



BCAlife
senantiasa melindungi anda

**RINGKASAN INFORMASI PRODUK
& LAYANAN UMUM**

MyGuard

Deskripsi Produk

Produk asuransi yang memberikan Manfaat Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit maupun Kecelakaan

Jenis Produk Asuransi jiwa seumur hidup Mata Uang Rupiah (Rp)

Fitur Utama Asuransi Jiwa

Usia Masuk Tertanggung

- 18 - 64 tahun

Uang Pertanggungan

- Rp 50 Juta - 1 Miliar

Masa Pertanggungan

- 1 tahun dan diperpanjang secara otomatis hingga pada saat ulang Tahun Polis Tertanggung berusia 98 (sembilan puluh delapan) tahun, sepanjang Pemegang Polis membayar Premi

Premi*)

- Mulai dari Rp 147.000,-/tahun

Frekuensi Pembayaran Premi

- Bulanan atau tahunan

Masa Pembayaran Premi

- 1 tahun dan diperpanjang secara otomatis hingga pada saat ulang Tahun Polis Tertanggung berusia 98 (sembilan puluh delapan) tahun, sepanjang Pemegang Polis membayar Premi

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

Manfaat Asuransi

ASURANSI DASAR

1. Manfaat Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit

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

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

2. Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan

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

PILIHAN ASURANSI TAMBAHAN:

A. Asuransi Tambahan Accident Care

1. Manfaat Tambahan Meninggal Dunia karena Kecelakaan

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

2. Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Medis karena Kecelakaan

- Penanggung akan membayarkan Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Medis karena Kecelakaan sesuai dengan biaya aktual dengan batas maksimum per Tahun Polis sesuai dalam Data Polis apabila Tertanggung menjalani Perawatan Medis yang disebabkan karena Kecelakaan yang terjadi selama Masa Pertanggungan.
- Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Medis karena Kecelakaan sebagaimana dimaksud dalam poin (a) di atas, memiliki batas maksimum per Tahun Polis yang akan diperbaharui setiap ulang Tahun Polis dan tidak dapat diakumulasi terhadap Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Medis karena Kecelakaan yang tidak digunakan pada tahun sebelumnya.

B. Asuransi Tambahan Critical Care

1. Manfaat Penyakit Kanker Tahap Awal

Penanggung akan membayarkan 50% (lima puluh persen) dari Uang Pertanggungan sesuai Data Polis kepada Pemegang Polis apabila Tertanggung didiagnosis Penyakit kanker tahap awal untuk pertama kalinya dan atas konfirmasi dari Dokter spesialis sesuai ketentuan dalam Definisi Penyakit Kanker Yang Dipertanggungkan sebagaimana tercantum dalam Polis.

2. Manfaat Penyakit Kritis Tahap Akhir

Penanggung akan membayarkan 100% (seratus persen) Uang Pertanggungan dikurangi Manfaat Penyakit Kanker Tahap Awal yang telah dibayarkan (jika ada) sesuai Data Polis kepada Pemegang Polis apabila Tertanggung didiagnosis salah satu dari Penyakit Kritis tahap akhir yang dipertanggungkan untuk pertama kalinya dan atas konfirmasi dari Dokter spesialis sesuai ketentuan dalam Definisi Penyakit Kritis Yang Dipertanggungkan sebagaimana tercantum dalam Polis.

3. Penyakit Kritis tahap akhir yang dipertanggungkan adalah salah satu dari 3 (tiga) Penyakit Kritis berikut ini, yaitu:

- Kanker
- Serangan jantung
- Stroke

Definisi dari Penyakit Kritis yang disebutkan diatas mengacu kepada Ketentuan ketentuan dalam Definisi Penyakit Kanker Yang Dipertanggungkan sebagaimana tercantum dalam Polis.

- Uang Pertanggungan berdasarkan Asuransi Tambahan *Critical Care* yang telah dibayarkan akan mengurangi besarnya Uang Pertanggungan Asuransi Dasar (*accelerated*).
- Total manfaat yang dapat dibayarkan pada Asuransi Tambahan *Critical Care* adalah 100% dari Uang Pertanggungan untuk Tertanggung yang sama yang terdiagnosis Penyakit kanker tahap awal dan/atau Penyakit Kritis tahap akhir sesuai kriteria.
- Apabila berdasarkan diagnosis dari Dokter spesialis untuk pertama kalinya atau selama Masa Pertanggungan Tertanggung dinyatakan menderita lebih dari 1 (satu) jenis Penyakit Kritis, maka Penanggung hanya akan membayarkan Uang Pertanggungan untuk 1 (satu) jenis Penyakit Kritis saja (mana yang manfaatnya paling besar).

