

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN UMUM OPTIMA GROUP HEALTH

Penanggung	PT BNI Life Insurance	Deskripsi Produk	Optima Group Health merupakan program asuransi kesehatan kumpulan yang memberikan proteksi bagi Tertanggung yang menjalani Rawat Inap, Rawat Jalan, Melahirkan, Kacamata, dan Gigi.
Pemegang Polis	Perusahaan		
Tertanggung	Perorangan		
Nama Produk	Optima Group Health		
Mata Uang	Rupiah (IDR) & USD		
Jenis Produk	Asuransi Kesehatan Kumpulan		

Fitur Utama Asuransi

Usia Masuk	<ul style="list-style-type: none"> Karyawan dan pasangan minimum 0 tahun sampai dengan 85 tahun dan dapat diperpanjang sampai dengan usia 90 tahun. Untuk Paket <i>Small Medium Enterprise</i> 0 – 65 tahun. Anak sejak berusia 0 hari sampai dengan maksimal 24 tahun. Usia masuk 66 – 85 tahun hanya berlaku untuk key person.
Metode Perhitungan Usia	<i>Age last birthday</i>
Tertanggung	Tertanggung Utama: Karyawan atau anggota yang memiliki <i>insurable interest</i> dengan perusahaan/organisasi yang berbadan hukum. Tertanggung Tambahan: Keluarga inti dari karyawan/ anggota (istri/ suami dan anak yang sah).
Masa Asuransi	1 (<i>satu</i>) tahun dan dapat diperpanjang sampai dengan usia Tertanggung 90 tahun
Katentuan Underwriting	<i>Guaranteed acceptance</i>
Cara Pembayaran Premi	Tahunan, Semesteran, Kuartal, dan Termin.

Manfaat Asuransi

Manfaat Asuransi produk Optima Group Health terdiri dari:

1. Manfaat Utama

Manfaat Utama adalah berupa Pelayanan Rawat Inap (RI) dengan detail Daftar Manfaat pada lampiran I

2. Manfaat Tambahan

Manfaat Tambahan adalah pilihan jenis pelayanan kesehatan yang dapat dipilih Pemegang Polis sebagai pelengkap Manfaat Utama program Optima Group Health. Manfaat Tambahan adalah berupa Pelayanan Rawat Jalan, Manfaat Melahirkan, Manfaat Gigi dan Manfaat Kacamata dengan detail Daftar Manfaat pada lampiran III

Manfaat Utama:



Manfaat Rawat Inap

1. Macam Manfaat

1. BIAYA KAMAR RUMAH SAKIT

Penggantian biaya kamar dan makan selama Tertanggung terdaftar sebagai pasien yang dirawat di Rumah Sakit, selama-lamanya 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari kalender per kasus per penyakit yang ditetapkan untuk Tertanggung dalam Daftar Manfaat.

2. BIAYA KAMAR SEMI ICU atau ISOLASI PER HARI

Penggantian biaya kamar semi ICU atau isolasi per hari maksimum 30 (tiga puluh) hari kalender per kasus per penyakit apabila dinyatakan secara tertulis dan diperlukan secara medis oleh Dokter yang merawat.

3. BIAYA KAMAR PERAWATAN INTENSIF atau ICU PER HARI

Penggantian biaya kamar perawatan intensif per hari maksimum 30 (tiga puluh) hari kalender per kasus per penyakit apabila dinyatakan secara tertulis dan diperlukan secara medis oleh Dokter yang merawat.

4. BIAYA ANEKA PERAWATAN DI RUMAH SAKIT

Penggantian biaya aneka perawatan di Rumah Sakit terdiri atas biaya-biaya yang munculnya sehubungan dengan penegakkan diagnosa pasti atas indikasi medis antara lain namun tidak terbatas kepada: Obat-obatan,perlengkapan perawatan, transfusi, fisioterapi, pemeriksaan penunjang (laboratorium, USG, sinar -X, EKG, dan lain-lain), oksigen, biaya penyewaan kursi roda/tongkat penyangga, dan biaya administrasi Rumah Sakit per kasus perawatan.

