

Sertifikat Polis Asuransi Mandiri Protection Plus

DITERBITKAN OLEH PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

Ini adalah Sertifikat Polis Anda yang dicetak secara komputerisasi sehingga tidak membubuhkan tanda tangan. Simpanlah di tempat yang aman

Sertifikat Polis ini merupakan ringkasan dari Ketentuan Umum Polis "Asuransi Mandiri Protection Plus" No. 6403 ("Ketentuan Umum Polis") yang diterbitkan oleh Penanggung. Dalam hal terjadi perselisihan atau pertentangan antara ketentuan dalam Sertifikat Polis ini dengan Ketentuan Umum Polis, maka yang berlaku adalah Ketentuan Umum Polis. Sertifikat Polis ini adalah bukti kepesertaan Tertanggung dalam pertanggungan asuransi berdasarkan Polis. Sertifikat Polis ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

I. Definisi

1. **Cacat Total** adalah cacat/ketidakmampuan yang diderita oleh Tertanggung akibat Penyakit atau Kecelakaan selama Masa Pertanggungan berdasarkan Diagnosis Dokter sehingga Tertanggung tidak dapat melakukan suatu pekerjaan atau memperoleh penghasilan secara terus menerus yang memenuhi salah satu kondisi dibawah ini:
 - a. Tidak mampu melakukan minimal 3 (tiga) dari 6 (enam) kegiatan dibawah ini tanpa bantuan dari orang lain:
 - 1) Mandi: kemampuan untuk mandi atau menyiram (termasuk akan atau setelah mandi atau menyiram) atau mandi dengan sarana lain;
 - 2) Berpakaian (kemampuan untuk memakai, menanggalkan, mengencang atau melepaskan semua pakaian dan juga tongkat, alat tubuh tiruan atau alat bedah lainnya);
 - 3) Peralihan: kemampuan untuk memindahkan dari tempat tidur ke kursi atau kursi roda dan sebaliknya;
 - 4) Perpindahan: kemampuan untuk memindahkan di dalam ruangan dari ruangan ke ruangan pada permukaan yang rata;
 - 5) Toileting (kemampuan untuk menggunakan closet atau membersihkan anus atau kemih dalam menjaga kebersihan diri);
 - 6) Makan (kemampuan untuk memberi makan diri sendiri ketika makanan telah dipersiapkan dan tersedia); atau
 - b. Apabila salah satu kondisi dibawah ini terjadi:
 - 1) Kehilangan penglihatan kedua mata secara total dan tidak dapat disembuhkan;
 - 2) Terputusnya kedua tangan minimal sebatas pergelangan atau kedua kaki minimal sebatas mata kaki atau 1 (satu) tangan minimal sebatas pergelangan dan 1 (satu) kaki minimal sebatas mata kaki;
 - 3) Kehilangan penglihatan total dari 1 (satu) mata yang tidak dapat disembuhkan dan terputusnya 1 (satu) tangan minimal sebatas pergelangan; atau
 - 4) Kehilangan penglihatan total dari 1 (satu) mata yang tidak dapat disembuhkan dan terputusnya 1 (satu) kaki minimal sebatas mata kaki.
2. **Cacat Total Sementara** adalah Cacat Total yang memenuhi kondisi sebagaimana dimaksud pada poin (2) huruf a Butir I Sertifikat Polis ini, yang harus berlangsung secara terus menerus selama tidak kurang dari 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tertanggung dinyatakan Cacat Total berdasarkan Diagnosis Dokter.
3. **Cacat Total Tetap** adalah Cacat Total yang memenuhi salah satu kondisi di bawah ini:
 - a. Kondisi sebagaimana dimaksud pada poin (2) huruf a Butir I Sertifikat Polis ini, yang harus berlangsung secara terus menerus selama tidak kurang dari 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak Tertanggung dinyatakan Cacat Total berdasarkan Diagnosis Dokter; atau
 - b. Kondisi sebagaimana dimaksud pada poin (2) huruf b Butir I Sertifikat Polis ini.
4. **Cedera Tubuh** adalah hilang dan atau kerusakan suatu jaringan tubuh yang dialami Tertanggung, yang semata-mata merupakan akibat langsung dari Kecelakaan dan dibuktikan dengan Diagnosis Dokter.
5. **Diagnosis** adalah penentuan suatu kondisi dengan melihat atau memeriksa gejala-gejala yang dinyatakan oleh Dokter berdasarkan anamnesa (keluhan) Tertanggung, bukti spesifik dan didukung oleh bukti lainnya, seperti radiologi, histologi, patologi anatomi atau laboratorium, dengan memperhatikan praktik kedokteran yang wajar dan umum berdasarkan standar pelayanan medis di Indonesia. Dalam hal terjadi keraguan tentang kelayakan atau kebenaran Diagnosis, Penanggung berhak untuk meminta pemeriksaan, baik kepada Tertanggung atau/atas bukti yang digunakan dalam Diagnosis tersebut, oleh seorang Dokter yang dipilih oleh Penanggung dan dari pendapat ahli, untuk Diagnosis tersebut akan mengikat Tertanggung dan Penanggung.
6. **Dokter** adalah seseorang (selain diri Pemegang Polis, Tertanggung, pihak yang berkepentingan atas Polis atau keluarga dari Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau pihak yang berkepentingan atas Polis) yang memiliki gelar utama dalam praktek ilmu kedokteran barat dan Bedah, memiliki lisensi dari otoritas yang berwenang di negara tempat Perawatan diterima, dan pihak yang terkait dengan Perawatan tersebut melakukan praktik sesuai dengan bidang dan keahliannya.
7. **Hari Kerja**
Hari Senin sampai dengan hari Jumat, kecuali dinyatakan sebagai hari libur oleh Pemerintah Republik Indonesia.
8. **Jumlah Hutang** adalah jumlah kewajiban atau hutang atas penggunaan Mandiri Kartu Kredit yang terdiri atas Saldo Tagihan Terakhir, semua transaksi, denda-denda, biaya-biaya dan angsuran yang belum ditagihkan (jika ada) sebelum terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
9. **Kanker** adalah tumor ganas yang ditandai dengan pertumbuhan dan penyebaran sel-sel ganas yang tidak terkontrol serta adanya invasi dan penghancuran atas jaringan normal. Diagnosis ini harus didasarkan dengan adanya bukti histologis mengenai keganasan dan ditegakkan oleh Dokter spesialis tumor atau ahli patologi. Istilah tumor ganas termasuk leukemia, sarkoma dan limfoma kecuali limfoma pada kulit (limfoma terbatas pada kulit).

