

**POLIS ASURANSI KESEHATAN
SANTUNAN RAWAT INAP TUNAI HARIAN
JT CARE CASH PLAN**

PT Asuransi Jasa Tania Tbk

Polis ini merupakan dokumen penting. Mohon dibaca dengan seksama.

POLIS JT CARE CASH PLAN

Bahwa Tertanggung telah mengajukan suatu permohonan tertulis yang menjadi dasar dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Polis ini, Penanggung akan membayar santunan atau penggantian biaya kepada Tertanggung atau Pemegang Polis sebagaimana disebutkan dalam Ikhtisar Polis, berdasarkan pada syarat dan kondisi yang dicetak, dicantumkan, dilekatkan dan atau dibuat endosemen pada Polis ini.

**SYARAT & KETENTUAN
POLIS ASURANSI JT CARE CASH PLAN**

**BAB I
DEFINISI**

**PASAL 1
DEFINISI BERHUBUNGAN DENGAN JAMINAN ASURANSI**

1. Tanggal efektif

Tanggal pada saat Peserta diasuransikan dalam Polis ini.

2. Polis

Suatu bukti pertanggungan yang memuat syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan pertanggungan berikut benefit dan premi, yang dibuat oleh pihak Penanggung berdasarkan kesepakatan dengan pihak Tertanggung.

3. Periode Polis

Jangka waktu pertanggungan atau periode pertanggungan 1 (satu) tahun atau 12 (dua belas) bulan, berlaku mulai dari tanggal permulaan asuransi pukul 00.00 WIB sampai dengan tanggal jatuh tempo polis pukul 24.00 WIB.

4. Polis Perpanjangan

Sebuah Polis yang telah diperpanjang untuk periode berikutnya tanpa terputus dari segi kesinambungan waktu dari saat tanggal jatuh tempo Polis tersebut, dengan bentuk dan kondisi yang sama atau sesuai dengan perubahan yang telah disepakati Penanggung dan Tertanggung.

5. Penanggung

PT ASURANSI JASA TANIA Tbk.

6. Tertanggung

Orang, Perorangan atau Badan pada siapa polis dikeluarkan berkenaan dengan jaminan orang-orang yang secara khusus dinyatakan sebagai orang-orang yang diasuransikan dalam polis ini.

7. Peserta

Orang-orang yang berada dibawah tanggung jawab Tertanggung, tercantum dalam daftar peserta yang diasuransikan di bawah Polis ini.

8. Rawat Inap

adalah Tertanggung dirawat secara terus menerus didalam rumah sakit / puskesmas / klinik untuk paling tidak selama 8 jam untuk perawatan kesehatan yang diperlukan sesuai dengan disability yang dijamin. Dalam peristiwa pembedahan, jangka waktu 8 jam tidak berlaku.

9. Perawatan Medis yang Diperlukan

adalah pelayanan medis yang sesuai dengan diagnosa dan perawatan medis yang biasa dilakukan untuk disability yang dapat dijamin, yang sesuai dengan standar dari perangkat medis yang baik, tidak untuk mencari keuntungan bagi Tertanggung atau dokter, yang mana biayanya masuk akal dan sesuai untuk disability tersebut.

10. Emergency/Gawat Darurat

Situasi timbulnya suatu ketidakmampuan secara fisik yang datang tiba-tiba dan dianggap darurat oleh Team Medis Penanggung, seperti :

- a. Kecelakaan akibat kerja atau kecelakaan lalu lintas
- b. Serangan jantung dan pembuluh darah, seperti kegagalan jantung, hipertensi maligna.
- c. Serangan pernafasan, seperti asma berat, sumbatan saluran nafas.
- d. Pendarahan berat
- e. Muntah dan diare yang disertai dehidrasi berat
- f. Kehilangan kesadaran (koma), termasuk epilepsy / ayan
- g. Keadaan gelisah pada penderita gangguan jiwa
- h. Persalinan dengan kelahiran mendadak, pendarahan, ketuban pecah dini
- i. Kegawatan persyarafan, seperti stroke, kelumpuhan mendadak, dan kejang.
- j. Panas tinggi pada anak > 40°C atau dewasa > 39°C

11. Penyakit

adalah kondisi fisik yang ditandai dengan penyimpangan patologis dari keadaan normal yang sehat yang dialami oleh Tertanggung.

