



RINGKASAN INFORMASI PRODUK & LAYANAN UMUM

BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima

Deskripsi Produk

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

Jenis Produk Asuransi Kesehatan Mata Uang Rupiah (Rp) Jalur Pemasaran Agency

Fitur Utama Asuransi Jiwa

Usia Masuk Tertanggung

- 30 hari - 70 tahun

Masa Pertanggungan

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

Frekuensi Pembayaran Premi

- Bulanan, Kuartalan, Semesteran atau Tahunan

Plan

- Platinum, Gold, Silver, Bronze

Premi*)

- Mulai dari Rp 493.600,-/bulan

Masa Pembayaran Premi

- Selama Masa Pertanggungan

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

Manfaat Asuransi

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

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

Risiko

- | | |
|--|--|
| <p>1 Klaim Kesehatan ditolak oleh hal-hal yang dikecualikan dalam Polis</p> <p>2 Klaim ditolak karena Tertanggung Meninggal Dunia disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan dalam Polis.</p> <p>3 Polis menjadi tidak berlaku akibat premi tidak dibayarkan sampai dengan Masa Tenggang (Grace Period).</p> | <p>4 Dalam hal terdapat pernyataan, keterangan, dan jawaban yang diberikan dalam SPAJ tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya atau terdapat informasi yang disembunyikan, yang apabila hal tersebut sejak awal diketahui oleh Penanggung dapat mempengaruhi hasil seleksi risiko (<i>underwriting</i>) Penanggung atas permohonan asuransi, maka Penanggung (i) berhak untuk membatalkan Polis, (ii) tidak wajib mengembalikan premi yang sudah dibayarkan, (iii) tidak wajib membayar manfaat Produk Asuransi, dan (iv) tidak akan memberikan ganti rugi apapun.</p> |
|--|--|

Ketentuan Underwriting

Full Underwriting dan mengikuti ketentuan underwriting yang berlaku di BCA Life

Biaya

Hanya biaya premi bulanan, kuartalan, semesteran atau tahunan. Tanpa ada biaya tambahan lainnya. Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya akuisisi, pemeliharaan Polis dan komisi perusahaan kepada pihak pemasar.

Penyakit Khusus

1. Yang dimaksud dengan penyakit-penyakit khusus adalah:
 - a. Segala jenis kista, tumor jinak pada organ manapun
 - b. Varicocele, endometriosis, uterine fibroid/mioma, termasuk penyakit pada sistem reproduksi lainnya
 - c. TBC, Asma, termasuk namun tidak terbatas pada Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)
 - d. Semua jenis hernia, termasuk hernia nucleus pulposus (HNP)
 - e. Amandel/Tonsil dan penyakit adenoid
 - f. Kelainan dari kelenjar thyroid (Gondok) dan/atau parathyroid
 - g. Kelainan/penyakit pada hidung, sinus, septum atau turbinatum
 - h. Katarak
 - i. Semua jenis epilepsi
 - j. Semua perawatan yang berhubungan dengan tulang belakang dan sumsum tulang belakang termasuk diskus, prolaps cakram antar ruas tulang belakang
 - k. Anal fistula dan/atau abses, perianal fistula dan/atau abses dan hemorrhoid
 - l. Hipertensi, penyakit jantung dan pembuluh darah, penyakit pembuluh darah otak, termasuk Transient Ischemic Attack, Stroke, Vertigo/Migren
 - m. Radang/batu kandung empedu, batu empedu, semua jenis hepatitis dan sirosis hati selain hepatitis A
 - n. Kencing Manis
 - o. Radang/Batu saluran kemih, batu ginjal, gagal ginjal
 - p. Tukak lambung, tukak usus