Adapun definisi dari Penyakit Kritis yang dipertanggungkan sebagaimana dimaksud dalam poin 3.a adalah sebagai berikut :

Kanker
<p>1. Tahap Awal</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Karsinoma In Situ (KIS) b. Kanker Prostat Tahap Awal c. Kanker Tiroid Tahap Awal d. Kanker Kandung Kemih Tahap Awal e. Leukemia Limfositik Kronis Tahap Awal f. Melanoma Invasif Tahap Awal <p>2. Tahap Akhir Tumor ganas yang didiagnosis positif dengan konfirmasi histologis dan ditandai oleh pertumbuhan sel-sel ganas yang tidak terkendali dengan invasi dan penghancuran jaringan normal. Istilah kanker tahap akhir termasuk, tetapi tidak terbatas pada, leukemia, limfoma dan sarkoma.</p>
Serangan Jantung
<p>Tahap Akhir Kematian sebagian otot jantung (miokardium) akibat pasokan darah yang tidak memadai, di mana diagnosis harus dikonfirmasi oleh Dokter spesialis jantung.</p>
Stroke
<p>Tahap Akhir Kejadian serebrovaskular termasuk infark jaringan otak, perdarahan serebral dan subaraknoid, emboli intraserebral dan trombosis serebral yang menyebabkan defisit neurologis permanen dengan gejala klinis yang menetap.</p> <p>Diagnosis ini harus didukung oleh semua kondisi berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat bukti adanya defisit neurologis klinis yang permanen, dikonfirmasi oleh spesialis neurologi setidaknya 6 minggu setelah kejadian; dan • Temuan <i>Magnetic Resonance Imaging, Computerised Tomography</i>, atau teknik pencitraan lain yang dapat dipercaya yang konsisten dengan diagnosis stroke baru.

Penjelasan lebih rinci terkait Penyakit Kritis yang dipertanggungkan diatas mengacu kepada ketentuan dalam Definisi Penyakit Kritis Yang Dipertanggungkan sebagaimana tercantum dalam Polis.

C. Asuransi Tambahan Hospital Care

1. Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit

Penanggung akan membayarkan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit sesuai Data Polis kepada Pemegang Polis apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap yang disebabkan oleh Sakit/Penyakit dan/atau Kecelakaan per Hari dalam Masa Pertanggungkan, dengan ketentuan:

- A. Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit akan dibayarkan maksimum 60 (enam puluh) Hari per Tahun Polis untuk seluruh Penyakit dan/atau Kecelakaan.
- B. Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit ini tidak berlaku untuk Manfaat Tindakan Bedah Rawat Jalan.

2. Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif

Penanggung akan membayarkan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif sesuai Data Polis kepada Pemegang Polis apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif yang disebabkan oleh Sakit/Penyakit dan/atau Kecelakaan per Hari dalam Masa Pertanggungkan, dengan ketentuan:

- A. Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif akan dibayarkan maksimum 30 (tiga puluh) Hari per Tahun Polis, yang termasuk dalam total Hari dari manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam poin (1.a) di atas.
- B. Apabila jumlah Hari untuk manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif telah mencapai batasan 30 (tiga puluh) Hari per Tahun Polis sebagaimana dimaksud pada poin (a) di atas dan Tertanggung masih menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif, maka Penanggung akan membayarkan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam ketentuan Polis.

3. Manfaat Tindakan Bedah

Penanggung akan membayarkan Manfaat Tindakan Bedah kepada Pemegang Polis sesuai biaya aktual yang diterbitkan Rumah Sakit dengan maksimum Manfaat Tindakan Bedah per Tahun Polis sesuai Data Polis apabila Tertanggung menjalani Tindakan Bedah baik dengan Rawat Inap maupun Tindakan Bedah Rawat Jalan yang disebabkan oleh Sakit/Penyakit dan/atau Kecelakaan, dengan ketentuan:

- A. 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 (termasuk tetapi tidak terbatas pada pemantauan tekanan darah, pernapasan, suhu, denyut nadi), dan biaya lainnya (termasuk tetapi tidak terbatas pada peralatan bedah, peralatan medis lainnya, dan obat-obatan yang dilakukan sesuai prosedur umum dan berdasarkan standar kedokteran).
- B. 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 pertanggungkan ini dan Penanggung tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi apapun untuk pendonor organ.
- C. Manfaat Tindakan Bedah sebagaimana dimaksud dalam poin ini, memiliki batas maksimum per Tahun Polis yang akan diperbaharui setiap ulang Tahun Polis dan tidak dapat diakumulasi terhadap Manfaat Tindakan Bedah yang tidak digunakan pada Tahun Polis sebelumnya.

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

- A. Jumlah maksimum akumulasi manfaat Meninggal Dunia dan manfaat Penyakit Kritis (jika mengambil Asuransi Tambahan *Critical Care*) yang dapat dibayarkan adalah masing - masing sebesar Rp 1.000.000.000 (satu Miliar Rupiah) secara berurutan dimulai dari Polis dengan Tanggal Mulai Asuransi yang lebih awal.
- B. Jumlah maksimum akumulasi manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit yang dapat dibayarkan adalah sebesar Rp 1.000.000 (satu Juta Rupiah) dan manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif sebesar Rp 2.000.000 (dua Juta Rupiah) secara berurutan dimulai dari Polis dengan Tanggal Mulai Asuransi yang lebih awal.
- C. Untuk Polis kedua atau seterusnya berdasarkan urutan Tanggal Mulai Asuransi paling awal ke paling akhir yang mengakibatkan jumlah manfaat Meninggal Dunia yang tercantum di seluruh Polis melebihi batas maksimum sebagaimana dimaksud dalam poin (a) dan (b) di atas, maka Polis tersebut dinyatakan tidak berlaku sejak Tanggal Mulai Asuransi dan Premi yang sudah dibayarkan atas Polis tersebut akan dikembalikan sepenuhnya oleh Penanggung dengan memperhitungkan klaim yang telah dibayarkan dan kewajiban Pemegang Polis (jika ada).

Risiko

- 1 Klaim ditolak karena terjadinya risiko yang disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan dari pertanggungan.
- 2 Pembatalan sepihak/ditutup oleh Penanggung akibat Premi tidak dibayarkan sampai dengan Masa Tenggang (*Grace Period*) berakhir.