Berikut adalah jenis Kanker yang secara spesifik tidak termasuk dalam pertanggungan Polis ini, yaitu:

- a. Tumor yang menunjukkan perubahan keganasan atas carcinoma-in-situ dan tumor yang berdasarkan hasil histologinya digambarkan sebagai pra-ganas atau non-invasif, termasuk namun tidak terbatas pada Carcinoma-in-situ pada payudara, Displasia Serviks CIN-1, CIN-2 dan CIN-3;
- b. Hiperkeratosis, kanker kulit sel-sel basal dan squamous, dan melanoma dengan ketebalan kurang dari 1.5mm ketebalan breslow atau kurang dari Clark Level 3, kecuali jika terdapat bukti metastase;



- c. Semua kanker prostat, tiroid, dan kandung kemih yang secara histologis diklasifikasikan T1NOMO (klasifikasi TNM) atau lebih rendah dan Leukemia Limfositik Kronis yang kurang dari RAI tingkat 3; dan
- d. Semua tumor akibat adanya infeksi HIV.
10. **Kecelakaan** adalah suatu kejadian yang bersifat langsung dan timbul dari sumber apapun yang terjadi secara mendadak atau tiba-tiba, tidak terduga, datang dari luar, tidak ada unsur-unsur kesengajaan dan/atau mempunyai unsur kekerasan yang dapat dibuktikan atau melalui Diagnosis secara medis serta merupakan satu-satunya penyebab langsung dari Cedera Tubuh atau kematian.
11. **Ketentuan Umum Polis** adalah salah satu bagian dari Polis yang berisi syarat dan ketentuan pertanggungan asuransi yang mengikat Penanggung, Pemegang Polis, dan Tertanggung, termasuk hak dan kewajiban masing-masing pihak.
12. **Kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya** adalah segala Penyakit atau Cedera Tubuh, yang terjadi sebelum Tanggal Berlakunya Pertanggungan, termasuk:
 - a. tanda atau gejalanya diketahui Tertanggung atau tidak;
 - b. telah ataupun belum mendapatkan perawatan/pengobatan/saran/konsultasi dari Dokter;
 - c. telah ataupun belum terdiagnosis, terlepas dari pengobatan sebenarnya telah ataupun belum dilakukan.
13. **Lembar Tagihan** adalah tagihan yang dikeluarkan oleh Pemegang Polis atas penggunaan Mandiri Kartu Kredit kepada Tertanggung setiap bulan.
14. **Mandiri Kartu Kredit** adalah kartu kredit yang diterbitkan oleh Pemegang Polis kepada Tertanggung, berupa kartu kredit utama dan kartu kredit tambahan (jika ada), yang dipilih sebagai dasar diberikannya pertanggungan kepada Tertanggung berdasarkan Polis.
15. **Manfaat Asuransi** adalah sejumlah manfaat yang akan dibayarkan oleh Penanggung sebagai bentuk pertanggungan asuransi atas Peristiwa Yang Dipertanggungkan, jika syarat dan ketentuan sebagaimana diatur dalam Ketentuan Umum Polis sudah terpenuhi.
16. **Masa Bertahan** adalah Masa bertahan hidup selama 30 (tiga puluh) hari sejak Tertanggung terdiagnosis Penyakit Kritis.
17. **Masa Leluasa** adalah masa selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal Jatuh Tempo dimana pertanggungan asuransi akan tetap berlaku walaupun Premi belum dibayar lunas. Jika Peristiwa Yang Dipertanggungkan terjadi dalam Masa Leluasa, maka Manfaat Asuransi yang dibayarkan akan dikurangi Premi yang jatuh tempo.
18. **Masa Pertanggungan** adalah jangka waktu pertanggungan asuransi bagi Tertanggung sejak Tanggal Berlakunya Pertanggungan sampai dengan berakhirnya pertanggungan asuransi berdasarkan ketentuan Polis ini.
19. **Masa Tunggu** adalah masa dimana periode ini tidak diperkenankan untuk mengajukan klaim Manfaat Asuransi dan klaim Manfaat Asuransi tidak berlaku, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Untuk manfaat Penyakit Kritis berlaku Masa Tunggu selama 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tanggal Berlakunya Pertanggungan.
 - b. Untuk Manfaat Cacat Total Sementara atau Cacat Total Tetap berlaku Masa Tunggu selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal Berlakunya Pertanggungan.
 - c. Untuk Manfaat Rawat Inap berlaku Masa Tunggu selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal Berlakunya Pertanggungan. Jika Tertanggung menjalani Rawat Inap yang disebabkan oleh Kecelakaan, maka tidak berlaku Masa Tunggu.
20. **Pemegang Polis** adalah PT Bank Mandiri (Persero) Tbk.
21. **Penanggung** adalah PT AXA Mandiri Financial Services.
22. **Penerima Manfaat** adalah Orang yang diberi hak untuk menerima Manfaat Asuransi berdasarkan Polis ini yang diajukan Pemegang Polis kepada Penanggung.