yang selanjutnya disebut "Penyakit-Penyakit Khusus".
2. Penggantian biaya perawatan/pengobatan atas Penyakit-Penyakit Khusus akan dilakukan oleh Penanggung bila memenuhi ketentuan-ketentuan di bawah ini:
 - a. Polis telah berjalan lebih dari 12 (dua belas) bulan dari Tanggal Mulai Asuransi, kenaikan Plan atau Pemulihan Polis mana yang paling akhir.
 - b. Peristiwa yang dapat menimbulkan klaim berlangsung pada saat Polis masih aktif.
 - c. Penyakit penyakit khusus baru pertama kali didiagnosis atau bukan merupakan Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-existing Conditions*).
 - d. Apabila *Pre-existing Conditions* yang diderita Tertanggung adalah termasuk di dalam kelompok Penyakit-Penyakit Khusus, maka ketentuan yang berlaku adalah ketentuan *Pre-existing Conditions*.

Pengecualian

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

1. Kondisi Yang Telah ada Sebelumnya
2. Penyakit-Penyakit Khusus sesuai dengan pasal 15 Ketentuan Khusus di Polis.
3. Setiap perawatan / pengobatan yang didiagnosis pada Masa Tunggu yakni:
 - a. Polis telah berjalan lebih dari 12 (dua belas) bulan dari Tanggal Mulai Asuransi, kenaikan Plan atau Pemulihan Polis mana yang paling akhir.
 - b. Peristiwa yang dapat menimbulkan klaim berlangsung pada saat Polis masih aktif.
 - c. Penyakit penyakit khusus baru pertama kali didiagnosis atau bukan merupakan Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-existing Conditions*).
 - d. Apabila *Pre-existing Conditions* yang diderita Tertanggung adalah termasuk di dalam kelompok Penyakit-Penyakit Khusus, maka ketentuan yang berlaku adalah ketentuan *Pre-existing Conditions*.
4. Penyakit / Cedera Tubuh akibat percobaan bunuh diri atau kesengajaan melukai diri sendiri baik dalam keadaan waras atau tidak waras atau Cedera Tubuh yang diderita atau Rawat Inap sebagai akibat dari kesengajaan yang dilakukan atau disertai atau dibantu atau dibujuk (disuruh lakukan);
5. Tertanggung dibawah pengaruh (sengaja maupun tidak sengaja) atau terlibat dalam penyalahgunaan narkotika, psikotropika, alkohol, racun, gas atau zat-zat sejenisnya, atau obat-obatan (kecuali obat-obatan atau zat-zat tersebut digunakan berdasarkan rekomendasi oleh Dokter);
6. Keterlibatan Tertanggung dalam perbuatan melawan hukum, kelalaian dan/atau perbuatan melawan/melanggar hukum, termasuk kejahatan perasuransian yang dilakukan oleh pihak yang mempunyai atau berkepentingan dengan asuransi ini, baik aktif maupun tidak;
7. Semua jenis perawatan/pengobatan:
 - a. Yang tidak berhubungan dengan diagnosis/alasan rehabilitasi Rawat Inap tanpa anjuran Dokter
 - b. Pencegahan (termasuk pencegahan Penyakit) termasuk imunisasi namun tidak terbatas pada Vaksinasi dan komplikasinya,
 - c. Biaya istirahat, Perawatan yang bukan merupakan pelayanan yang Diperlukan Secara Medis
 - d. Pengobatan eksplorasi atau eksperimental atau prosedur efektif lainnya, termasuk pengobatan dan/atau teknologi/prosedur medis yang tidak konvensional, yang belum terbukti efektif / belum terbukti dapat berhasil atau yang bersifat eksperimen, berdasarkan praktik medis yang terbukti, dan belum mendapatkan persetujuan dari badan yang diakui di negara tempat Tertanggung menjalani perawatan dan/atau pengobatan.