Biaya

Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya:

- Akuisisi
- Pemeliharaan Polis
- Biaya komisi kepada pihak bank

Ketentuan Underwriting

- Jika hanya mengambil MyGuard dengan /tanpa Asuransi Tambahan Accident Care saja : *Simple Issued Offering* (SIO) dengan 1 *Simple Health Declaration* (SHD)
- Jika mengambil Asuransi Tambahan *Critical Care* atau Asuransi Tambahan *Hospital Care* atau keduanya : *Simple Issue Offering* (SIO) dengan 3 pertanyaan kesehatan:

Masa Tunggu (Waiting Period)

1. Tidak ada Masa Tunggu (*Waiting Period*) untuk produk asuransi MyGuard.
2. Tidak ada Masa Tunggu (*Waiting Period*) untuk produk Asuransi Tambahan Accident Care
3. Masa Tunggu (*Waiting Period*) selama 90 (sembilan puluh) Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi untuk klaim Manfaat Penyakit Kanker Tahap Awal dan Manfaat Penyakit Kritis Tahap Akhir.
4. Tidak ada Masa Tunggu (*Waiting Period*) untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah karena Kecelakaan.
5. Masa Tunggu (*Waiting Period*) selama 30 (tiga puluh) Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah bukan karena Kecelakaan.
6. Masa Tunggu (*Waiting Period*) selama 12 (dua belas) bulan sejak Tanggal Mulai Asuransi untuk klaim manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah karena Penyakit berikut:
 - a. Tuberculosis (TBC), asma, hipertensi, epilepsi;
 - b. Diabetes mellitus, radang/batu pada sistem kantong empedu, radang/batu pada sistem saluran kemih;
 - c. Wasir, fistula, usus buntu, semua jenis hernia;
 - d. Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk namun tidak terbatas pada varikokel, endometriosis, fibroid/miom di rahim;
 - e. Tonsil, kelainan tiroid;
 - f. Kelainan pada sekat rongga hidung yang memerlukan pembedahan, sinusitis, katarak;
 - g. Kanker dan/atau segala jenis tumor; atau
 - h. Penyakit pembuluh darah otak, Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler).

Ketentuan ini hanya berlaku untuk Penyakit/gejala yang muncul setelah Tanggal Mulai Asuransi.

Pengecualian

Penanggung berhak menolak membayar Manfaat Asuransi apabila Tertanggung Meninggal Dunia secara langsung ataupun tidak langsung, disebabkan karena:

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

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

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

Pengecualian tambahan untuk Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Medis karena Kecelakaan yang berhubungan baik secara langsung ataupun tidak langsung:

1. Radio Ionisasi atau kontaminasi oleh radio aktif dan setiap bahan-bahan nuklir atau limbah nuklir dari proses fusi nuklir atau dari setiap bahan senjata nuklir; atau
2. Kehamilan termasuk melahirkan, operasi caesar, aborsi, keguguran dan segala bentuk komplikasinya.

Penanggung berhak menolak membayar Manfaat Asuransi apabila Tertanggung didiagnosis Penyakit Kritis secara langsung ataupun tidak langsung, disebabkan karena:

1. Penyakit Kritis yang dipertanggungkan terjadi dalam Masa Tunggu (Waiting Period) selama 90 (sembilan puluh) Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi; atau
2. Terinfeksi oleh HIV/AIDS atau keadaan lainnya yang disebabkan oleh HIV/AIDS; atau
3. Tertanggung dibawah pengaruh (sengaja maupun tidak sengaja) atau terlibat dalam penyalahgunaan narkotika, psiktropika, alkohol, racun, gas atau zat-zat sejenisnya, atau obat-obatan (kecuali obat-obatan atau zat-zat tersebut digunakan berdasarkan rekomendasi oleh Dokter) atau Tertanggung berada dibawah pengaruh atau diakibatkan oleh Penyakit kejiwaan; atau
4. Kelainan kongenital yang berhubungan dengan salah satu Penyakit Kritis yang dipertanggungkan dan timbul sebelum Tertanggung mencapai Usia 17 (tujuh belas) tahun; atau
5. Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-existing Conditions); atau
6. Salah satu dari kondisi Sakit/ Penyakit yang menjadi Pengecualian dalam Definisi Penyakit Kanker Yang Dipertanggungkan sebagaimana tercantum dalam Polis.