5. BIAYA PEMBEDAHAN

Penggantian biaya-biaya yang wajar yang terjadi selama proses Pembedahan, seperti biaya Dokter Bedah, biaya Kamar Bedah dan biaya Pembiusan.

a. BIAYA DOKTER BEDAH

Penggantian Biaya Yang Wajar dan Perlu yang dibebankan oleh Dokter Bedah sehubungan dengan pembedahan yang dilakukan sesuai dengan jenis pembedahan yang tercantum dalam Daftar Pembedahan sebagaimana terlampir dalam Polis ini dengan memperhatikan maksimum biaya yang tercantum dalam Daftar Manfaat Asuransi.

b. BIAYA KAMAR BEDAH

Penggantian biaya kamar bedah, obat-obatan yang diberikan pada saat pembedahan dan sewa alat sesuai dengan jenis pembedahan yang tercantum dalam Daftar Pembedahan sebagaimana terlampir dalam Polis ini dengan memperhatikan maksimum biaya yang tercantum dalam Daftar Manfaat Asuransi.

c. BIAYA PEMBIUSAN (ANESTESI)

Penggantian atas Biaya Yang Wajar dan Perlu yang dibebankan oleh Dokter Anestesi termasuk biaya Obat Anestesi sesuai dengan jenis pembedahan yang tercantum dalam

Daftar Pembedahan sebagaimana terlampir dalam Polis ini dengan memperhatikan maksimum biaya yang tercantum dalam Daftar Manfaat Asuransi.

- d. Penggantian biaya disesuaikan dengan jenis pembedahan yang tercantum dalam Daftar Pembedahan sebagaimana terlampir dalam Polis ini, dengan memperhatikan maksimum biaya yang tertera dalam Daftar Manfaat Asuransi:
 - i. Apabila dilakukan 1 (satu) sayatan dalam 1 (satu) kasus pembedahan;
 - (1) Pembedahan dengan jenis penggolongan yang sama maka diganti dengan maksimum 1 (satu) kali Manfaat dari penggolongan kasus pembedahan yang dilakukan.
 - (2) Pembedahan dengan jenis penggolongan yang berbeda maka diganti dengan maksimum 1 (satu) kali Manfaat pembedahan yang tertinggi dari penggolongan kasus pembedahan yang dilakukan
 - ii. Apabila dilakukan 2 (dua) sayatan atau lebih dalam 1 (satu) kasus pembedahan:
 - (1) Pembedahan dengan jenis penggolongan yang sama maka diganti sesuai dengan maksimum Manfaat 1 (satu) tingkat diatas penggolongan pembedahan yang dilakukan.
 - (2) Pembedahan dengan jenis penggolongan yang berbeda maka diganti sesuai dengan Manfaat masing-masing penggolongan pembedahan tersebut dengan maksimum penggantian sebesar Manfaat penggolongan pembedahan tertinggi yang tercantum dalam Daftar Pembedahan sebagaimana terlampir dalam Polis ini.
* Lihat daftar pembedahan
 - iii. Apabila pembedahan yang dilakukan tidak tercantum dalam daftar pembedahan, maka Penanggung atas pertimbangan sendiri berhak menentukan besarnya persentase dari suatu tindakan pembedahan. Besarnya persentase tersebut ditentukan atas dasar berat ringannya tindakan tersebut bila dibandingkan dengan tindakan yang jenisnya mendekati/ mirip.
 - iv. Dalam hal terjadi perbedaan penggolongan Daftar pembedahan Antara Penanggung dengan Rumah Sakit maka yang berlaku adalah penggolongan pembedahan berdasarkan Polis.

6. BIAYA KUNJUNGAN DOKTER

Biaya kunjungan dokter utama yang ditunjuk merawat sehari-hari Tertanggung selama di Rumah Sakit maksimal 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari kalender per kasus per penyakit.

7. KONSULTASI DENGAN DOKTER SPESIALIS

Biaya konsultasi medis ke dokter spesialis yang diperlukan selama Tertanggung dirawat di Rumah Sakit jika perawatan tersebut direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter yang merawat sehari-hari per kasus Rawat Inap, Maksimal 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari kalender per kasus per penyakit.

8. BIAYA UNTUK PERAWAT PRIBADI PER HARI

Biaya Perawat pribadi yang terdaftar dan berijazah selama Tertanggung menjalani perawatan di rumah sakit atas permintaan Dokter yang merawat Maksimal 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari kalender per kasus per penyakit.