8. Pemeliharaan dan/atau Tindakan/pembedahan yang berkaitan dengan kehamilan atau upaya untuk hamil, termasuk persalinan (melahirkan), diagnosis dan pengobatan infertilitas (ketidaksuburan), keguguran, aborsi, sterilisasi (vasektomi /MOP dan tubektomi /MOW) dan kontrasepsi, metode pengendalian kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, termasuk segala komplikasi yang terjadi karenanya, kecuali manfaat yang terkait Komplikasi Sebelum dan Sesudah Melahirkan sesuai dalam Pasal 10 Ketentuan Khusus di Polis dan sesuai Plan yang diambil;
9. Pengobatan/Perawatan dan/atau tindakan/operasi untuk mengatasi obesitas, penurunan atau penambahan berat badan, bulimia, anoreksia nervosa; atau
10. Pengobatan dan/atau pembedahan untuk mengubah jenis kelamin; atau
11. Pengobatan terkait sunat termasuk segala komplikasinya kecuali jika merupakan Perawatan yang Diperlukan Secara Medis; atau
12. Penyakit menular seksual atau penyimpangan seksual; atau
13. Perawatan atau pengobatan yang terkait gangguan jiwa atau psikiatri (termasuk neurosis, psikosomatik, psikosis); atau
14. Perang (dideklarasikan atau tidak), invasi oleh negara lain, operasi permusuhan atau seperti perang (dinyatakan atau tidak), terorisme, pemberontakan, pemogokan, keikutsertaan langsung dalam kerusuhan atau huru hara, kudeta, perlawanan, revolusi militer atau angkatan bersenjata, atau partisipasi dalam aksi/kegiatan militer, perang sipil; atau
15. Reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasi nya;
16. Kelainan bawaan (Congenital), hereditas;
17. Pemeriksaan fisik secara berkala, pemeriksaan kesehatan (*medical check up*) atau pemeriksaan kesehatan lainnya yang tidak ada indikasi obyektif adanya gangguan Kesehatan, atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis Rawat Inap, biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Dokter, biaya suplemen makanan, biaya telekomunikasi, biaya penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan Perawatan Medis;
18. Penyakit atau Cedera Tubuh yang diakibatkan Tertanggung melakukan olahraga secara profesional atau dimana tertanggung mendapatkan penghasilan atau gaji dari melakukan olahraga tersebut atau keterlibatan Tertanggung dalam kegiatan berbahaya atau hobi yang berisiko tinggi termasuk namun tidak terbatas menyelam, penerbangan udara, bungee jumping, hang gliding, balon udara, terjun payung, dan balap jenis apapun;
19. Biaya untuk pengobatan penyembuhan serta perawatan pribadi di rumah, pengobatan alami atau sejenisnya yang bertujuan untuk istirahat kecuali untuk manfaat Biaya Perawatan Paliatif, Biaya Perawat di Rumah, dan Biaya Pengobatan Tradisional Tiongkok sesuai dalam Pasal 10 Ketentuan Khusus di Polis dan sesuai Plan yang diambil;
20. Rawat Jalan kecuali Rawat Jalan yang dimaksud pada Pasal 10 Ketentuan Khusus di Polis.
21. Semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan atau pembedahan gigi termasuk bedah mulut, gusi atau struktur penyangga gigi secara langsung, termasuk gigi bungsu, gigi palsu, implant gigi, penambalan gigi dan pengobatan yang terkait dengannya kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan terlepas dari siapa yang melakukan Perawatan tersebut;
22. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kosmetik termasuk akibat tindakan pembedahan kosmetik dan komplikasinya, bedah plastik kecuali untuk manfaat yang terkait Biaya Bedah Rekonstruksi sesuai dalam Pasal 10 Ketentuan Khusus di Polis;
23. Penyakit atau Cedera Tubuh yang disebabkan Tertanggung terlibat dalam penerbangan pesawat udara atau sejenisnya kecuali Tertanggung adalah penumpang resmi atau awak pesawat berlisensi maskapai penerbangan atau sejenisnya yang membayar tarif resmi pada perusahaan penerbangan komersial yang mempunyai jadwal penerbangan tetap, teratur dan telah memiliki izin usaha penerbangan;
24. Pemeriksaan mata, kesalahan/kelainan refraksi mata, pembelian/penyewaan kacamata/lensa, kelainan refraksi yang sesuai dengan Kondisi yang Sudah Ada Sebelumnya kecuali untuk perawatan Lasik dengan kelainan refraksi yang lebih dari 5 (lima) dioptri."
25. Biaya perawatan dan/atau pengobatan yang telah mendapat penggantian dari Pemerintah, asuransi kesehatan dan/atau pihak lain (kecuali untuk Manfaat Tunai Harian Rawat Inap)
26. Alat bantu termasuk namun tidak terbatas pada kursi roda, arm sling dan penyangga tubuh;
27. HIV, AIDS kecuali Tertanggung terinfeksi karena transfusi darah atau kecelakaan.