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

1. Kondisi yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-existing Conditions); atau
2. Didagnosis salah satu dari Penyakit berikut:
 - a. Tuberculosis (TBC), asma, hipertensi, epilepsi; atau
 - b. Diabetes mellitus, radang/batu pada sistem saluran empedu, radang/batu pada sistem saluran kemih; atau
 - c. Wasir, fistula, usus buntu, semua jenis hernia; atau
 - d. Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk namun tidak terbatas pada varikokel, endometriosis, fibroid/miomi di rahim; atau
 - e. Tonsil, kelainan tiroid; atau
 - f. Kelainan pada sekat rongga hidung yang memerlukan pembedahan, sinusitis, katarak; atau
 - g. Kanker dan/atau segala jenis tumor; atau
 - h. Penyakit pembuluh darah otak, Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler);
 dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Mulai Asuransi; atau
3. Bunuh diri, percobaan bunuh diri atau kesengajaan melukai diri sendiri baik dalam keadaan waras atau tidak waras atau cedera tubuh yang diderita atau Rawat Inap sebagai akibat dari kesengajaan yang dilakukan atau disertai atau dibantu atau dibujuk (disuruh lakukan) oleh mereka yang berkepentingan dalam asuransi ini; atau
4. Keterlibatan Tertanggung dalam perbuatan melawan hukum, kelalaian dan/atau perbuatan melawan/melanggar hukum, termasuk kejahatan perasuransian yang dilakukan oleh pihak yang mempunyai atau berkepentingan dengan asuransi ini; atau
5. Pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis/alasan rehabilitasi Rawat Inap tanpa anjuran Dokter, pencegahan (termasuk pencegahan Penyakit) termasuk imunisasi, vaksinasi dan komplikasinya, biaya istirahat, biaya telekomunikasi, perawatan paliatif, pengobatan yang berkaitan dengan penglihatan/refraksi kedua mata atau pengobatan eksplorasi atau eksperimental atau prosedur efektif lainnya, termasuk pengobatan dan/atau teknologi/prosedur medis yang tidak konvensional, yang belum dinilai efektif berdasarkan praktik medis yang sudah terbukti, dan yang belum disetujui oleh badan yang diakui di Indonesia; atau
6. Bedah plastik atau kosmetik, donasi organ dan jaringan, semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan atau bedah gigi termasuk bedah mulut, gusi atau struktur pendukung gigi langsung dan obat-obatan terkait kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan; atau
7. Pengobatan dan/atau tindakan/pembedahan yang berkaitan dengan kehamilan atau upaya untuk hamil, termasuk persalinan, diagnosis dan pengobatan infertilitas (ketidaksuburan), keguguran, aborsi, sterilisasi (vasektomi/MOP dan tubektomi/MOW) dan kontrasepsi, metode pengendalian kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, termasuk segala komplikasi yang terjadi karenanya; atau
8. Pengobatan dan/atau tindakan/operasi untuk mengatasi obesitas, penurunan atau penambahan berat badan, bulimia, anoreksia nervosa; atau
9. Pengobatan dan/atau pembedahan untuk mengubah jenis kelamin; atau
10. Pengobatan terkait sunat termasuk segala komplikasinya; atau
11. Terinfeksi oleh HIV/AIDS atau keadaan lainnya yang disebabkan oleh HIV/AIDS; atau
12. Penyakit menular seksual atau penyimpangan seksual; atau
13. Gangguan jiwa atau psikiatri (termasuk neurosis, psikosomatik, psikosis) atau pengobatan yang dilakukan oleh psikolog/psikiater; atau
14. Perang (dideklarasikan atau tidak), invasi oleh negara lain, operasi permusuhan atau seperti perang (dinyatakan atau tidak), pemberontakan, keributan atau huru-hara, kudeta, perlawanan, revolusi, militer atau angkatan bersenjata, atau partisipasi dalam aksi/kegiatan militer; atau
15. Sakit atau cedera tubuh akibat reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasi; atau
16. Kelainan bawaan; atau
17. Pemeriksaan fisik secara berkala, pemeriksaan kesehatan (medical check up) atau pemeriksaan kesehatan lainnya yang tidak ada indikasi obyektif adanya gangguan kesehatan; atau
18. Cacat atau Penyakit yang disebabkan oleh keterlibatan dalam olahraga profesional, balap jenis apapun, menyelam, penerbangan udara, (termasuk bungee jumping, hang gliding, balon udara, dan terjun payung) kecuali sebagai penumpang resmi atau awak pesawat berlisensi maskapai penerbangan, dan beroperasi di rute penerbangan rutin, atau aktivitas atau olahraga berbahaya kecuali yang disetujui dengan pengesahan khusus; atau
19. Biaya untuk pengobatan penyembuhan serta perawatan pribadi di rumah, pengobatan alami atau sejenisnya yang bertujuan untuk istirahat; atau
20. Rawat Inap yang tujuan utamanya adalah untuk karantina atau isolasi karena Penyakit menular yang tidak memerlukan Perawatan Medis.

Persyaratan dan Tata Cara

Usia masuk Pemegang Polis

- Minimum : 21 tahun
- Maksimum : 64 tahun

Usia masuk Tertanggung

- Minimum : 18 tahun
- Maksimum : 64 tahun

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

Pemegang Polis dan Tertanggung merupakan Warga Negara Indonesia (WNI)

Tertanggung adalah Pemegang Polis atau merupakan pasangan, anak, orang tua, dan saudara yang sah dari Pemegang Polis yang merujuk pada ketentuan hukum yang berlaku di Negara Republik Indonesia.

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

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

Penanganan Pengaduan

- 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.
- 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	Ricky	Plan yang dipilih	Plan D
	Jenis Kelamin	Pria	Total Premi	Rp 6.825.000,-
	Tanggal Lahir	19 Januari 1992	Frekuensi Pembayaran Premi	Tahunan
	Usia	30 tahun	Tanggal Mulai Asuransi	1 Juni 2022
	Uang Pertanggungan	Rp 500.000.000,-		

Manfaat Asuransi yang didapatkan sebagai berikut:

Jenis Manfaat	Plan D
MyGuard	
Manfaat Meninggal Dunia karena Sakit /Penyakit • 90 Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi • Setelah 90 Hari sejak Tanggal Mulai Asuransi	100% Pengembalian Premi yang telah dibayarkan Rp. 500.000.000,-
Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan	Rp. 500.000.000,-
Asuransi Tambahan Accident Care	
Manfaat Tambahan Meninggal Dunia karena Kecelakaan	Rp. 500.000.000,-
Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Medis karena Kecelakaan (maksimum per Tahun Polis)	Rp 12.500.000,- (Rp 2.500.000,- per kejadian)
Asuransi Tambahan Critical Care ¹⁾	
Manfaat Penyakit Kanker Tahap Awal	Rp 250.000.000,-
Manfaat Penyakit Kritis Tahap Akhir ²⁾	Rp. 500.000.000,-
Asuransi Tambahan Hospital Care	
Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit (per Hari) maksimum 60 Hari per Tahun Polis	Rp 500.000,-
Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif (per Hari) maksimum 30 Hari per Tahun Polis	Rp 1.000.000,-
Manfaat Tindakan Bedah (sesuai tagihan dengan total maksimum manfaat per Tahun Polis)	Rp 7.500.000,-

- Catatan:
- Manfaat Asuransi Tambahan *Critical Care* yang telah dibayarkan (jika ada), akan mengurangi besarnya Uang Pertanggungan Asuransi Dasar (accelerated).
 - Manfaat Penyakit Kritis Tahap Akhir sebesar 100% (seratus persen) Uang Pertanggungan dikurangi Manfaat Penyakit Kanker Tahap Awal yang telah dibayarkan (jika ada).

Ilustrasi

Ilustrasi 1

Apabila pada Hari ke-14 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung Meninggal Dunia karena Sakit/Penyakit, Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa 100% pengembalian Premi yang telah dibayarkan sebesar Rp 6.825.000 kepada Penerima Manfaat dan Polis* akan berakhir.

Ilustrasi 2

Apabila pada Tahun ke-2 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung Meninggal Dunia karena Sakit/Penyakit, Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa Uang Pertanggungan sesuai Plan yang dipilih sebesar Rp 500.000.000 kepada Penerima Manfaat dan Polis* akan berakhir.

Ilustrasi 3

Apabila Pada Tahun ke-3 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung melakukan pembelian Polis MyGuard ke-2 dengan plan yang dipilih adalah Plan E dan Uang Pertanggungan Rp 1.000.000.000. Karena total manfaat Meninggal Dunia yang dimiliki Tertanggung sebesar Rp 1.500.000.000 dan melebihi maksimum akumulasi manfaat Meninggal Dunia yang dapat dibayarkan oleh Penanggung, yaitu Rp 1.000.000.000, maka Premi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya lainnya (jika ada) untuk Polis ke-2 akan dikembalikan dan pertanggungan untuk Polis* ke-2 dinyatakan berakhir.

Kemudian pada Tahun ke-5 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung Meninggal Dunia karena Sakit/ Penyakit, Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa Uang Pertanggungan sebesar Rp 500.000.000 dan Polis* akan berakhir.

Ilustrasi 4

Apabila pada Hari ke-90 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung mengalami Kecelakaan dan mendapatkan Perawatan Medis di Rumah Sakit dengan biaya aktual sebesar Rp 5.000.000, Penanggung akan membayarkan Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Medis karena Kecelakaan sesuai dengan Plan yang dipilih, yaitu sebesar Rp 2.500.000 kepada Pemegang Polis dan Polis tetap aktif.

Kemudian pada Hari ke-100 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung Meninggal Dunia karena Kecelakaan, Penanggung akan membayarkan Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan berupa 200% Uang Pertanggungan yang terdiri dari 100% Uang Pertanggungan Asuransi Dasar MyGuard dan 100% Uang Pertanggungan Asuransi Tambahan Accident Care sesuai Plan yang dipilih, yaitu sebesar Rp1.000.000.000 kepada Penerima Manfaat dan Polis* akan berakhir.

Ilustrasi 5

Apabila pada Tahun ke-3 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung terdiagnosis Penyakit kanker tahap awal, Penanggung akan membayarkan Manfaat Penyakit Kanker Tahap Awal berupa 50% Uang Pertanggungan Asuransi Tambahan *Critical Care* sesuai Plan yang dipilih sebesar Rp 250.000.000 kepada Penerima Manfaat dan Polis masih aktif.

Kemudian pada Tahun ke-4 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung terdiagnosis Penyakit Kritis tahap akhir, Penanggung akan membayarkan Manfaat Penyakit Kritis Tahap Akhir berupa 100% Uang Pertanggungan Asuransi Tambahan *Critical Care* sesuai Plan yang dipilih setelah dikurangi Manfaat Penyakit Kanker Tahap Awal yang telah dibayarkan sebelumnya, yaitu sebesar Rp 250.000.000 kepada Penerima Manfaat dan Polis* akan berakhir.

Ilustrasi 6

Apabila pada Tahun ke-5 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung terdiagnosis Penyakit kanker tahap awal dan juga serangan jantung, Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi yang lebih besar, yaitu Manfaat Penyakit Kritis Tahap Akhir berupa 100% Uang Pertanggungan Asuransi Tambahan *Critical Care* sesuai Plan yang dipilih, yaitu Rp 500.000.000 kepada Penerima Manfaat dan Polis* akan berakhir.

Ilustrasi 7

Apabila pada Hari ke-90 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit selama 5 Hari dan Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif selama 3 Hari. Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar Rp 5.500.000, dengan rincian sebagai berikut:

- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit: Rp 500.000 x 5 Hari = Rp 2.500.000.
- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif: Rp 1.000.000 x 3 Hari = Rp 3.000.000.