12. Penyakit-penyakit yang telah ada sebelumnya

adalah suatu penyakit yang sudah ada sebelum Tertanggung secara terus menerus dijamin dibawah polis ini dimana Tertanggung :

- a. Menerima perawatan untuk kondisi tersebut dalam masa dua tahun sebelum tanggal proposal.
- b. Menunjukkan tanda-tanda atau gejala-gejala dari kondisi tersebut pada saat atau sebelum tanggal proposal untuk asuransi atas nama Tertanggung secara sadar atau sewajarnya telah menyadarinya.

13. Disability

adalah penyakit atau semua cedera yang timbul dari suatu kecelakaan atau serangkaian kecelakaan berturut-turut.

14. Kondisi yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-Existing Condition)

- a. Setiap Ketidakmampuan secara fisik yang diderita sebelum tanggal efektif dari Polis.
- b. Suatu ketidakmampuan secara fisik yang telah ada sebelum tanggal efektif dari Kepesertaan Tertanggung pada Asuransi, yang telah menunjukkan tanda-tanda atau gejala yang mana Peserta sadar atau sewajarnya telah menyadarinya.
- c. Penyakit khusus yang terjadi selama tahun pertama dari kepesertaan Peserta pada asuransi ini, baik disadari maupun tidak disadari :
 - 1) Haemorrhoid (wasir) dan Fistula
 - 2) Segala Jenis Tumor Jinak
 - 3) Radang tonsil (Amandel) yang memerlukan pembedahan
 - 4) Katarak
 - 5) Penyakit-penyakit Rongga Sinus
 - 6) Batu dalam saluran kencing atau sistim empedu
 - 7) Penyakit darah tinggi, Stroke, Jantung dan Pembuluh darah
 - 8) Gastritis dan Gangguan pada Usus 12 Jari
 - 9) TBC dan Asthma

- 10) Diabetes Melitus (kencing manis)
- 11) Gout/Rematik
- 12) Penyakit kulit yang tidak memerlukan antibiotik untuk pengobatan

15. Kelainan Bawaan/Cacat Kongenital

Ketidakhormalan secara medis termasuk kelainan fisik yang telah ada sejak bayi dilahirkan (neonatal).

16. Kecelakaan

adalah suatu peristiwa atau kejadian oleh kekerasan, bersifat tidak sengaja, berasal dari luar dan bersifat dapat terlihat, yang merupakan satu-satunya penyebab dari cedera jasmaniah.

17. Cedera

adalah kerusakan tubuh yang hanya disebabkan oleh kecelakaan.

18. Masa Tunggu

adalah periode mulai berlakunya pertanggungjawaban terhadap kondisi disabilitas, dihitung dari tanggal mulai efektif polis. Dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Dalam hal cedera akibat kecelakaan, tidak ada periode menunggu dan jaminan akan dimulai segera.
- b. Dalam hal Disability atau penyakit fisik lainnya periode menunggu adalah 14 hari.
- c. Masa tunggu tidak berlaku untuk polis yang diperpanjang atau Polis yang diambil alih (take over) asalkan Perusahaan diberikan copy polisnya.

PASAL 2

DEFINISI BERHUBUNGAN DENGAN PEMBERI JASA MEDIS

1. Rumah Sakit / Klinik

Suatu Lembaga yang memiliki izin resmi dan terdaftar sebagai suatu tempat yang ditujukan untuk digunakan bagi perawatan dan pengobatan bagi orang-orang yang sakit dan cedera sebagai pasien yang membayar biaya perawatan dan yang :

- a. Memiliki fasilitas/sarana untuk melakukan diagnosa dan kamar bedah di tempat tersebut untuk dapat melaksanakan operasi/pembedahan besar.
- b. Memberikan pelayanan perawatan oleh juru rawat yang berijazah dan terdaftar sepanjang waktu dan di bawah pengawasan seorang Dokter yang terdaftar resmi sepanjang waktu dan bukan hanya berupa klinik; bukan merupakan tempat bagi pecandu alkohol atau obat bius; bukan suatu tempat perawatan; peristirahatan atau rumah pemeliharaan kesehatan setelah mengalami sakit; atau bukan rumah untuk para lanjut usia; ataupun badan usaha sejenisnya.

2. Dokter

Seseorang praktisi kedokteran yang sudah memiliki kualifikasi Sarjana dalam Ilmu Kedokteran Barat yang telah terdaftar dan memiliki izin untuk mempraktekan Ilmu Kedokteran tersebut di dalam wilayah geografis di mana pelayanan jasa kedokteran tersebut diberikan.