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

1. Bunuh diri, percobaan bunuh diri, atau kesengajaan melukai diri sendiri baik dalam keadaan waras atau tidak waras sebagai akibat dari kesengajaan yang dilakukan atau disertai atau dibantu atau dibujuk (disuruh lakukan) yang dibuktikan berdasarkan keterangan dari pihak yang berwenang dan/atau Dokter yang menangani Tertanggung;
2. Perang (dideklarasikan atau tidak), invasi oleh negara lain, operasi permusuhan atau seperti perang (dinyatakan atau tidak), terorisme, pemberontakan, pemogokan, keikutsertaan langsung dalam kerusuhan atau huru hara, kudeta, perlawanan, revolusi militer atau angkatan bersenjata, atau partisipasi dalam aksi/kegiatan militer, perang sipil; atau
3. Tertanggung dibawah pengaruh (sengaja maupun tidak sengaja) atau terlibat dalam penyalahgunaan narkotika, psikotropika, alkohol, racun, gas atau zat-zat sejenisnya, atau obat-obatan (kecuali obat-obatan atau zat-zat tersebut digunakan berdasarkan rekomendasi oleh Dokter);
4. Untuk manfaat Meninggal Dunia yang terjadi karena:
 - a. Keterlibatan Tertanggung dalam aktivitas atau olahraga yang membahayakan atau olahraga lain yang mengandung risiko yaitu:
 - i. Bela diri termasuk namun tidak terbatas pada tinju dan gulat;
 - ii. Menyelam, berenang, atau berlayar di laut lepas;
 - iii. Mendaki gunung, panjat tebing (baik buatan maupun sebenarnya);
 - iv. Arung jeram;
 - v. Base atau bungee jumping;
 - vi. Olahraga musim dingin dan/atau yang melibatkan es atau salju, termasuk namun tidak terbatas pada ski es, kereta luncur, dan hoki es;
 - vii. Adu kecepatan kendaraan baik bermotor atau tidak, seperti bersepeda, berkuda, berperahu (baik dengan layar maupun tidak);
 - viii. Terjun payung, terbang layang atau olahraga/permainan dirgantara lainnya atau melakukan penerbangan atau aktivitas di udara kecuali sebagai pilot, *flight attendants* atau penumpang pesawat udara berjadwal yang mempunyai lisensi/izin yang lengkap yang dikelola oleh perusahaan penerbangan komersil;
 - ix. Olahraga lain sejenis yang baru diketahui di kemudian hari, yang memiliki risiko yang sama dengan aktivitas olahraga yang disebutkan di atas.
 - b. Keterlibatan Tertanggung sebagai pilot, crew, pramugari atau penumpang dalam penerbangan:
 - i. Yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan non komersil; atau
 - ii. Dengan menggunakan helikopter.