Kemudian pada Hari ke-100 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung harus menjalani Tindakan Bedah Rawat Jalan dengan Biaya Aktual sebesar Rp 10.000.000, Penanggung akan membayarkan Manfaat Tindakan Bedah sebesar Rp 7.500.000 sesuai dengan maksimum manfaat sesuai dengan Plan yang dipilih.

Ilustrasi 8

Apabila pada Tahun ke-2 sejak Tanggal Mulai Asuransi, Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif selama 25 Hari, dilanjutkan dengan Rawat Inap di kamar perawatan biasa selama 40 Hari. Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar Rp 42.500.000, dengan rincian sebagai berikut:

- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif : Rp 1.000.000 x 25 Hari = Rp 25.000.000.
- Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit : Rp 500.000 x 35 Hari = Rp 17.500.000.

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

Informasi Tambahan

1

Definisi-definisi Penting:

- Asuransi Dasar adalah pertanggungan yang diberikan dengan merujuk pada Polis Asuransi Jiwa Perorangan.
 - Asuransi Tambahan adalah jenis pertanggungan yang ditambahkan kepada Asuransi Dasar yang dipilih oleh Pemegang Polis untuk menambah perlindungan dan/atau Manfaat Asuransi dari Asuransi Dasar.
 - Biaya Perawatan Medis adalah biaya yang muncul atas adanya Perawatan Medis rawat jalan maupun Rawat Inap di Rumah Sakit yang mencakup biaya kunjungan
 - Dokter, biaya layanan Ambulans dan biaya aneka perawatan Rumah Sakit selama Tertanggung menjalani rawat inap.
 - Hari adalah hari kalender.
- Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-existing Conditions*) adalah setiap kondisi medis dan/atau kondisi tidak normal pada Tertanggung yang telah ada sebelum Tanggal Mulai Asuransi, dimana untuk kondisi tersebut Tertanggung:
- sebagaimana seseorang pada umumnya secara wajar akan berusaha untuk mendapatkan suatu diagnosis atau perawatan; atau
 - telah mengetahui dan menyadari; atau
 - telah mendapatkan diagnosis Dokter; atau
 - telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapatkan perawatan; atau
 - telah mendapatkan perawatan/pengobatan.
- Penyakit atau cedera tubuh tersebut tidak termasuk diare, demam, flu, tifus, demam berdarah, keracunan makanan, Penyakit tangan dan mulut, cacar air, zika, malaria atau chikungunya.
- Masa Pemahaman Polis (*Free Look Period*) adalah jangka waktu yang diberikan kepada Pemegang Polis untuk mempelajari, memahami dan memastikan 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 Tenggang (*Grace Period*) adalah tenggang waktu yang diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis untuk membayar Premi yang telah jatuh tempo di mana dalam tenggang waktu ini pertanggungan masih berlaku, yaitu 90 (sembilan puluh) Hari sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi.
- h. Masa Tunggu (*Waiting Period*) adalah jangka waktu tertentu yang ditetapkan dalam Polis di mana Manfaat Asuransi tidak dapat dibayarkan oleh Penanggung apabila Peristiwa Yang Dipertanggungkan terjadi dalam jangka waktu tersebut.
- i. Pemegang Polis adalah pihak yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung, sebagaimana tercantum dalam Data Polis.
- j. Penanggung adalah PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life).
- k. Penerima Manfaat adalah orang atau badan hukum yang ditunjuk oleh Pemegang Polis sebagai pihak yang berhak atas Manfaat Asuransi yang namanya tercantum dalam Data Polis dan sepanjang penunjukan tersebut mempunyai Kepentingan Yang Dipertanggungkan (*Insurable Interest*) dan/atau sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku di Negara Republik Indonesia.
- l. Penyakit Kritis adalah Penyakit yang membahayakan atau mengancam jiwa yang didefinisikan dengan batasan kondisi untuk masing-masing jenis Penyakit yang dipertanggungkan sebagaimana ketentuan Polis.
- m. Perawatan Medis adalah suatu proses yang berhubungan dengan perawatan, pengobatan suatu Penyakit dan proses stabilisasi fisik melalui pelayanan yang ditawarkan oleh organisasi, institusi, dan unit profesional kedokteran.
- n. Peristiwa Yang Dipertanggungkan adalah peristiwa di mana Tertanggung mengalami risiko pertanggungan yang terjadi sebagaimana dimaksud pada ketentuan Manfaat Asuransi dalam Polis.
- o. 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.
- p. Tindakan Bedah adalah segala intervensi bedah yang diperlukan secara medis yang timbul atas rekomendasi Dokter dan tidak dikecualikan dalam pertanggungan ini. Tindakan Bedah tersebut termasuk:
 - (i) Irisan, pembedahan, dan jahitan pada luka atau cedera tubuh (kecuali pengangkatan benang jahitan); atau
 - (ii) Elektrokauter, kriokauter, tindakan yang menggunakan sinar laser, Tindakan yang menggunakan teknik ultrasonik; atau
 - (iii) Penggunaan prosedur endoskopi, arteriografi, kecuali untuk tujuan diagnostik tanpa ada Perawatan Medis.

2 Pembayaran Premi tahunan akan mendapatkan diskon sebesar 2 (dua) bulan Premi bulanan, dengan demikian pembayaran Premi tahunan adalah "10 x Premi bulanan" selama Masa Pembayaran Premi.