3. Dokter Spesialis

Dokter yang telah memiliki kualifikasi tertentu dan keahlian khusus dalam Ilmu Kedokteran Barat dan yang telah terdaftar dan memiliki izin untuk mempraktekan Ilmu Kedokteran tersebut di dalam wilayah geografis di mana pelayanan jasa kedokteran tersebut diberikan dan yang telah ditentukan oleh pihak yang berwenang di bidang kesehatan sebagai seorang dengan keahlian khusus dalam bidang tertentu dari Ilmu Kedokteran.

4. Dokter Gigi

Seorang yang telah terdaftar dan memiliki izin untuk melaksanakan praktek Kedokteran Gigi di dalam wilayah geografis di mana pelayanan jasa Kedokteran tersebut diberikan.

5. Obat-obatan yang diresepkan

Obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter atau Dokter Spesialis yang merawat dan dibeli di Apotik yang terdaftar atau Rumah Sakit sehubungan dengan perawatan atas ketidakmampuan secara fisik yang dijamin oleh Polis.

6. Biaya yang memenuhi syarat

Biaya-biaya wajar yang secara medis diperlukan dan dapat diterima oleh standar pengobatan yang timbul sehubungan dengan ketidakmampuan secara fisik yang dijamin oleh Polis ini.

7. Hari, Minggu dan Bulan

Tahun kalender menurut kalender yang berlaku secara internasional.

BAB II JAMINAN

PASAL 3 RISIKO YANG DIJAMIN

Polis ini memberikan jaminan berupa dana kesehatan, yang dibayarkan sebagai Santunan Tunai Harian apabila Tertanggung atau Peserta Asuransi harus menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit / Klinik akibat Penyakit maupun Kecelakaan.

PASAL 4 HAK ATAS SANTUNAN

Santunan Tunai Harian diberikan sebagai penggantian atas biaya-biaya perawatan dan atau pengobatan yang dilakukan dalam usaha untuk penyembuhan atau pemulihan sakit atau cidera yang diderita Tertanggung sebagai akibat langsung dari suatu penyakit atau kecelakaan yang dijamin polis.

PASAL 5 BESARNYA SANTUNAN

Santunan Tunai Harian dibayarkan sesuai dengan besarnya manfaat sesuai plan yang dipilih peserta sebagaimana tercantum dalam Ikhtisar Pertanggungan berdasarkan jumlah hari perawatan yang dialami oleh Tertanggung namun tidak melampaui nilai kuitansi Rumah Sakit / Klinik.

1. Plan 300

Memberikan santunan tunai harian sebesar Rp. 300.000,- per hari sesuai jumlah hari perawatan, atau sebesar nilai kuitansi mana yang lebih kecil.

2. Plan 400

Memberikan santunan tunai harian sebesar Rp. 400.000,- per hari sesuai jumlah hari perawatan, atau sebesar nilai kuitansi mana yang lebih kecil.

3. Plan 500

Memberikan santunan tunai harian sebesar Rp. 500.000,- per hari sesuai jumlah hari perawatan, atau sebesar nilai kuitansi mana yang lebih kecil.

4. Plan 600

Memberikan santunan tunai harian sebesar Rp. 600.000,- per hari sesuai jumlah hari perawatan, atau sebesar nilai kuitansi mana yang lebih kecil.

5. Plan 700

Memberikan santunan tunai harian sebesar Rp. 700.000,- per hari sesuai jumlah hari perawatan, atau sebesar nilai kuitansi mana yang lebih kecil.

Jaminan ini tidak berlaku bagi kuitansi yang dikeluarkan oleh pengobatan alternatif .

BAB II

PENGECUALIAN

PASAL 6

PENGECUALIAN

Polis ini tidak menjamin :