9. BIAYA AMBULAN

Penggantian atas biaya yang dikenakan oleh Rumah Sakit atau Organisasi yang memberikan jasa ambulan untuk membawa Tertanggung ke atau dari Rumah Sakit jika dibutuhkan secara medis dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan Daftar Manfaat.

10. BIAYA PERAWATAN DARURAT TANPA OPNAME AKIBAT KECELAKAAN

Jaminan Perawatan Tertanggung akibat kecelakaan oleh Dokter atau Rumah Sakit sebagai pasien berobat jalan dalam waktu tidak lebih dari 48 (empat puluh delapan) jam setelah kecelakaan.

11. **BIAYA PERAWATAN DARURAT TANPA OPNAME AKIBAT KECELAKAAN ATAU KONDISI GAWAT DARURAT (EMERGENCY)**
Jaminan Perawatan Tertanggung akibat kondisi kecelakaan atau gawat darurat (emergency) oleh Dokter atau Rumah Sakit sebagai akibat dari Sakit / cedera serius karena kecelakaan / ruda paksa, status asthmaticus / serangan asma berat, kejang disertai demam tinggi ($> 39^{\circ} \text{C}$), Pendarahan berat (bukan yang disebabkan oleh kehamilan atau kelahiran), Muntah berak disertai dehidrasi/ kekurangan cairan sedang atau berat, kehilangan kesadaran termasuk ayun atau epilepsi, keracunan makanan, kolik perut.
12. **BIAYA PERAWATAN GIGI KHUSUS AKIBAT KECELAKAAN**
Jaminan perawatan akibat kecelakaan yang terjadi pada gigi aliamiah yang sehat dalam waktu tidak lebih dari 14 (empat belas) hari setelah kecelakaan di klinik gigi atau Rumah Sakit.
13. **BIAYA UNTUK PENYEWAAN ALAT-ALAT KESEHATAN**
Jaminan penggantian biaya penyewaan alat-alat kesehatan selama Tertanggung di rawat di rumah sakit.
14. **PENGGANTIAN SEBELUM DAN SESUDAH PERAWATAN**
Jaminan untuk konsultasi Dokter yang merawat, obat-obatan dan pemeriksaan penunjang diagnostik yang sesuai dengan keadaan penyakit waktu dirawat, maksimal 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum dirawat dan 30 (tiga puluh) hari kalender sesudah lepas rawat.
15. **PERAWATAN BEDAH SEHARI**
Adalah pembedahan yang dilakukan oleh Dokter umum atau Dokter Spesialis untuk penyakit yang membutuhkan tindakan bedah sederhana dan selesai dalam 1 (satu) hari tanpa menjalani Rawat Inap. Manfaat ini tidak menanggung pengobatan sebelum dan sesudah Perawatan Bedah Sehari.
16. **BIAYA PEN, SCREW, IOL, STENT, RING, PLATE, K-WIRE DAN PACEMAKER**
Penggantian biaya alat bantu medis yang ditanam dalam tubuh seperti Pen, Screw, IOL, Stent, Ring, Plate, K-wire dan Pacemaker dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan Daftar Manfaat per tahun.
17. **SANTUNAN DUKA**
*) Manfaat Tambahan (Opsional)
Apabila Tertanggung dalam masa pertanggungan meninggal dunia bukan akibat penyakit atau kondisi yang ada di dalam daftar pengecualian Polis ini, maka kepada ahli waris yang ditunjuk akan dibayarkan sejumlah uang santunan duka sesuai dengan kelas yang ditetapkan untuk Tertanggung.
18. **BIAYA MULTIVITAMIN dan SUPLEMEN**
*) Manfaat Khusus
Penggantian biaya untuk multivitamin dan suplemen pada saat terjadinya perawatan/pengobatan selama direkomendasikan oleh dokter dan bukan merupakan produk multilevel marketing, dengan batasan maksimal manfaat.
19. **BIAYA OPERASI GIGI BUNGSU**
Penggantian biaya untuk tindakan pencabutan gigi bungsu yang tumbuh di sudut belakang mulut bagian atas dan bawah dengan teknik invasif menggunakan sayatan untuk membuka atau menampilkan bagian yang akan ditangani kemudian dilakukan tindakan perbaikan dengan penjahitan/ penutupan.
20. **HEMODIALISA DAN KEMOTERAPI**
Penggantian Biaya Hemodialisa (cuci darah) dan Kemoterapi (penyinaran) termasuk biaya obat dan alat medis yang dibutuhkan dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan Daftar Manfaat per tahun.