3 Nominal Premi akan meningkat pada ulang Tahun Polis seiring dengan bertambahnya Usia Tertanggung sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Asuransi ini.

4 Asuransi ini berlaku di seluruh dunia terhadap risiko terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan, tidak memandang tempat dimanapun Tertanggung berada.

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

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

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

- a. Telah mencapai Tanggal Berakhir Asuransi sebagaimana tercantum dalam Data Polis; atau
- b. Tertanggung Meninggal Dunia; atau
- c. Pemegang Polis mengajukan pembatalan Polis dan disetujui oleh Penanggung; atau
- d. Premi atas Asuransi ini tidak dibayar sampai dengan berakhirnya Masa Tenggang (*Grace Period*); atau
- e. Tertanggung terdiagnosis Penyakit Kritis tahap akhir yang dipertanggungkan dan seluruh manfaat atas Pertanggungan ini telah dibayarkan oleh Penanggung (jika mengambil Asuransi Tambahan *Critical Care*); atau
- f. Manfaat Tambahan Meninggal Dunia karena Kecelakaan telah dibayarkan oleh Penanggung (jika mengambil Asuransi Tambahan *Accident Care*); atau
- g. Penanggung melakukan pembatalan Polis dengan merujuk kepada ketentuan yang diatur dalam Polis.

8 Prosedur Klaim

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

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

Yang dimaksud dokumen lain tersebut adalah termasuk namun tidak terbatas pada dokumen kronologis Kecelakaan, kuesioner Sakit/Penyakit,

laporan operasi, laporan dari KBRI jika Meninggal Dunia di luar negeri.

- b. Untuk klaim Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Medis karena Kecelakaan, kelengkapan dokumen yang dibutuhkan 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 atau fotokopi legalisir kuitansi Biaya Perawatan Medis dan rincian pelayanan kesehatan;
 - Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (jika ada).
 - Fotokopi buku tabungan, rekening koran, atau dokumen lain 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; dan
 - Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggung selama dokumen tersebut:
 - Relevan dengan pertanggung;
 - Wajar dalam proses penyelesaian klaim; dan
 - Sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.Yang dimaksud dokumen lain tersebut adalah termasuk namun tidak terbatas pada dokumen kronologis Kecelakaan, kuesioner Sakit/Penyakit, atau laporan operasi.

- c. Untuk klaim Manfaat Penyakit Kanker Tahap Awal dan Manfaat Penyakit Kritis Tahap Lanjut, kelengkapan dokumen yang dibutuhkan 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 atau fotokopi legalisir kuitansi Biaya Perawatan Medis dan rincian pelayanan kesehatan;
 - Surat keterangan dari Dokter/Rumah Sakit mengenai diagnosis Penyakit (Resume Medis);
 - Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi dan pemeriksaan medis pendukung diagnosis (jika ada);
 - Fotokopi buku tabungan, rekening koran, atau dokumen lain yang dikeluarkan oleh bank yang memuat informasi nomor rekening Penerima Manfaat dimana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi; dan
 - Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggung selama dokumen tersebut:
 - Relevan dengan pertanggung;
 - Wajar dalam proses penyelesaian klaim; dan
 - Sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.Yang dimaksud dokumen lain tersebut adalah termasuk namun tidak terbatas pada dokumen kronologis Kecelakaan, kuesioner Sakit/Penyakit, atau laporan operasi.

- d. Untuk klaim Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, dan Manfaat Tindakan Bedah, kelengkapan dokumen yang dibutuhkan adalah sebagai berikut:
- 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 atau fotokopi legalisir kuitansi Biaya Perawatan Medis dan rincian pelayanan kesehatan;
 - Surat keterangan dari Dokter/Rumah Sakit mengenai diagnosis Penyakit (Resume Medis);
 - Fotokopi hasil pemeriksaan Laboratorium dan radiologi dan pemeriksaan medis pendukung diagnosis (jika ada);
 - Fotokopi buku tabungan, rekening koran, atau dokumen lain yang dikeluarkan oleh bank yang memuat informasi nomor rekening Pemegang Polis atau Penerima Manfaat di mana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi; dan
 - Dokumen lain yang diperlukan oleh Penanggung selama dokumen tersebut:
 - Relevan dengan pertanggung;
 - Wajar dalam proses penyelesaian klaim; dan
 - Sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.Yang dimaksud dokumen lain tersebut adalah termasuk namun tidak terbatas pada dokumen kronologis Kecelakaan, kuesioner Sakit/Penyakit, atau laporan operasi.