1. Cedera atau penyakit yang ditimbulkan secara langsung maupun tidak langsung akibat perang, segala tindakan peperangan baik yang dinyatakan maupun tidak, tindakan kriminal/tindakan melanggar hukum atau teroris, mengemban tugas militer, keikutsertaan secara langsung dalam huru-hara, pemogokan dan pergolakan sipil atau pemberontakan, usaha bunuh diri atau cedera yang diakibatkan oleh kesengajaan sendiri.
2. Produk kesehatan yang dibeli secara bebas seperti : obat-obatan yang dibeli di luar apotk, sabun mandi, bedak, obat kumur, pasta gigi, sikat gigi, obat gosok (balsam, minyak angin), susu (terkecuali susu low lactosa untuk anak penderita diare yang dirawat inap), makanan bayi, vitamin dan food supplement yang secara medis tidak diperlukan dan tidak berhubungan dengan penyakitnya.
3. Pengobatan untuk mendapatkan kesuburan, bayi tabung, hidrotubasi dan akibat-akibat yang ditimbulkan karena pengobatan-pengobatan tersebut di atas. Segala pengujian dan perawatan kemandulan, kontrasepsi untuk pengaturan kelahiran secara mekanis atau kimiawi, sterilisasi baik itu kastrasi, tubektomi dan vasektomi serta terapi hormonal.

4. Istirahat untuk penyembuhan dan perawatan di Sanatorium termasuk pengobatan untuk tujuan penyembuhan seperti lelah mental atau lelah fisik, penyakit menular yang diharuskan oleh hukum untuk diisolasi / dikarantinakan dan wabah penyakit (termasuk COVID-19).
5. Setiap perawatan atau pembedahan terhadap kelainan bawaan/cacat congenital (penyakit atau ketidakmampuan secara fisik yang dibawa sejak lahir), herediter (penyakit keturunan) misalnya Hernia, Atresia Ani, VSD, ASD, bibir sumbing, septum deviasi, cacat tulang, debil, embicil, mongoloid, cretinism, thallasemia, haemophyllia dan penyakit ayan (epilepsi) kecuali yang disebabkan oleh trauma yang terjadi setelah bertanggung dijamin oleh Polis ini secara berkesinambungan.
6. Operasi plastik atau bedah/perawatan kosmetik, perawatan khusus untuk pengurangan atau penambahan berat badan dan peningkatan tinggi badan.
7. Biaya-biaya perawatan khusus atau pembelian alat-alat Bantu kecuali penyewaan alat tersebut selama perawatan-inap di Rumah Sakit, kecuali :
 - a. Protesa kaki
 - b. Protesa tangan
 - c. Alat Bantu Dengar
8. Penyakit-penyakit di bawah ini dan segala akibat yang ditimbulkannya :
 - a. Penyakit Hubungan Sexual (PHS)
 - b. HIV-AIDS (AcquiredImmune Deficiency Syndrom) & ARC (AIDS Related Complex)
 - c. Penyalahgunaan alkohol, narkotik, obat perangsang, obat kesuburan
 - d. Disfungsi sexual, micro penis, Ejakulasi dini, Impotensi, Frigiditas
 - e. Penyakit jiwa/penyakit mental lainnya, termasuk segala jenis Neurosis, Manifestasi dari gangguan kejiwaan atau Psikosomatis, segala jenis Psikosis, Gangguan Kepribadian.
 - f. Penyakit neurologist seperti Parkinson, Alzheimer
 - g. Gangguan perkembangan seperti Gangguan wicara, Autisme
 - h. Kontaminasi radioaktif, zat kimia
 - i. Pelayanan kesehatan yang belum diakui secara luas di bidang kedokteran (seperti : Pijat, dukun, ramuan tradisional, jamu, akupuntur oleh sinshe, akupresur, terapi ozon, terapi hyperbaric, Hydroterapi).
 - j. Sirkumsisi (sunat), tindik, tattoo
 - k. Endometriosis, Kehamilan Ektopik Terganggu
9. Setiap pemeriksaan kesehatan atau fisik secara rutin/berkala (Medical Checkup), terapi fisik, check-up kesehatan atau test-test yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa kondisi yang dijamin atau pemeriksaan yang tidak diperlukan secara medis , obat-obatan atau pemeriksaan preventif termasuk semua jenis imunisasi-vaksinasi, sedangkan imunisasi dasar seperti BCG, DPT, POLIO, CAMPAK dan HEPATITIS B dijamin di dalam Jaminan Rawat Jalan dan hanya untuk anak-anak yang berusia sampai dengan 5 (lima) tahun.
10. Perawatan atau Pengobatan yang tidak secara medis diperlukan, termasuk perawatan bersifat Eksperimental.
11. Cedera atau penyakit yang timbul sebagai akibat dari mengikuti segala jenis perlombaan (kecuali lomba lari), terjun payung, panjat tebing, berburu, polo, berkuda, kegiatan-kegiatan