Persyaratan dan Tata Cara

Anda harus melengkapi persyaratan:

Usia Masuk Pemegang Polis

- Minimal : 21 tahun
- Maksimal : 70 tahun

Usia Masuk Tertanggung

- Minimal : 30 hari
- Maksimal : 70 tahun

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

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

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

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

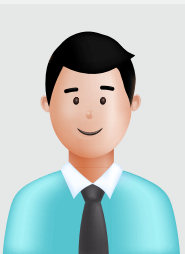
Untuk layanan Nasabah antara lain pembatalan Polis, Pemulihan Polis, informasi status pengiriman Polis atau Endorsemen, perubahan metode pembayaran Premi, pengajuan klaim, termasuk pengaduan, dapat menghubungi:

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

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

Arif

Usi Membeli Polis

Pria

Plan	Premi	Pembayaran Premi
Bronze	Rp6.537.300 *	Tahunan

*harga premi pada saat pembelian Polis

Skenario 1

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

Manfaat	Biaya	Total Biaya (10hari)
Kamar (2 tempat tidur dan kamar mandi dalam)	Rp900.000 per hari	Rp9.000.000
Kunjungan dokter Umum	Rp200.000 per kunjungan dengan 2x kunjungan	Rp4.000.000
Kunjungan dokter Spesialis	Rp400.000 per kunjungan dengan 1x kunjungan	Rp4.000.000
Aneka Biaya	Rp700.000 per hari	Rp7.000.000
Total Tagihan		Rp24.000.000

Tagihan bapak Arif sebesar Rp. 24.000.000 dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima. Limit manfaat tahunan bapak Arif setelah klaim tersebut menjadi Rp. 2.976.000.000

Skenario 2

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

Manfaat	Total Biaya
Biaya dokter Umum	Rp200.000
Aneka Biaya	Rp700.000
Biaya Laboratorium	Rp1.000.000
Total Tagihan	Rp1.900.000

Tagihan bapak Arif sebesar Rp. 1.900.000 dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima

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

Manfaat	Total Biaya
Biaya dokter Umum	Rp200.000
Aneka Biaya	Rp200.000
Biaya Laboratorium	Rp500.000
Total Tagihan	Rp900.000

Tagihan bapak Arif sebesar Rp. 900.000 dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima. Limit manfaat tahunan bapak Arif setelah klaim tersebut menjadi Rp. 2.997.200.000.

Skenario 3

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

Manfaat	Biaya	Total Biaya (10 hari)
Kamar (2 tempat tidur dan kamar mandi dalam)	Rp. 900.000 per hari	Rp. 9.000.000
Kunjungan dokter Umum	Rp. 200.000 per kunjungan dengan 2x kunjungan	Rp. 4.000.000
Kunjungan dokter Spesialis	Rp. 400.000 per kunjungan dengan 1x kunjungan	Rp. 4.000.000
Aneka Biaya	Rp. 700.000 per hari	Rp. 7.000.000
Biaya Tindakan Bedah	Rp. 100.000.000	Rp. 100.000.000
Biaya Kursi Roda	Rp. 1.500.000 *	Rp. 1.500.000 *
Biaya Laboratorium	Rp. 1.000.000	Rp. 1.000.000
Total Tagihan		Rp. 126.500.000

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

Tagihan bapak Arif sebesar Rp. 126.500.000, yang dibayarkan oleh Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima Sebesar Rp. 125.000.000, sisanya bapak Arif harus membayar eksekusi klaim sebesar Rp. 1.500.000 ke Rumah Sakit. Limit manfaat tahunan bapak Arif setelah klaim tersebut menjadi Rp. 2.875.000.000.

Setelah 10 hari perawatan tersebut bapak Arif Meninggal Dunia, maka BCA Life akan membayarkan juga Santuan Duka sebesar Rp. 25.000.000 dan Polis selesai.

