Dokumen untuk klaim Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, Manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU), dan Manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis secara *Reimbursement* 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 Pihak yang mengajukan Klaim;
  - d. Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku;
  - e. Asli kuitansi biaya Rumah Sakit dan rincian pelayanan kesehatan;
  - f. Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (jika ada);
  - g. 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;
  - h. Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggung selama dokumen tersebut:
    - Relevan dengan pertanggung jawaban;
    - 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.

3. Dokumen untuk klaim Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, Manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU), dan Manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis secara *Reimbursement* dalam rangka Koordinasi Manfaat adalah sebagai berikut:
  - a. Asli formulir klaim yang diterbitkan dari Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim;
  - b. Asli formulir klaim yang diterbitkan dari Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Dokter disertai stempel /cap Dokter;
  - c. Fotokopi KTP Pihak yang mengajukan Klaim;
  - d. Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku;
  - e. Surat Koordinasi atau dokumen bukti pembayaran klaim dari penyedia produk asuransi lainnya yang pertama kali diminta klaimnya beserta seluruh dokumen klaim pendukung;
  - f. Asli kuitansi biaya Rumah Sakit dan rincian pelayanan kesehatan;
  - g. Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (jika ada);
  - h. 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.
  - i. Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggung selama 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.

4. Dokumen untuk klaim manfaat Meninggal Dunia dan manfaat santunan duka 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 dari Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Dokter disertai stempel /cap Dokter;
  - c. Fotokopi KTP Pihak yang mengajukan Klaim;
  - d. Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku;
  - e. 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;
  - f. Asli Polis asuransi atau Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian jika Polis asuransi hilang (hanya berlaku untuk Nasabah yang menghendaki pengiriman Polis secara fisik);
  - g. Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari fasilitas layanan kesehatan jika meninggal di fasilitas layanan kesehatan;
  - h. Asli atau fotokopi legalisir Akta Kematian dari Catatan Sipil;
  - i. Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kepolisian apabila Meninggal Dunia karena Kecelakaan;
  - j. 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;
  - k. Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggung selama 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.

5. Pengajuan klaim secara *Reimbursement* harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) Hari 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 sejak terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
6. 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 pertanggungungan sejenis, dengan tetap memperhatikan pengecualian, maka:
  - a. 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) mengacu pada poin 1 dan 2 bagian Prosedur Klaim.
  - b. 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 pertanggungungan sejenis tersebut, dengan ketentuan tidak melebihi Batas Manfaat Tahunan.
7. 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 sejak tanggal Surat Koordinasi atau tanggal yang tertera di dokumen bukti pembayaran klaim dari asuransi penjamin pertama.
8. Keterlambatan pengajuan klaim dan dokumen klaim dalam periode waktu sebagaimana dimaksud pada poin 5 dan 7, akan mengakibatkan klaim tidak dapat dibayarkan oleh Penanggung.
9. Dokumen klaim yang dapat diterima hanyalah dokumen dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris.
10. Penanggung berhak untuk mengadakan penyelidikan atas sebab-sebab Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
11. Apabila berdasarkan penyelidikan ternyata penyebab terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan termasuk dalam Pengecualian atau pada saat penyelidikan ditemukan adanya keterangan-keterangan yang sengaja dipalsukan, maka Penanggung berhak untuk menolak klaim tersebut dengan disertai alasan penolakan secara tertulis kepada Pihak Yang Mengajukan Klaim dan Penanggung tidak diwajibkan membayar Manfaat Asuransi dan tidak ada pengembalian Premi yang sudah dibayarkan kepada Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.
12. Bila disetujui, klaim akan dibayarkan ke rekening yang didaftarkan pada saat pengajuan klaim:
  - a. Dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari kerja untuk klaim Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, Manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU), dan Manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis dalam waktu maksimal 10 (sepuluh) hari kerja untuk klaim manfaat Meninggal Dunia dan manfaat santunan duka, terhitung dari tanggal dokumen pengajuan klaim diterima lengkap, jika tidak diperlukan investigasi, dan disetujui oleh Penanggung.
  - b. Bila diperlukan investigasi, Penanggung akan melakukan proses investigasi dalam jangka waktu maksimum 60 (enam puluh) Hari sejak dokumen klaim diterima lengkap.
  - c. Dalam hal telah terdapat keputusan klaim dari Penanggung dalam jangka waktu sebagaimana dimaksud pada poin 12 b, maka proses pembayaran Manfaat Asuransi akan dilakukan dalam jangka waktu 2 (dua) hari kerja sejak klaim tersebut disetujui oleh Penanggung.

## Tabel Manfaat Asuransi

Dalam Ribuan Rupiah (Rp'000)

Jenis Manfaat	Plan A	Plan B
Manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit per hari (maksimum 200 hari per Tahun Polis)	250	500
Manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensif (ICU) per hari (maksimum 30 hari per Tahun Polis)	500	1.000
Manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis		
Manfaat Tindakan Bedah (per Tahun Polis)	Sesuai Tagihan dengan total maksimum:	
	12.500	25.000
Manfaat Biaya Medis <ul style="list-style-type: none"> <li>Penggantian biaya kunjungan Dokter (maksimum 1x kunjungan Dokter Umum per hari dan 1x kunjungan Dokter Spesialis per hari)</li> <li>Penggantian biaya aneka Perawatan Rumah Sakit</li> <li>Penggantian biaya layanan Ambulans</li> </ul>	Sesuai Tagihan	
Batas Manfaat Tahunan	50.000	100.000
Manfaat Meninggal Dunia akibat Kecelakaan	200% dari Premi yang telah dibayarkan	
Manfaat Meninggal Dunia bukan akibat Kecelakaan	100% dari Premi yang telah dibayarkan	
Manfaat Santunan Duka	5.000	5.000

### Disclaimer

- PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.
- Produk asuransi ini telah dilaporkan dan / atau memperoleh surat persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- BCA Life dapat menolak permohonan pengajuan asuransi Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
- 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.
- Penjelasan manfaat produk secara lengkap mengacu pada Ketentuan Umum dan Ketentuan Khusus Polis blu Health Protection. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini adalah hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk asuransi dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat.
- Produk asuransi ini adalah produk asuransi milik PT Asuransi Jiwa BCA ("BCA Life") serta bukan merupakan produk dan tanggung jawab PT Bank Digital BCA ("BCA Digital"). BCA Digital hanya bertindak sebagai pihak yang menawarkan produk asuransi BCA Life. Produk asuransi ini tidak dijamin oleh BCA Digital 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 Digital.
- BCA Digital 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.
- Penggunaan logo dan / atau atribut BCA Digital lainnya dalam dokumen pemasaran (marketing kit) atau penawaran (apabila ada) hanya bertujuan untuk menunjukkan adanya kerja sama pemasaran asuransi antara BCA Digital dengan BCA Life.
- 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.
- Terdapat syarat dan ketentuan yang berlaku atas produk ini. Apabila membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan produk blu Health Protection, dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life.