- bawah air yang memerlukan perlengkapan bernapas, olah raga professional, penerbangan non komersil / tidak berjadwal.
12. Alat pacu jantung, dan semua transplantasi organ tubuh termasuk sumsum tulang.
 13. Biaya pemberi jasa medis yang dikenakan oleh keluarga dekat Tertanggung atau oleh seseorang yang secara normal tinggal serumah dengan Tertanggung.
 14. Biaya-biaya yang ditanggung Asuransi Tenaga Kerja, Organisasi Jaminan Sosial/JAMSOSTEK/ASKES atau asuransi lain. Hanya kelebihan biaya dari asuransi Tenaga Kerja/JAMSOSTEK/ASKES, asuransi lain atau Organisasi Jaminan Sosial yang akan dibayarkan atau mana saja yang lebih rendah.

BAB III

PERSYARATAN

PASAL 7

USIA

Pertanggungan ini hanya berlaku bagi Tertanggung yang telah berusia minimal 1 (satu) tahun sampai dengan usia 60 (enam puluh) tahun.

PASAL 8

WILAYAH

Pertanggungan ini berlaku di seluruh dunia.

PASAL 9

KEWAJIBAN UNTUK MENGUNGKAPKAN FAKTA

1. Tertanggung wajib :
 - a. mengungkapkan fakta material yaitu informasi, keterangan, keadaan dan fakta yang mempengaruhi pertimbangan Penanggung dalam menerima atau menolak suatu permohonan penutupan asuransi dan dalam menetapkan suku premi apabila permohonan dimaksud diterima;
 - b. membuat pernyataan yang benar tentang hal-hal yang berkaitan dengan penutupan asuransi;
yang disampaikan baik pada waktu pembuatan perjanjian asuransi maupun selama jangka waktu pertanggungan.
2. Jika Tertanggung tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana diatur dalam ayat 1 pasal ini, Penanggung tidak wajib membayar kerugian yang terjadi dan berhak menghentikan pertanggungan serta tidak wajib mengembalikan premi.

3. Ketentuan pada ayat 2 diatas tidak berlaku dalam hal fakta material yang tidak diungkapkan atau yang dinyatakan dengan tidak benar tersebut telah diketahui oleh Penanggung, namun Penanggung tidak mempergunakan haknya untuk menghentikan pertanggungan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah Penanggung mengetahui pelanggaran tersebut.

PASAL 10

PEMBAYARAN PREMI

1. Merupakan syarat dari tanggung jawab Penanggung atas jaminan asuransi berdasarkan Polis ini, setiap premi terhutang harus sudah dibayar lunas dan secara nyata telah diterima seluruhnya oleh Penanggung :
 - a. jika jangka waktu pertanggungan tersebut 30 (tiga puluh) hari kalender atau lebih, maka pelunasan pembayaran premi harus dilakukan dalam tenggang waktu 30 (tiga puluh) hari kalender dihitung dari tanggal mulai berlakunya Polis;
 - b. jika jangka waktu pertanggungan tersebut kurang dari 30 (tiga puluh) hari kalender, pelunasan pembayaran premi harus dilakukan dalam tenggang waktu sesuai dengan yang diperjanjikan antara Penanggung dan Tertanggung.
2. Pembayaran premi dapat dilakukan dengan cara tunai, cek, bilyet giro, transfer atau dengan cara lain yang disepakati antara Penanggung dan Tertanggung.
Penanggung dianggap telah menerima pembayaran premi, pada saat :
 - a. diterimanya pembayaran tunai, atau
 - b. premi bersangkutan sudah masuk ke rekening Bank Penanggung, atau
 - c. Penanggung telah menyepakati pelunasan premi bersangkutan secara tertulis.
3. Apabila jumlah premi sebagaimana dimaksudkan di atas tidak dibayar sesuai cara dan dalam jangka waktu yang ditetapkan pada ayat 1 pasal ini, Pertanggungan ini batal dengan sendirinya terhitung mulai tanggal berakhirnya tenggang waktu tersebut dan Penanggung dibebaskan dari semua tanggung jawab sejak tanggal dimaksud, tanpa mengurangi jaminan pertanggungan yang telah menjadi tanggung jawab Penanggung sebelum tanggal itu, dengan tidak mengurangi kewajiban pihak Tertanggung atas pembayaran premi untuk :
 - a. jangka waktu pertanggungan tersebut 30 (tiga puluh) hari kalender atau lebih, sebesar 20% (dua puluh persen) dari Premi tahunan,
 - b. jangka waktu pertanggungan tersebut kurang dari 30 (tiga puluh) hari kalender, sebesar jumlah premi yang tercantum dalam pertanggungan, kecuali jika diperjanjikan lain.