Informasi Tambahan

1 Definisi-definisi Penting:

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

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

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

- a. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;
 - b. Ikatan Dokter Indonesia dan/atau perhimpunan/kolegium Dokter Spesialis yang terkait;
 - c. Institusi serupa di luar negeri dan/atau meminta pendapat dari konsultan medis atau hukum di luar Penanggung
- h. **Limit Booster** : Manfaat tambahan, di luar batas manfaat tahunan, dengan jumlah tertentu sebagaimana tercantum pada tabel manfaat. Jumlah manfaat limit booster tidak diperbarui setiap tahun dan nilainya akan berkurang sesuai dengan penggunaannya selama masa pertanggungan.
- i. **Ekses Klaim** : Kelebihan klaim di luar yang merupakan hak Tertanggung berdasarkan Polis ini yang terjadi akibat penggunaan Fasilitas Cashless dan yang akan menjadi kewajiban dari Pemegang Polis dan/atau Tertanggung untuk membayarkan, termasuk namun tidak terbatas kepada:
- a. Klaim yang tidak termasuk dalam Manfaat Asuransi ini,
 - b. Klaim yang melebihi batas maksimum ketentuan Tabel Manfaat dan/atau Batas Manfaat Tahunan dan/atau Limit Booster bagi Tertanggung,
 - c. Klaim-klaim yang dikecualikan berdasarkan ketentuan mengenai pengecualian sebagaimana diatur dalam Polis,
 - d. Klaim yang timbul sebagai akibat Perawatan dan/atau pengobatan yang tidak Diperlukan Secara Medis, atau
 - e. Klaim yang timbul sebagai akibat Perawatan dan/atau pengobatan diluar dari Biaya Yang Layak dan Lazim.
- j. **Kondisi Yang Telah ada sebelumnya (Pre-existing condition)** : Setiap jenis Penyakit, Cedera Tubuh, atau Ketidakmampuan yang tanda atau gejalanya:
- a. telah diketahui dan/atau disadari; atau
 - b. sebagaimana seseorang pada umumnya secara wajar akan berusaha untuk mendapatkan suatu diagnosa atau perawatan; atau
 - c. telah mendapatkan diagnosa Dokter; atau
 - d. telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapatkan perawatan medis dan/atau pemeriksaan Laboratorium; atau
 - e. telah mendapatkan perawatan/pengobatan dan/atau pemeriksaan Laboratorium sebelum Tanggal Mulai Asuransi, atau tanggal Pemulihan Polis terakhir, mana yang paling akhir.

2 Pembayaran Premi

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

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

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

5 Masa Pertanggungan 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 kepada 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 Ketentuan di dalam Polis.

6 Masa Pemahaman Polis (Free Look Period) adalah 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal Polis diterima. Pemegang Polis berhak untuk membatalkan Polis selama Masa Pemahaman Polis (Free Look Period). Dalam hal Pemegang Polis membatalkan Polis dalam Masa Pemahaman Polis, maka Pemegang Polis berhak untuk menerima pengembalian Premi yang telah dibayarkan kepada Penanggung, dengan perhitungan setelah nilai pembayaran Premi dipotong biaya penerbitan Polis (jika ada).

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

8 Produk Asuransi ini telah dilaporkan dan/atau memperoleh surat persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

9 Produk ini dipasarkan oleh Tenaga Pemasar BCA Life yang telah berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

Prosedur Klaim

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

1. Prosedur klaim untuk Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud pada Polis dengan menggunakan Fasilitas Cashless

- a. Apabila Tertanggung memerlukan Perawatan Medis di Rumah Sakit sesuai rekomendasi Dokter, maka Tertanggung dapat menjalani perawatan di Rumah Sakit di Jaringan Provider.