23. **Penyakit** adalah keadaan fisik dan/atau psikis yang ditandai dengan adanya keadaan tanda dan gejala klinis, kelainan hasil laboratorium, radiologi yang menimbulkan kondisi kelainan patologis.
24. **Penyakit Kritis** adalah 3(tiga) penyakit kritis yang dijamin sebagaimana ditetapkan dalam Polis dengan Diagnosis Dokter pertama kali terjadi setelah melewati Masa Tunggu adalah sebagai berikut:
 - a. Kanker;
 - b. Serangan Jantung;
 - c. Stroke.
25. **Peristiwa Yang Dipertanggungkan** adalah salah satu dari kondisi berikut ini yang dialami oleh Tertanggung yang terjadi selama Masa Pertanggungan:
 - a. Meninggal dunia; atau
 - b. Terdiagnosis salah satu dari 3 (tiga) Penyakit Kritis; atau
 - c. Cacat Total Sementara/Tetap; atau
 - d. Rawat Inap di Rumah Sakit.
26. **Polis** adalah dokumen yang terkait dengan pertanggungan asuransi ini yang memuat perjanjian asuransi antara Pemegang Polis dan Penanggung yang terdiri dari antara lain data Polis, Sertifikat Polis, Ketentuan Umum Polis dan/atau lampiran Polis dan/atau endosemen di dalamnya, termasuk, dokumen lain yang disyaratkan oleh Penanggung, jika ada, yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan atau dinyatakan sebagai bagian dari Polis.
27. **Premi** adalah sejumlah uang yang dibayar oleh Tertanggung melalui Pemegang Polis kepada Penanggung atas Manfaat Asuransi terhadap Tertanggung dengan cara yang ditentukan dalam Polis dan menjadi syarat diperolehnya pertanggungan asuransi.
28. **Rawat Inap** adalah tinggal dan menerima Perawatan di Rumah Sakit yang Diperlukan Secara Medis dan secara berkelanjutan atas dasar saran dari Dokter dan yang dapat dibuktikan dengan tagihan kamar yang diterbitkan secara sah oleh Rumah Sakit.
29. **Rumah Sakit** adalah badan usaha yang sah yang memiliki izin operasi dan terdaftar sebagai Rumah Sakit dari pemerintah setempat atau Rumah Sakit bedah, klinik, pusat spesialis atau penyedia layanan kesehatan di negara tempat beroperasinya dan yang Penanggung akui serta memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. Beroperasi terutama untuk menerima, perawatan dan pengobatan yang sakit, lemah, atau orang yang terluka sebagai pasien rawat inap;
 - b. Menyediakan pelayanan 24 (dua puluh empat) jam oleh Dokter dan perawat yang berkualifikasi termasuk di dalamnya;
 - c. Menyediakan fasilitas diagnosis dan fasilitas bedah utama yang memadai;
 - d. Tidak beroperasi terutama seperti sebuah panti jompo, rumah istirahat, rumah penyembuhan atau yang serupa, bangsal geriatri, sebuah lembaga untuk pengobatan penyalahgunaan zat, seperti namun tidak terbatas pada rehabilitasi alkohol atau obat atau tujuan serupa;
 - e. Bukan Rumah Sakit milik Tertanggung atau keluarga atau Pihak yang berkepentingan atas polis;
 - f. Untuk klinik harus terdaftar dan memiliki izin sebagai klinik utama menyediakan pelayanan 24 (dua puluh empat) jam/perawatan rawat inap oleh Dokter dan perawat yang berkualifikasi termasuk di dalamnya serta terdaftar pada Dinas Kesehatan pemerintah setempat.
30. **Saldo Tagihan Terakhir** adalah Total tagihan bulan terakhir atas penggunaan Mandiri Kartu Kredit selain Premi Asuransi Mandiri Protection Plus sebagaimana tercantum pada Lembar Tagihan tercetak sebelum terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
31. **Serangan Jantung** adalah matinya sebagian otot jantung yang diakibatkan oleh tersumbatnya pembuluh darah jantung yang menyebabkan tidak maksimalnya asupan darah pada area otot jantung terkait. Diagnosis ini harus dibuktikan dengan adanya 3 (tiga) dari 5 (lima) kriteria yang sesuai dengan serangan jantung baru:



- a. Riwayat nyeri pada dada yang khas dan mengarah pada serangan jantung;
- b. Adanya perubahan electrocardiogram (ECG) baru yang membuktikan adanya infark jantung;
- c. Adanya peningkatan enzim jantung CK-MB;
- d. Adanya peningkatan troponin (T atau I);
- e. Fraksi Ejeksi Ventrikel sebelah kiri yang kurang dari 50% terhitung 3 (tiga) bulan atau lebih sejak terjadinya Serangan Jantung.

Diagnosis Serangan Jantung harus ditegakkan oleh Dokter spesialis jantung dan pembuluh darah.