PASAL 11

PERUBAHAN RISIKO

1. Jika terjadi perubahan atas pekerjaan dan atau jabatan Tertanggung, sehingga risiko yang dijamin menjadi lebih besar dan Tertanggung tahu atau seharusnya mengetahui perihal keadaan tersebut, maka Tertanggung wajib memberitahukannya kepada Penanggung.
2. Sehubungan dengan perubahan risiko pada ayat 1 di atas, Penanggung berhak :
 - a. menetapkan pertanggungan ini diteruskan dengan suku premi yang sudah ada atau dengan suku premi yang lebih tinggi, atau
 - b. menghentikan pertanggungan sama sekali dengan pengembalian premi sebagaimana diatur pada Pasal 21 ayat 2

PASAL 12

PREMI JANGKA PENDEK

Premi atas periode pertanggungan kurang dari 1(satu) tahun adalah :

1. Untuk Periode Asuransi tidak melebihi 1 minggu : 1/8 Premi tahunan
2. Untuk Periode Asuransi tidak melebihi 1 bulan : 1/4 Premi tahunan
3. Untuk Periode Asuransi tidak melebihi 2 bulan : 3/8 Premi tahunan
4. Untuk Periode Asuransi tidak melebihi 3 bulan : 1/2 Premi tahunan
5. Untuk Periode Asuransi tidak melebihi 4 bulan : 5/8 Premi tahunan
6. Untuk Periode Asuransi tidak melebihi 6 bulan : 3/4 Premi tahunan
7. Untuk Periode Asuransi tidak melebihi 8 bulan : 7/8 Premi tahunan
8. Untuk Periode Asuransi melebihi 8 bulan maka premi dihitung penuh untuk 1 tahun.

PASAL 13

KEWAJIBAN TERTANGGUNG DALAM HAL TERJADI SUATU KERUGIAN

Dalam hal terjadi suatu kerugian yang dijamin dalam pertanggungan ini, maka :

1. Tertanggung wajib dengan segera mengambil langkah guna memperoleh pertolongan untuk pengobatan serta perawatan yang diperlukan atas luka yang dideritanya dari dokter.
2. Tertanggung atau wakil atau keluarganya yang sah wajib memberitahukan kepada Penanggung dalam waktu 5 (lima) hari kalender terhitung sejak terjadinya perawatan atas penyakit/cedera tersebut.
Pemberitahuan dimaksud dilakukan secara tertulis, atau secara lisan yang diikuti dengan tertulis kepada Penanggung.
3. Jika kewajiban-kewajiban yang tersebut diatas tidak dipenuhi maka segala hak atas santunan atau penggantian menjadi batal.

PASAL 14

DOKUMEN PENDUKUNG KLAIM

Jika terjadi kerugian yang menimbulkan tuntutan penggantian (klaim), Tertanggung wajib menyampaikan dokumen-dokumen pendukung klaim dalam waktu 30(tiga puluh) hari kalender setelah selesainya perawatan, yaitu berupa :

1. Formulir asli laporan pengajuan klaim
2. Fotocopy polis dan kuitansi pembayaran premi.
3. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP).
4. Perincian biaya perawatan di Rumah Sakit yang mencantumkan lamanya hari perawatan.
5. Kuitansi pembayaran biaya Rumah Sakit.
6. Dokumen – dokumen lain yang dipandang relevan.

Catatan :

Jika dokumen 4 & 5 digunakan untuk proses penjaminan dari Pihak lain, maka dapat digunakan copy yang dilegalisir oleh Pihak Penjamin yang dimaksud.

PASAL 15

LAPORAN TIDAK BENAR

Tertanggung tidak berhak mendapatkan santunan atau penggantian biaya apabila dengan sengaja :

1. mengungkapkan fakta dan atau membuat pernyataan yang tidak benar tentang hal-hal yang berkaitan dengan permohonan yang disampaikan pada waktu pembuatan Polis ini dan yang berkaitan dengan kecelakaan yang terjadi
2. memperbesar jumlah kerugian yang diderita
3. mempergunakan surat atau alat bukti palsu, dusta atau tipuan.