- b. Tertanggung wajib menunjukkan Kartu Peserta yang dimiliki dan kartu identitas diri, selanjutnya Fasilitas *Cashless* dapat digunakan setelah Surat Jaminan Rawat Inap diterbitkan.
 - c. 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*.
 - d. Apabila Tertanggung memiliki lebih dari 1 (satu) Kartu Peserta yang diterbitkan oleh Penanggung untuk produk asuransi lainnya, maka Tertanggung hanya dapat menggunakan 1 (satu) Kartu Peserta pada saat menjalani Perawatan Medis di Rumah Sakit Jaringan Provider.
 - e. Apabila terdapat kendala pada saat melakukan klaim Perawatan Medis di Rumah Sakit Jaringan Provider, maka Pemegang Polis/ Tertanggung dapat mengajukan klaim tersebut kepada Penanggung dengan mengikuti syarat dan ketentuan yang berlaku untuk pengajuan klaim secara *Reimbursement*.
 - f. Fasilitas *Cashless* tidak dapat digunakan apabila klaim Perawatan Medis di Rumah Sakit Jaringan Provider dilakukan di dalam Masa Tenggang (*Grace Period*).
 - g. Apabila pada saat Tertanggung akan keluar dari Rumah Sakit ternyata timbul biaya yang melebihi batas maksimum Manfaat Asuransi sebagaimana tercantum dalam Data Polis, maka Pemegang Polis/ Tertanggung wajib melakukan pembayaran langsung atas kelebihan biaya tersebut kepada Rumah Sakit.
 - h. Pembayaran melalui Fasilitas *Cashless* tidak menghapus hak Penanggung menyanggah kebenaran Polis termasuk untuk melakukan investigasi atas klaim dan/atau melakukan proses seleksi ulang.
2. Dokumen yang wajib diserahkan pada saat pengajuan klaim yang ("Dokumen Klaim") adalah sebagai berikut:
 - a. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim;
 - b. Asli formulir klaim yang diterbitkan Penanggung yang diisi dan dilengkapi dengan tanda tangan basah oleh Dokter disertai stempel/cap Dokter;
 - c. Fotokopi KTP atau paspor Pihak yang mengajukan Klaim yang masih berlaku;
 - d. Fotokopi KTP atau paspor Tertanggung yang masih berlaku;
 - e. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi, radiologi, dan lain-lain;
 - f. Fotokopi buku tabungan, rekening koran atau dokumen lainnya yang dikeluarkan Bank yang memuat informasi nomor rekening Penerima Manfaat dimana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi;
 3. Dokumen untuk klaim Manfaat Asuransi secara *Reimbursement* adalah sebagai berikut:
 - a. Seluruh Dokumen Klaim yang disebutkan pada butir nomer 2 ketentuan klaim ini;
 - b. Asli kuitansi biaya Rumah Sakit dan rincian pelayanan kesehatan;
 4. Dokumen untuk klaim Manfaat Asuransi secara *Reimbursement* dalam rangka Koordinasi Manfaat adalah sebagai berikut:
 - a. Seluruh Dokumen Klaim yang disebutkan pada butir nomer 2 ketentuan klaim ini;
 - b. Surat Koordinasi atau dokumen bukti pembayaran klaim dari penyedia produk asuransi lainnya yang pertama kali diminta klaimnya beserta seluruh dokumen klaim pendukung;
 - c. Fotokopi kuitansi biaya Rumah Sakit dan rincian pelayanan kesehatan;
 5. Dokumen untuk klaim Meninggal Dunia adalah sebagai berikut:
 - a. Seluruh Dokumen Klaim yang disebutkan pada butir nomer 2 ketentuan klaim ini;
 - b. Fotokopi bukti hubungan kepentingan langsung secara nilai ekonomi antara Penerima Manfaat dengan Tertanggung berupa Kartu Keluarga atau Akta Lahir atau Akta Nikah atau dokumen lain sesuai perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Asli Polis asuransi atau Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian jika Polis asuransi hilang (hanya berlaku untuk Nasabah yang menghendaki pengiriman Polis secara fisik);
 - d. Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari instansi yang berwenang;
 - e. Asli atau fotokopi legalisir Akta Kematian dari Catatan Sipil;
 - f. Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kepolisian apabila Meninggal Dunia karena Kecelakaan;
 6. Pengajuan klaim secara *Reimbursement* harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungkan. Pengajuan kelengkapan dokumen klaim, termasuk dokumen klaim tambahan yang diminta oleh Penanggung untuk kebutuhan investigasi, harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 60 (enam puluh) hari kalender sejak terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
 7. Apabila Tertanggung berhak atas Perawatan Medis sebagaimana dimaksud di dalam Polis yang berasal dari asuransi penjamin lainnya yang dimiliki Tertanggung, maka Penanggung hanya akan membayarkan selisih antara jumlah Manfaat Asuransi dimaksud yang timbul dan jumlah yang dibayarkan oleh asuransi penjamin pertama tersebut dengan ketentuan tidak melebihi Batas Manfaat Tahunan.
 8. Untuk pengajuan klaim secara *Reimbursement* dalam rangka koordinasi manfaat yaitu khusus untuk manfaat Tindakan Bedah dan Biaya Medis, pengajuan klaim dan dokumen klaim harus diserahkan kepada Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal Surat Koordinasi atau tanggal yang tertera di dokumen bukti pembayaran klaim dari asuransi penjamin pertama.
 9. Keterlambatan pengajuan klaim dan dokumen klaim dalam periode waktu sebagaimana dimaksud dalam pada butir nomer 6 dan 8 ketentuan klaim ini akan mengakibatkan klaim tidak dapat dibayarkan.
 10. Dokumen klaim yang dapat diterima hanyalah dokumen dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris. Apabila dokumen yang diterima diluar dari bahasa Indonesia atau bahasa Inggris, maka Penanggung berhak untuk tidak melanjutkan proses klaim. Adapun itu, Pemegang Polis atau Pihak Yang Mengajukan Klaim wajib melakukan penerjemahan ke dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris, dan penerjemahan tersebut harus dilakukan oleh penerjemah di bawah sumpah, atas biaya Pemegang Polis.
 11. Penanggung berhak untuk mengadakan penyelidikan atas sebab-sebab Peristiwa Yang Dipertanggungkan serta berhak meminta dokumen lain selain yang disebutkan pada butir nomer 2, 3, 4 dan 5 ketentuan ini, yang dianggap perlu menurut Penanggung dalam mengambil keputusan klaim sesuai dengan jenis klaim dari Tertanggung. Dokumen lain tersebut harus:
 - a. Relevan dengan pertanggungkan,
 - b. Wajar dalam proses penyelesaian klaim, dan
 - c. Sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