32. **Sertifikat Polis** adalah dokumen dalam bentuk cetak atau elektronik yang memuat ringkasan Ketentuan Umum Polis, dan diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis untuk diteruskan kepada Tertanggung sebagai bukti kepesertaan Tertanggung dalam pertanggungan asuransi berdasarkan Polis.
33. **Stroke** adalah gangguan pembuluh darah otak termasuk infark pada jaringan otak, perdarahan pada otak dan subarachnoid, emboli otak dan trombusis otak. Diagnosis ini harus didukung oleh kondisi sebagai berikut:
 - a. Bukti kerusakan syaraf permanen harus ditegakkan oleh spesialis syaraf paling lambat 6 (enam) minggu setelah kejadian; dan
 - b. Hasil Magnetic Resonance Imaging, Computerized Tomography, atau tehnik lain yang dapat dipercaya konsisten dengan Diagnosis atas stroke baru.

Berikut adalah jenis Stroke yang secara spesifik tidak termasuk dalam pertanggungan Polis, yaitu:

 - a) *Serangan Transient Ischaemic;*
 - b) *Kerusakan otak karena kecelakaan atau cedera, infeksi, vaskulitis, dan penyakit peradangan;*
 - c) *Penyakit Vascular yang mempengaruhi mata atau syaraf penglihatan; dan*
 - d) *Gangguan iskemik pada sistem vestibuler.*
34. **Tahun Polis** adalah Tenggang waktu antara satu ulang tahun Polis dengan ulang tahun Polis berikutnya, yang perhitungannya dimulai dari Tanggal Berlakunya Polis.
35. **Tanggal Berlakunya Pertanggungan** adalah tanggal mulai berlakunya Pertanggungan untuk setiap Tertanggung sebagaimana tercantum pada Sertifikat Polis ini.
36. **Tanggal Jatuh Tempo** adalah tanggal Premi harus dibayar lunas oleh Pemegang Polis.
37. **Tertanggung** adalah pemegang kartu kredit utama dari Mandiri Kartu Kredit yang atas jiwanya diikutsertakan dalam perjanjian asuransi dan telah disetujui pertanggungan asuransinya oleh Penanggung berdasarkan Polis.

II. Premi

Besarnya Premi yang harus dibayarkan oleh Tertanggung melalui Pemegang Polis adalah sebesar 0,69% (nol koma enam sembilan persen) dari Jumlah Hutang.

III. Berlaku dan Berakhirnya Pertanggungan

1. Pertanggungan asuransi Tertanggung mulai berlaku sejak Tanggal Berlakunya Pertanggungan sebagaimana tercantum pada Sertifikat Polis dengan tetap memperhatikan ketentuan Polis
2. Tanpa mengesampingkan ketentuan pengakhiran pertanggungan asuransi Tertanggung yang diatur dalam ketentuan lain pada Polis, pertanggungan asuransi Tertanggung akan berakhir secara otomatis apabila (hal mana yang lebih dahulu terjadi):
 - a. Polis ini berakhir; atau
 - b. Tertanggung mencapai usia 65 (enam puluh lima) tahun; atau
 - c. Tertanggung meninggal dunia/terdiagnosis Penyakit Kritis/menderita Cacat Total Tetap selama Masa Pertanggungan; atau
 - d. Premi tidak diterima oleh Penanggung sampai akhir Masa Leluasa; atau

- e. Mandiri Kartu Kredit Tertanggung dibatalkan oleh Pemegang Polis; atau
- f. Penanggung menerima permintaan dari Tertanggung melalui Pemegang Polis untuk membatalkan pertanggungan asuransi Tertanggung; atau
- g. Pengakhiran pertanggungan asuransi Tertanggung sebagaimana dimaksud Pasal 2 ayat 2 dan Pasal 2 ayat 3 Ketentuan Umum Polis; atau
- h. Pertanggungan asuransi berakhir berdasarkan ketentuan Pasal 9 ayat 4 huruf c Ketentuan Umum Polis.

IV. Masa Pembelajaran Sertifikat Polis

Tertanggung mempunyai kesempatan untuk mempelajari isi Sertifikat Polis ini selama 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal penerimaan Sertifikat Polis. Apabila Tertanggung tidak menyetujui syarat-syarat dan ketentuan yang dinyatakan pada Sertifikat Polis karena alasan apapun, pertanggungan asuransi dapat dibatalkan. Atas hal tersebut, Sertifikat Polis secara otomatis menjadi batal dan tidak ada pertanggungan asuransi apapun yang menjadi kewajiban Penanggung kepada Tertanggung. Penanggung akan mengembalikan Premi sebesar Premi yang telah dibayarkan Tertanggung setelah dikurangi biaya-biaya (jika ada).

V. Manfaat Asuransi

Dengan tetap memperhatikan ketentuan Pencucialian pada Sertifikat Polis ini, Sertifikat Polis ini akan memberikan Manfaat Asuransi dengan ketentuan sebagaimana diatur di bawah ini:

1. Manfaat Meninggal Dunia

Apabila selama Masa Pertanggungan, Tertanggung meninggal dunia karena Penyakit atau Kecelakaan, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar:

- a. 100% (seratus persen) dari Jumlah Hutang kepada Pemegang Polis; dan
- b. 200% (dua ratus persen) dari Jumlah Hutang kepada Penerima Manfaat yang akan dibayarkan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis, untuk selanjutnya Pemegang Polis meneruskannya ke Penerima Manfaat.

Setelah Manfaat Meninggal Dunia ini dibayarkan, pertanggungan asuransi atas Tertanggung akan berakhir.

2. Manfaat Penyakit Kritis

Apabila selama Masa Pertanggungan, Tertanggung terdiagnosis 3 (tiga) Penyakit Kritis yang terjadi setelah melewati Masa Tunggu dan tetap bertahan hidup sampai melewati periode Masa Bertahan, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar 100% (seratus persen) dari Jumlah Hutang kepada Pemegang Polis. Setelah Manfaat Penyakit Kritis ini dibayarkan, pertanggungan asuransi atas Tertanggung akan berakhir.