PASAL 16

PERTANGGUNGAN LAIN

1. Pada waktu pertanggungan ini dibuat, Tertanggung wajib memberitahukan kepada Penanggung pertanggungan lain untuk kepentingan yang sama.
2. Jika setelah pertanggungan ini dibuat, Tertanggung kemudian menutup pertanggungan lainnya untuk kepentingan yang sama, maka hal itupun wajib diberitahukan kepada Penanggung.

PASAL 17

PERTANGGUNGAN RANGKAP

1. Dalam hal terjadi kerugian atas pada Polis ini yang dijamin pula oleh satu atau lebih polis lain, maka jumlah penggantian maksimum yang dapat diperoleh berdasarkan Polis ini dihitung secara proporsional antara nilai pertanggungan pada Polis ini terhadap jumlah nilai pertanggungan semua Polis.

2. Ketentuan di atas akan dijalankan, walaupun segala pertanggungan yang dimaksud itu dibuat dengan beberapa polis yang diterbitkan pada hari yang berlainan, yaitu jika pertanggungan atau semua pertanggungan itu tanggalnya lebih dahulu daripada tanggal Polis ini dan tidak berisi ketentuan sebagaimana tersebut pada ayat (1) pasal ini.
3. Dalam hal terjadi kecelakaan, Tertanggung wajib memberitahukan secara tertulis pertanggungan lain yang masih berlaku.
Dalam hal Tertanggung tidak memenuhi persyaratan ini maka haknya atas penggantian menjadi hilang.

PASAL 18

PEMBAYARAN KLAIM

Penanggung wajib menyelesaikan pembayaran klaim dalam waktu 15 (lima belas) hari kalender sejak adanya kesepakatan tertulis antara Penanggung dan Tertanggung mengenai jumlah klaim yang harus dibayar.

PASAL 19

HILANGNYA HAK ATAS GANTI RUGI

1. Hak Tertanggung atas ganti rugi berdasarkan pertanggungan ini hilang, apabila Tertanggung:
 - a. tidak mengajukan tuntutan ganti rugi dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak terjadinya kecelakaan, walaupun pemberitahuan tentang adanya kejadian telah disampaikan,
 - b. tidak memenuhi kewajiban berdasarkan Pertanggungan ini
 - c. tidak mengajukan keberatan atau menempuh penyelesaian melalui upaya hukum dalam waktu 6 (enam) bulan sejak Penanggung memberitahukan secara tertulis bahwa Tertanggung tidak berhak untuk mendapatkan ganti rugi
2. Hak Tertanggung atas ganti rugi yang lebih besar daripada yang disetujui Penanggung akan hilang apabila dalam waktu 3 (tiga) bulan sejak Penanggung memberitahukan secara tertulis mengenai harga ganti rugi yang telah disetujuinya, Tertanggung tidak mengajukan keberatan atau menempuh penyelesaian melalui upaya hukum.

PASAL 20

MATA UANG

Dalam hal premi dan atau klaim berdasarkan polis ini ditetapkan dalam mata uang asing tetapi pembayarannya dilakukan dengan mata uang rupiah, maka pembayaran tersebut dilakukan dengan menggunakan kurs jual Bank Indonesia pada saat pembayaran.

PASAL 21

PENGHENTIAN PERTANGGUNGAN

Pertanggungan akan berakhir dalam hal-hal sebagai berikut :

1. Berakhirnya jangka waktu pertanggungan.

Pertanggungan berakhir dengan sendirinya sesudah berakhirnya jangka waktu pertanggungan menurut polis ini.

2. Pembatalan pertanggungan.

Penanggung dan Tertanggung masing-masing berhak setiap waktu menghentikan pertanggungan ini dengan memberitahukan alasannya.

Pemberitahuan penghentian tersebut dilakukan secara tertulis dengan surat tercatat atau cara lain yang dapat dibuktikan dengan bukti pengiriman oleh pihak yang menghendaki penghentian pertanggungan kepada pihak lainnya di alamat terakhir yang diketahui.

Penanggung bebas dari segala kewajiban berdasarkan pertanggungan ini 5 (lima) hari kalender terhitung sejak tanggal pengiriman pemberitahuan tertulis tersebut.

Tertanggung berhak atas pengembalian premi secara prorata untuk jangka waktu pertanggungan yang belum dijalani, setelah dikurangi biaya akuisisi, namun demikian bila telah terjadi klaim yang jumlahnya melebihi jumlah premi yang tercantum dalam Ikhtisar Pertanggungan, maka Tertanggung **tidak berhak atas pengembalian premi** untuk jangka waktu pertanggungan yang belum dijalani.