Yang dimaksud dokumen lain tersebut adalah termasuk namun tidak terbatas pada dokumen kronologis Kecelakaan, kuesioner sakit/ Penyakit, laporan operasi, laporan dari KBRI jika Meninggal Dunia di luar negeri.
 12. Apabila berdasarkan penyelidikan ternyata penyebab terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan termasuk dalam Pengecualian sebagaimana dimaksud di dalam Polis ini 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 Penerima Manfaat.
 13. Bila disetujui, klaim akan dibayarkan ke rekening yang didaftarkan pada saat pengajuan klaim:
 - a. Dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari kerja untuk klaim Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud pada manfaat kesehatan dan dalam waktu maksimal 10 (sepuluh) hari kerja untuk klaim Meninggal Dunia, 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 kalender sejak dokumen klaim diterima lengkap.
 - c. Dalam hal telah terdapat keputusan klaim dari Penanggung dalam jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam poin b diatas, maka proses pembayaran Manfaat Asuransi akan dilakukan dalam jangka waktu 2 (dua) hari kerja sejak klaim tersebut disetujui oleh Penanggung.

Disclaimer

1. BCA Life dapat menolak permohonan pengajuan asuransi Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan berhak bertanya kepada tenaga pemasar BCA Life atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.
3. 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.
4. Penjelasan manfaat produk secara lengkap mengacu pada Ketentuan Polis
5. Ringkasan Informasi Produk ini adalah hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat.
6. Pemegang Polis wajib membaca dan memahami seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana tercantum dalam Polis BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima.
7. Apabila calon Nasabah membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima, calon Nasabah dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life.
8. Terdapat syarat dan ketentuan yang berlaku atas produk asuransi ini. Apabila membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai syarat dan ketentuan produk ini, dapat menghubungi Layanan Nasabah BCA Life (info kontak dapat dilihat pada bagian Persyaratan dan Tata Cara).