3. Manfaat Cacat Total Sementara

Apabila selama Masa Pertanggungan, Tertanggung mengalami Cacat Total Sementara yang terjadi setelah melewati Masa Tunggu, maka mulai hari ke-31 (tiga puluh satu) sejak Tertanggung dinyatakan Cacat Total berdasarkan Diagnosis Dokter. Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi kepada Pemegang Polis dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. 10% (sepuluh persen) dari Saldo Tagihan Terakhir sejak Tertanggung menderita Cacat Total Sementara yang dibayarkan setiap bulannya maksimal selama 6 (enam) bulan;
- b. Cacat Total Sementara yang dialami Tertanggung tidak lebih dari 6 (enam) bulan sejak Tertanggung menderita Cacat Total Sementara;
- c. Selama periode pembayaran Manfaat Cacat Total Sementara, pertanggungan asuransi akan tetap berlaku berdasarkan Jumlah Hutang sebelum terjadinya Cacat Total Sementara dan untuk selanjutnya tidak ada Premi yang dikenakan selama periode ini.
- d. Apabila Tertanggung dinyatakan sembuh dari Cacat Total Sementara oleh Dokter pada periode pembayaran Manfaat Cacat



Total Sementara, maka pembayaran Premi kembali menjadi kewajiban dan tanggung jawab Tertanggung dan pertanggungan akan tetap berlanjut sesuai dengan Jumlah Hutang pada saat Tertanggung dinyatakan sembuh.

4. Manfaat Cacat Total Tetap

Apabila selama Masa Pertanggungan, Tertanggung mengalami Cacat Total Tetap yang terjadi setelah melewati Masa Tunggu, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar 100% (seratus persen) dari Jumlah Hutang kepada Pemegang Polis dikurangi dengan Manfaat Cacat Total Sementara yang telah dibayarkan Penanggung (jika ada). Setelah Manfaat Cacat Total Tetap ini dibayarkan, pertanggungan asuransi atas Tertanggung akan berakhir.

5. Manfaat Rawat Inap

Apabila selama Masa Pertanggungan, Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit minimal selama 7 (tujuh) hari secara berturut-turut yang terjadi setelah melewati Masa Tunggu, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Rawat Inap kepada Pemegang Polis dengan ketentuan sebagai berikut:

- 100% (seratus persen) dari Saldo Tagihan Terakhir.
- Manfaat Rawat Inap hanya dapat dibayarkan 1 (satu) kali per Tahun Polis dengan batas maksimal manfaat yang dapat dibayarkan kepada Pemegang Polis adalah Rp150.000.000,- (seratus lima puluh juta rupiah) untuk setiap Mandiri Kartu Kredit.
- Setelah Manfaat Rawat Inap ini dibayarkan, pertanggungan asuransi atas Tertanggung akan tetap berlaku.

6. Ketentuan antar Manfaat Asuransi

- Apabila dalam waktu bersamaan terdapat pengajuan klaim atas lebih dari 1 (satu) Peristiwa Yang Dipertanggungkan, maka Penanggung hanya akan membayarkan Manfaat Asuransi yang bernilai lebih besar.
- Apabila dalam periode pembayaran Manfaat Cacat Total Sementara, untuk selanjutnya terdapat pengajuan klaim Manfaat Meninggal Dunia, Manfaat Penyakit Kritis, Manfaat Cacat Total Tetap, atau Manfaat Rawat Inap maka Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan untuk klaim tersebut akan dikurangi dengan Manfaat Cacat Total Sementara yg telah dibayarkan.
- Apabila dalam periode pembayaran Manfaat Cacat Total Sementara, terdapat juga pengajuan klaim Manfaat Rawat Inap, maka untuk selanjutnya jika terdapat pengajuan klaim Manfaat Meninggal Dunia, Manfaat Penyakit Kritis, atau Manfaat Cacat Total Tetap akan dikurangi dengan Manfaat Cacat Total Sementara dan Manfaat Rawat Inap yg telah dibayarkan.
- Batas maksimal Jumlah Hutang yang dapat dibayarkan oleh Penanggung adalah sebesar Rp2.000.000.000,- (dua miliar rupiah) untuk setiap Mandiri Kartu Kredit. Batas maksimal ini berkaitan dengan penentuan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan untuk Manfaat Meninggal Dunia, Manfaat Penyakit Kritis atau Manfaat Cacat Total Tetap.
- Apabila atas Saldo Tagihan Terakhir pada bulan yang sama telah dibayarkan penuh oleh Penanggung, maka tidak ada pembayaran Manfaat Asuransi lagi atas Saldo Tagihan Terakhir bulan tersebut.

VI. Pengecualian

Tanpa mengesampingkan ketentuan Pengecualian lainnya yg diatur dalam Polis, Penanggung tidak membayar Manfaat Asuransi apapun apabila Peristiwa Yang Dipertanggungkan diakibatkan secara langsung atau tidak langsung, secara disadari atau tidak, dari satu atau lebih kejadian, yang diakibatkan oleh hal-hal sebagai berikut:

- Percobaan bunuh diri atau kegiatan menyakiti diri sendiri atau secara sengaja berada dalam keadaan atau kegiatan bahaya (kecuali merupakan usaha untuk menyelamatkan jiwa) atau turut serta dalam perkelahian, tindakan kejahatan atau suatu percobaan tindakan kejahatan baik aktif maupun tidak, yang dilakukan baik dalam keadaan waras ataupun sebagai akibat keadaan tidak waras; atau