3. Jika Tertanggung meninggal dunia.
4. Jika Tertanggung mengalami cacat mental dalam masa pertanggungan.
5. Jika Tertanggung mencapai umur 60 tahun dalam masa pertanggungan.
6. Jika Tertanggung dikenakan tahanan / hukuman penjara.

PASAL 22

PERSELISIHAN

Apabila timbul sengketa antara Penanggung dan Tertanggung sebagai akibat penafsiran atau pelaksanaan pertanggungan ini akan diselesaikan melalui perdamaian atau musyawarah dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari sejak terjadi perselisihan.

Perselisihan dianggap terjadi sejak Tertanggung atau Penanggung menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan. Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah tidak dapat dicapai, Penanggung memberikan kebebasan kepada Tertanggung untuk memilih salah satu dari klausul penyelesaian perselisihan sebagaimana diatur berikut ini, untuk selanjutnya tidak dapat dicabut atau dibatalkan. Tertanggung wajib untuk memberitahukan pilihannya tersebut secara tertulis kepada Penanggung.

A. Klausul Penyelesaian Sengketa melalui Arbitrase

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan usaha penyelesaian sengketa melalui Arbitrase Ad Hoc sebagai berikut :

1. Majelis Arbitrase Ad Hoc terdiri dari 3(tiga) orang Arbiter. Tertanggung dan Penanggung masing-masing menunjuk seorang Arbiter dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah diterimanya pemberitahuan, yang kemudian kedua Arbiter tersebut memilih dan menunjuk Arbiter ketiga dalam waktu 14 (empat belas) hari setelah Arbiter yang kedua ditunjuk. Arbiter ketiga menjadi ketua Majelis Arbitrase Ad Hoc.
2. Dalam hal terjadi ketidaksepakatan dalam penunjukkan para Arbiter dan atau kedua Arbiter tidak berhasil menunjuk Arbiter ketiga, Tertanggung dan atau Penanggung dapat mengajukan permohonan kepada ketua Pengadilan Negeri yang daerah hukumnya dimana termohon bertempat tinggal untuk menunjuk para Arbiter dan atau ketua Arbiter.
3. Pemeriksaan atas sengketa harus diselesaikan dalam waktu paling lama 180(seratus delapan puluh) hari kalender sejak Majelis Arbitrase Ad Hoc terbentuk. Dengan persetujuan para pihak dan apabila dianggap perlu oleh Majelis Arbitrase Ad Hoc, jangka waktu pemeriksaan sengketa dapat diperpanjang.
4. Putusan Arbitrase bersifat final dan mempunyai kekuatan hukum tetap dan mengikat Tertanggung dan Penanggung. Dalam hal Tertanggung dan atau Penanggung tidak melaksanakan putusan Arbitrase secara sukarela, putusan dilaksanakan berdasarkan perintah ketua Pengadilan Negeri yang daerah hukumnya dimana termohon bertempat tinggal atas permohonan salah satu pihak yang bersengketa.
5. Untuk hal-hal yang belum diatur dalam pasal ini berlaku ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 30 Tahun 1999 tanggal 12 Agustus 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa

B. Klausul Penyelesaian Sengketa melalui Pengadilan

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan usaha penyelesaian sengketa melalui Pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia.

PASAL 23

KLAUSUL PENGECUALIAN PENYAKIT MENULAR (LSW 1191)

Kontrak asuransi mengecualikan kerugian yang secara langsung atau tidak langsung timbul dari, mempunyai kontribusi terhadap, atau berasal dari, penyakit menular yang membuat dilakukannya tindakan-tindakan berikut :

1. Pembatasan pergerakan manusia atau hewan, yang dilakukan oleh badan nasional atau internasional yang berwenang.
2. Nasihat atau peringatan perjalanan apa pun yang dikeluarkan oleh badan nasional atau internasional

dan sehubungan dengan (1) atau (2) setiap ketakutan atau ancamannya (baik yang nyata maupun yang dirasakan). Jika Penanggung menyatakan bahwa dengan alasan pengecualian ini, setiap kerugian tidak ditanggung oleh asuransi ini, beban pembuktian sebaliknya ada pada Tertanggung.

PASAL 24

PENUTUP

Untuk hal-hal yang belum atau tidak cukup diatur dalam Polis ini, berlaku ketentuan Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan atau Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.