- B. Dokumen klaim, termasuk dokumen klaim tambahan yang diminta oleh Penanggung untuk kebutuhan investigasi, harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 90 (sembilan puluh) Hari sejak terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
- C. Dalam hal keterlambatan pengajuan dokumen klaim dalam periode waktu sebagaimana dimaksud dalam poin (B) di atas, Penanggung berhak menolak pengajuan klaim tersebut.
- D. Dokumen klaim yang dapat diterima hanyalah dokumen dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris.
- E. Penanggung berhak untuk mengadakan penyelidikan atas sebab-sebab Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
- F. Apabila berdasarkan penyelidikan ternyata penyebab terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan termasuk dalam Pengecualian atau pada saat penyelidikan ditemukan adanya keterangan-keterangan yang sengaja dipalsukan, maka Penanggung berhak untuk menolak klaim tersebut dengan disertai alasan penolakan secara tertulis kepada Pihak Yang Mengajukan Klaim dan Penanggung tidak diwajibkan membayar Manfaat Asuransi kepada Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.
- G. Pihak Yang Mengajukan Klaim dapat mengajukan keberatan atas keputusan klaim yang telah dilakukan oleh Penanggung selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) Hari sejak tanggal keputusan klaim dilakukan oleh Penanggung. Setelah batas waktu yang telah ditentukan, maka Penanggung tidak berkewajiban melakukan peninjauan kembali.
- H. Klaim akan dibayarkan ke rekening yang didaftarkan pada saat pengajuan klaim:
- Dalam waktu maksimum 7 (tujuh) hari kerja untuk klaim penggantian Biaya Perawatan Medis, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, manfaat Santunan Tunai Harian Rawat Inap Unit Perawatan Intensif, serta Manfaat Tindakan Bedah dan 10 (sepuluh) hari kerja untuk klaim Meninggal Dunia serta manfaat Penyakit Kritis, terhitung dari pengajuan klaim diterima lengkap, tidak diperlukan investigasi dan disetujui oleh Penanggung.
 - Bila diperlukan investigasi, Penanggung akan melakukan proses investigasi dalam jangka waktu maksimum 60 (enam puluh) Hari sejak dokumen klaim diterima lengkap.
 - Dalam hal telah terdapat keputusan klaim dari Penanggung dalam jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam poin b, maka proses pembayaran Manfaat Asuransi akan dilakukan dalam jangka waktu 2 (dua) hari kerja sejak klaim tersebut disetujui oleh Penanggung.

- I. Apabila dalam 2 (dua) tahun sejak Tanggal Mulai Asuransi baru diketahui adanya:
 - a. Pernyataan atau keterangan yang keliru dan tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya; atau
 - b. Unsur penipuan atas pernyataan atau keterangan yang diberikan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung; maka Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat wajib mengembalikan Manfaat Asuransi yang telah Penanggung bayarkan tanpa perlu memperhatikan apakah Tertanggung masih hidup atau sudah Meninggal Dunia dan Penanggung berhak untuk setiap saat melakukan pembatalan Polis. Apabila Penanggung belum mendapatkan pengembalian Manfaat Asuransi yang sebelumnya telah dibayarkan, maka Penanggung berhak pula melakukan semua tindakan hukum untuk menuntut dikembalikannya seluruh Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan tersebut.
- J. Apabila terdapat atau terjadi perubahan selama Masa Pertanggungan pada manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Polis maka Penanggung wajib memberitahukan secara tertulis kepada alamat terkini Pemegang Polis yang tercatat pada Penanggung paling lambat 60 (enam puluh) Hari sebelum perubahan tersebut berlaku. Pemberitahuan perubahan tersebut merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

Disclaimer

1. PT Asuransi Jiwa BCA (BCA Life) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.
2. Produk asuransi ini telah dilaporkan dan/atau memperoleh surat persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. BCA Life dapat menolak permohonan Pengajuan Asuransi Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
4. Definisi dan keterangan lebih lengkap, termasuk cara memperoleh informasi mengenai syarat dan ketentuan, dapat dipelajari pada Polis yang akan diterbitkan oleh BCA Life untuk Pemegang Polis jika pengajuan disetujui.
5. Penjelasan manfaat produk asuransi secara lengkap mengacu pada Ketentuan Umum dan Ketentuan Khusus Polis MyGuard. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini adalah hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk asuransi dan bukan sebagai Polis Asuransi yang mengikat.
6. Produk asuransi ini adalah produk asuransi milik PT Asuransi Jiwa BCA ("BCA Life") serta bukan merupakan produk dan tanggung jawab PT Bank Central Asia Tbk ("BCA"). BCA hanya bertindak sebagai pihak yang mereferensikan produk asuransi BCA Life. Produk Asuransi Tambahan ini tidak dijamin oleh BCA dan tidak termasuk dalam cakupan program penjaminan sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundang-undangan mengenai lembaga penjamin simpanan. Nasabah setuju bahwa segala permasalahan/perselisihan yang timbul sehubungan dengan produk asuransi akan diselesaikan oleh Nasabah dengan BCA Life selaku pemilik produk asuransi tanpa melibatkan BCA.
7. BCA tidak bertanggung jawab atas segala informasi serta materi yang dimuat dalam dokumen pemasaran (marketing kit) produk asuransi ini berikut setiap perubahannya atau dokumen lain yang secara resmi disetujui dan/atau diterbitkan oleh BCA Life.
8. Penggunaan logo dan/atau atribut BCA lainnya dalam dokumen pemasaran (marketing kit) (apabila ada) hanya bertujuan untuk menunjukkan adanya kerja sama pemasaran asuransi antara BCA dengan BCA Life.
9. Nasabah dengan ini memberikan kuasa kepada Penanggung atau pihak yang diberikan kuasa oleh Penanggung, untuk menerima, menggunakan dan/atau memberikan data dan informasi mengenai Nasabah kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada reasuransi, penyidik klaim, bank mitra dan asosiasi industri) yang memiliki kerja sama dengan Penanggung untuk tujuan memproses pengajuan permintaan asuransi Nasabah dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau keperluan lainnya.
10. Pemegang Polis wajib membaca dengan teliti dokumen Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan apabila calon Nasabah membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan produk ini, calon Nasabah dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life.
11. Terdapat syarat dan ketentuan yang berlaku atas produk asuransi ini. Apabila membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan produk MyGuard, dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life.