- Tindakan kejahatan atau melanggar hukum yang disengaja oleh Tertanggung atau orang yang berkepentingan dalam pertanggungan Asuransi ini; atau
- Segala bentuk penerbangan selain sebagai penumpang pada penerbangan komersial yang terjadwal tetap dan reguler; atau
- Kejadian yang berkaitan dengan aktivitas atau olahraga berbahaya seperti mendaki gunung, panjat tebing, panjat gedung, arum jeram, olahraga berkuda, olahraga musim dingin, tinju dan segala jenis olahraga kontak fisik, segala aktivitas terbang di udara (terjun payung, terbang layang, balon udara, sky diving dan lain-lain), menyelam dengan scuba dan segala aktivitas lomba kecepatan dengan kendaraan bermesin (balap motor, mobil, perahu dan lain-lain); atau
- Tugas kemiliteran atau kepolisian atau pekerjaan atau jabatan yang mengandung risiko seperti buruh tambang atau pekerjaan atau jabatan lain yang risikonya dapat dipersamakan dengan itu, yang sedang dijalani oleh Tertanggung; atau
- Perang (dinyatakan maupun tidak), perlawanan rakyat, pemberontakan massa, aktifitas teroris, pemogokan, kerusuhan, tindakan militer, setiap senjata atau alat yang mengakibatkan letusan fusi atom atau gas radioaktif atau setiap kegiatan yang mirip operasi perang; atau
- Terkena reaksi nuklir, radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari bahan bakar nuklir atau proses pembuangan limbah atau bahan peledak atau senjata; atau
- Mengonsumsi alkohol atau penyalahgunaan atau ketergantungan pada narkoba, zat lain, atau obat-obatan tanpa resep; atau
- Pemegang Polis dan/atau Tertanggung bertempat tinggal atau mengalami kejadian yang terjadi di negara-negara sanksi internasional dan negara-negara yang memiliki tingkat risiko tinggi dalam hal politik dan situasi keamanan yang tidak stabil, seperti tetapi tidak terbatas pada Afghanistan, Irak, Libya, Nigeria, Korea Utara, wilayah Palestina, Somalia, Sudan Selatan, Sudan, Suriah, Yaman, Iran, Belarus, Kuba, Republik Demokratik Kongo, Zimbabwe, Rusia, dan Ukraina, Crimea, Sevastopol, dan negara-negara lain dibawah US Sanction Advisory list, United Nation List, OFAC (Office of Foreign Assets Control) List & MINEFI (French Ministry of the Economic & Finance) List dan/atau daftar negara risiko tinggi lainnya; atau
- Penyakit, Cedera atau perawatan dari Kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya, kecuali:
 - Rawat inap yang terjadi telah melewati 12 (dua belas) bulan dari Tanggal Berlakunya Pertanggungan; atau
 - Cacat Total Tetap atau Cacat Total Sementara yang terjadi telah melewati 24 (dua puluh empat) bulan dari Tanggal Berlakunya Pertanggungan; atau
- Penyakit kelainan bawaan, keturunan, dan kelainan pertumbuhan; atau
- Kondisi atau perawatan yang terjadi karena kehamilan, kelahiran (termasuk kelahiran dengan pembedahan), keguguran, perawatan pra dan pasca kelahiran, aborsi, sterilisasi, kontrasepsi, kesuburan beserta komplikasinya; atau
- Menderita penyakit atau perawatan yang timbul atau dihasilkan atau berhubungan dengan Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC), infeksi yang disebabkan oleh Human Immunodeficiency Virus (HIV), atau Penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual; atau
- Pengobatan atau perawatan atau operasi gigi/mata, kecuali disebabkan oleh karena kecelakaan; atau
- Perawatan di Rumah Sakit untuk pengobatan penyakit mental dan syaraf, alkoholisme, ketergantungan obat, bulimia, anorexia nervosa atau pengobatan yang terjadi akibat penyakit ketuaan, psikis ketuaan, dan kondisi psikis lainnya; atau
- Perawatan atau Pembedahan amandel, adenoid, hernia hingga Tertanggung telah dilindungi oleh pertanggungan asuransi ini selama 180 (seratus delapan puluh) hari sejak Tanggal Berlakunya Polis; atau
- Perawatan yang tidak sesuai dengan diagnosis dan Perawatan medis yang biasa dilakukan untuk penyakit atau tidak sesuai dengan standar praktek kedokteran yang baik atau bukan suatu keharusan atau



Perawatan untuk kenyamanan pihak mana pun (termasuk Bedah plastik atau kosmetik); atau

18. Setiap pembedahan fakultatif yang dipilih oleh Tertanggung tetapi bukan atas rekomendasi atau saran seorang Dokter dalam rangka Perawatan Cedera Tubuh atau Penyakit; atau
19. Perawatan, atau penggunaan obat, yang belum ditetapkan secara efektif atau yang bersifat eksperimental atau dalam uji klinis. Namun Penanggung akan membayar untuk Perawatan atau penggunaan obat, jika ada persetujuan terlebih dahulu oleh Penanggung secara tertulis, dan juga disediakan Perawatan atau obat yang telah mendapatkan lisensi dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) jika Tertanggung menerima Perawatan di Indonesia, atau European Medicines Agency jika Tertanggung menerima pengobatan di Eropa, atau Food and Drug Administration (FDA) jika Tertanggung menerima Perawatan di tempat lain di dunia, dan digunakan dalam persyaratan lisensi tersebut; atau
20. Perawatan atas Penyakit tertentu yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Berlakunya Pertanggungan ini, baik Tertanggung telah mengetahuinya ataupun tidak, yang mencakup:

<ol style="list-style-type: none"> a. Katarak b. Kondisi abnormal rongga hidung, sekat hidung atau kerang hidung (turbinates), termasuk sinus, c. Semua jenis kelainan telinga dan tenggorokan, d. Penyakit pada tonsil atau adenoid, e. Penyakit kelenjar gondok (Tiroid), f. Tuberkulosis, g. Penyakit Tekanan Darah Tinggi dan/ atau Pembuluh darah otak, h. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (Kardiovaskuler), i. Penyakit Kencing Manis, j. Radang atau tukak pada lambung atau pada usus dua belas jari dan/ atau dispepsia, k. Radang dan/atau batu kandung empedu, 	<ol style="list-style-type: none"> l. Batu pada ginjal, saluran kemih atau kandung kemih, dan/ atau kelainan ginjal, m. Semua jenis kanker dan/atau tumor/benolan/kista baik jinak maupun ganas, n. Endometriosis, o. Tindakan Bedah pengangkatan rahim, baik dengan atau tanpa pengangkatan saluran telur dan indung telur, p. Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk Fibroid/Miom di rahim, q. Semua Jenis Hernia, r. Wasir, s. Hepatitis dan/ atau kelainan hati; atau
--	---
21. Pemeriksaan kesehatan rutin, pemeriksaan medis yang dilakukan bukan dalam rangka Perawatan Cedera Tubuh atau Penyakit.

VII. Klaim

1. Pengajuan klaim atas Manfaat Asuransi harus diajukan oleh Pemegang Polis secara tertulis kepada Penanggung dengan disertai dengan dokumen pendukung pengajuan klaim yang disyaratkan oleh Penanggung sebagaimana dimaksud dalam poin 2 Butir VII Sertifikat Polis ini dan harus diterima oleh Penanggung dalam kurun waktu tidak lebih dari 90 (sembilan puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal Tertanggung mengalami Peristiwa Yang Dipertanggungkan. Apabila dokumen-dokumen atas pengajuan klaim tidak disampaikan dalam waktu yang telah ditentukan, maka Penanggung mempunyai hak untuk menolak pembayaran klaim tersebut.
2. Dokumen pendukung pengajuan klaim untuk Manfaat Meninggal Dunia, antara lain:
 - a. Sertifikat Polis; dan
 - b. Formulir Klaim Meninggal Dunia asli (diisi oleh Penerima Manfaat); dan
 - c. Lembar Tagihan Mandiri Kartu Kredit yang menunjukkan Saldo Tagihan Terakhir; dan

- d. Fotokopi identitas diri (KTP/Paspor/KITAS) dan Kartu Keluarga yang masih berlaku dari Tertanggung, Penerima Manfaat dan/atau pihak yang mengajukan klaim sesuai ketentuan Polis; dan
- e. Surat keterangan meninggal dunia dari Dokter atau instansi kesehatan yang merawat dan/atau memeriksa Tertanggung (apabila meninggal dunia di Rumah Sakit) atau surat kronologis penyebab kematian yang ditandatangani oleh Penerima Manfaat (apabila meninggal dunia bukan di Rumah Sakit); dan
- f. Akta Kematian/ surat keterangan meninggal dunia dari instansi yang berwenang (asli/fotokopi legalisir) atau surat bukti pemakaman/pengabuan dari instansi yang berwenang (asli/fotokopi legalisir); dan
- g. Surat keterangan *visum et repertum* atau surat keterangan otopsi dari Dokter atau Rumah Sakit pemeriksa jenazah Tertanggung dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan atau meninggal dunia tidak wajar (asli/fotokopi legalisir); dan
- h. Surat keterangan kepolisian dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan atau meninggal dunia tidak wajar (asli/fotokopi legalisir); dan
- i. Surat keterangan dari KBRI (Kedutaan Besar Republik Indonesia) setempat dan *death of certificate*/sijil kematian dalam hal Tertanggung meninggal dunia di luar wilayah Republik Indonesia (asli/fotokopi legalisir); dan
- j. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
3. Dokumen pendukung pengajuan klaim untuk Manfaat Penyakit Kritis, antara lain:
 - a. Sertifikat Polis; dan
 - b. Formulir klaim Penyakit Kritis yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Tertanggung dan Dokter (asli); dan
 - c. Surat keterangan dari Dokter atau instansi kesehatan yang merawat dan/atau memeriksa Tertanggung; dan
 - d. Lembar Tagihan Mandiri Kartu Kredit yang menunjukkan Saldo Tagihan Terakhir; dan
 - e. Fotokopi identitas diri Tertanggung (KTP/Passpor/KITAS) yang masih berlaku; dan
 - f. Laporan medis pendukung (asli/fotokopi legalisir) terkait penyebab Penyakit Kritis (hasil laboratorium, ECG, Patologi Anatomi (PA) dan hasil pemeriksaan lainnya yang dibutuhkan); dan
 - g. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
4. Dokumen pendukung pengajuan klaim untuk Manfaat Cacat Total Sementara/Tetap, antara lain:
 - a. Sertifikat Polis; dan
 - b. Formulir klaim ketidakmampuan yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Tertanggung dan Dokter (asli); dan
 - c. Surat keterangan dari Dokter atau instansi kesehatan yang merawat dan/atau memeriksa Tertanggung; dan
 - d. Lembar Tagihan Mandiri Kartu Kredit yang menunjukkan Saldo Tagihan Terakhir; dan
 - e. Fotokopi identitas diri Tertanggung (KTP/Paspor/KITAS) yang masih berlaku; dan
 - f. Surat pernyataan dari Dokter yang merawat bahwa Tertanggung menderita Cacat Total Tetap yang berlanjut dan tidak dapat disembuhkan; dan
 - g. Surat keterangan kepolisian dalam hal Tertanggung menderita Cacat Total Sementara atau Cacat Total Tetap karena Kecelakaan (asli/fotokopi legalisir); dan
 - h. Surat keterangan dari tempat kerja Tertanggung atau surat keterangan dari Kelurahan (untuk Tertanggung yang berprofesi sebagai pengusaha) yang menerangkan bahwa Tertanggung sudah tidak bekerja lagi selama 30 (tiga puluh) hari (untuk Cacat Total Sementara) atau 180 (seratus delapan puluh) hari (untuk Cacat Total Tetap) berturut-turut; dan



- i. Laporan medis pendukung (asli/fotokopi legalisir) terkait dengan bagian tubuh yang mengalami Cacat (hasil pemeriksaan laboratorium, radiology, dan pemeriksaan lain yang dilakukan Tertanggung); dan
- j. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
5. Dokumen pendukung pengajuan Klaim untuk Manfaat Rawat Inap, antara lain:
 - a. Sertifikat Polis; dan
 - b. Formulir klaim kesehatan yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Tertanggung dan Dokter (asli); dan
 - c. Lembar Tagihan Mandiri Kartu Kredit yang menunjukkan Saldo Tagihan Terakhir; dan
 - d. Fotokopi identitas diri Tertanggung (KTP/Passpor/KITAS) yang masih berlaku; dan
 - e. Kuitansi/bukti pembayaran selama Rawat Inap (asli/fotokopi legalisir); dan
 - f. Perincian nama dan harga obat-obatan yang diberikan selama Rawat Inap, nama dan harga alat-alat medis yang dipakai selama Perawatan serta nama dan harga pemeriksaan kesehatan (laboratorium, X-ray dan lain-lain) selama Perawatan Rawat Inap (untuk fotokopi harus dilegalisir oleh Rumah Sakit yang bersangkutan); dan
 - g. Hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnostik yang dilakukan selama Rawat Inap (untuk fotokopi harus dilegalisir oleh Rumah Sakit yang bersangkutan); dan
 - h. Surat keterangan kepolisian apabila penyebab Rawat Inap Tertanggung karena Kecelakaan (asli/fotokopi legalisir);
 - i. Surat keterangan Dokter untuk klaim Perawatan Rawat Inap dari Dokter yang merawat (untuk fotokopi harus dilegalisir oleh Rumah Sakit yang bersangkutan); dan
 - j. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
6. Apabila pengajuan klaim tidak dilengkapi dengan dokumen sebagaimana dimaksud dalam poin (2), (3), (4) dan (5) Butir VII Sertifikat Polis ini, maka pengajuan klaim tersebut tidak akan diproses oleh Penanggung.
7. Penanggung akan menginformasikan hasil dari proses klaim dalam kurun waktu 14 (empat belas) Hari Kerja atau 60 (enam puluh) Hari Kerja untuk klaim yang membutuhkan investigasi lebih lanjut setelah dokumen-dokumen yang dibutuhkan sebagaimana termaksud dalam poin (2), (3), (4) dan (5) Butir VII Sertifikat Polis ini diterima dengan lengkap dan benar oleh Penanggung.
8. Pembayaran klaim atas Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud pada poin ini akan dibayarkan dalam kurun waktu paling lambat 5 (lima) Hari Kerja terhitung sejak Penanggung memberikan keputusan bahwa Manfaat Asuransi tersebut dapat dibayarkan dengan memperhatikan ketentuan poin (7) Butir VII Sertifikat Polis ini. Apabila Penanggung telah membayar Manfaat Asuransi kepada Penerima Manfaat maka Penanggung tidak berkewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi apapun atas nama pihak ketiga lainnya.
9. Seluruh dokumen pengajuan klaim Manfaat Asuransi harus diajukan kepada Penanggung dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris. Jika dokumen diajukan dalam bahasa selain Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris maka dokumen tersebut wajib diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh penerjemah tersumpah (*sworn translator*) dan biaya penerjemah merupakan beban pihak yang mengajukan klaim.

Catatan Penting:

- Asuransi Mandiri Protection Plus adalah produk asuransi dari PT AXA Mandiri Financial Services ("AXA Mandiri") selaku Penanggung. Produk ini BUKAN merupakan produk dan tanggung jawab PT Bank Mandiri (Persero) Tbk. ("Bank Mandiri") selaku Pemegang Polis atau afiliasinya, serta tidak termasuk dalam cakupan program penjaminan Lembaga Penjamin Simpanan (LPS).
- Seluruh risiko asuransi yang timbul dari produk asuransi ini menjadi tanggung jawab AXA Mandiri. Bank Mandiri tidak menanggung risiko atas produk asuransi.
- Penanggung memiliki kewenangan sepenuhnya atas proses pengambilan keputusan underwriting dan verifikasi keputusan klaim sesuai dengan syarat dan ketentuan Asuransi Mandiri Protection Plus. Dalam hal terjadinya penolakan atas pembayaran Manfaat Asuransi, maka Bank Mandiri tidak berkewajiban untuk menjelaskan alasan penolakan tersebut.
- Asuransi Mandiri Protection Plus ini ditawarkan melalui kerja sama pemasaran antara AXA Mandiri dengan Bank Mandiri, dan telah dilaporkan dan/atau memperoleh surat penegasan dan/atau persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan dan/atau otoritas terkait sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. AXA Mandiri dan Bank Mandiri terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

PT AXA Mandiri Financial Services

Operational Office : AXA TOWER Lantai 9 JL. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City – Jakarta 12940, INDONESIA

Telephone : 1500803 Fax : (021) 3005-8500