21. SANTUNAN HARIAN PENGGANTI BIAYA BPJS

Penggantian Biaya santunan harian BPJS dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan Daftar Manfaat per tahun dengan ketentuan:

- Tertanggung wajib menggunakan fasilitas Rawat Inap sesuai ketentuan BPJS dibuktikan dengan surat keterangan dari BPJS
- Penanggung hanya akan menanggung benefit berupa: [jumlah hari rawat] x [benefit Tertanggung]
- Tidak ada penggantian apa pun selain penggantian seperti pada point 19.b diatas

22. CACAT TETAP TOTAL SELURUH ATAU SEBAGIAN TUBUH AKIBAT KECELAKAAN

*) Manfaat Tambahan (Opsional)

Dalam kasus kecelakaan yang diderita oleh Tertanggung dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari setelah kecelakaan tersebut, Tertanggung tidak meninggal dunia tetapi menderita Cacat Tetap Total, Penanggung akan membayar manfaat asuransi dengan ketentuan sebagai berikut:

a. CACAT TETAP TOTAL SELURUH ANGGOTA TUBUH

Kehilangan fungsi untuk selama-lamanya dari:

- Kedua kaki atau;
- Kedua tangan atau;
- Kedua mata atau;
- Satu tangan dan satu kaki atau;
- Satu tangan dan satu mata atau;
- Satu kaki dan satu mata

Besar manfaat adalah sebesar 100 % dari Uang Asuransi.

Uang Asuransi sesuai dengan Daftar manfaat Cacat tetap total akibat kecelakaan

b. CACAT TETAP TOTAL SEBAGIAN ANGGOTA TUBUH

Kehilangan fungsi untuk selama-lamanya:

Cacat Tetap Total Sebagian Anggota Tubuh	Uang Asuransi
a. Lengan kanan mulai dari bahu	70%
b. Tangan kanan mulai dari siku	65%
c. Tangan kanan mulai dari pergelangan	60%
d. Lengan kiri mulai dari bahu	56%
e. Tangan kiri mulai dari siku	52%
f. Tangan kiri mulai dari pergelangan	50%
g. Pendengaran kedua belah telinga	50%
h. Pendengaran sebelah telinga	15%
i. Satu kaki	50%
j. Penglihatan sebelah mata	50%
k. Jempol kanan	25%
l. Jempol kiri	20%
m. Jari telunjuk kanan	15%
n. Jari telunjuk kiri	12%
o. Jari kelingking kanan	12%
p. Jari kelingking kiri	7%
q. Jari tengah/manis kanan	6%
r. Jari tengah/manis kiri	5%

Apabila Tertanggung mengalami cacat tetap total dan kehilangan fungsi sebagian anggota tubuh akibat kecelakaan, akan dibayarkan manfaat asuransi sesuai persentase seperti tabel diatas.

Perkataan 'Kanan' bagi mereka yang kidal dibaca 'Kiri' dan sebaliknya.

Dalam hal kehilangan dua atau lebih anggota badan bersama-sama pembayaran jaminannya tidak boleh melebihi jumlah yang ditentukan diatas atau tidak melebihi 100 % Uang Asuransi dalam satu tahun Polis.

Dengan pilihan Plan sebagai berikut:

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan				
			IP-250	IP-500	IP-1000	IP-1500	IP-2000
	Manfaat Dasar						
1	Biaya Kamar dan Makan (Maks. 60 hari per kasus)	per hari	250,000	500,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000
	Manfaat Opsional						
2	Biaya Kamar Semi ICU/Isolasi (Maks. 20 hari per kasus)	per hari	375,000	750,000	1,500,000	2,250,000	3,000,000
3	Biaya Kamar Perawatan Intensif atau ICU (Maks. 20 hari per kasus)	per hari	500,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000
4	Biaya Aneka Perawatan di Rumah Sakit	per kasus	6,250,000	12,500,000	25,000,000	37,500,000	50,000,000
5	Biaya Operasi (Termasuk Dokter Bedah, Kamar Operasi dan Anestesi)	per kasus	-	-	-	-	-
	a. Operasi Kompleks		17,500,000	35,000,000	70,000,000	105,000,000	140,000,000
	b. Operasi Besar		8,750,000	17,500,000	35,000,000	52,500,000	70,000,000
	c. Operasi Sedang		5,600,000	11,200,000	22,400,000	33,600,000	44,800,000
	d. Operasi Kecil		3,850,000	7,700,000	15,400,000	23,100,000	30,800,000
6	Biaya Kunjungan Dokter (Maks. 60 hari per kasus)	per hari	125,000	250,000	500,000	750,000	1,000,000
7	Biaya Konsultasi dengan Dokter Spesialis (Maks. 60 hari per kasus)	per hari	250,000	500,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000
8	Biaya untuk Perawat Pribadi (Maks. 60 hari per kasus)	per hari	125,000	250,000	500,000	750,000	1,000,000
9	Biaya Ambulan	per kasus	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
10	Biaya Perawatan Darurat Tanpa Oname Akibat Kecelakaan dan Emergency	per kasus	2,000,000	4,000,000	8,000,000	12,000,000	16,000,000
11	Biaya Perawatan Gigi Khusus Akibat Kecelakaan	per kasus	1,000,000	2,000,000	4,000,000	6,000,000	8,000,000
12	Biaya Penyewaan Alat-alat	per kasus	625,000	1,250,000	2,500,000	3,750,000	5,000,000
13	Biaya Perawatan Sebelum (Maks. 30 Hari) dan Sesudah (Maks. 30 Hari) rawat inap	per kasus	1,000,000	2,000,000	4,000,000	6,000,000	8,000,000
14	Biaya Pelayanan Bedah Sehari (One Day Surgery)	per kasus	3,850,000	7,700,000	15,400,000	23,100,000	30,800,000
15	Biaya Alat Bantu yang Ditanam dalam Tubuh (Pen, Screw, Stent, IOL, dan Ring)	per tahun	3,125,000	6,250,000	12,500,000	18,750,000	25,000,000
16	Biaya Hemodialisa (Cuci Darah) dan Kemoterapi (Penyinaran untuk Penyakit Kanker)	per tahun	12,500,000	25,000,000	50,000,000	75,000,000	100,000,000
17	Biaya Multivitamin dan Suplemen	per tahun	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000
	*) Manfaat Khusus						
18	Santunan Harian Kamar bagi Peserta yang Menggunakan Provider BPJS (Maks. 60 hari per tahun)	per hari	250,000	500,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000
19	Santunan Duka dan Cacat Tetap (Maks. Usia 57 Tahun)	per tahun					
	- Meninggal Dunia Sakit/Bukan Akibat Kecelakaan		5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
	- Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan		5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
	- Cacat Tetap Total Akibat Kecelakaan		5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
	- Cacat Tetap Sebagian Akibat Kecelakaan		Sesuai %	Sesuai %	Sesuai %	Sesuai %	Sesuai %
	*) Manfaat Tambahan						
20	Biaya Operasi Gigi Bungsu	per tahun	1,500,000	1,500,000	1,500,000	1,500,000	1,500,000
Batas Klaim Tahunan			Tak Terbatas	Tak Terbatas	Tak Terbatas	Tak Terbatas	Tak Terbatas

Manfaat Tambahan (Opsional) terdiri dari:



Manfaat Rawat Jalan

1. Macam Manfaat:

a. BIAYA KONSULTASI

Jaminan pengobatan TERTANGGUNG oleh Dokter Umum yang tidak memerlukan Rawat Inap baik karena suatu penyakit ataupun cedera. Banyaknya konsultasi dibatasi maksimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) hari. Biaya konsultasi terdiri atas:

- Biaya pemeriksaan dokter umum sekali dalam 1 (satu) hari per kasus penyakit.
- Biaya Dokter Spesialis tanpa rujukan dokter umum sekali dalam 1 (satu) hari per kasus penyakit.
- Biaya paket perawatan dokter dimana biaya pemeriksaan, tindakan dan obat-obatan tidak diperinci.

Khusus untuk kondisi yang memerlukan pemeriksaan lanjutan oleh Dokter spesialis lain dapat dijamin dengan rujukan tertulis dari dokter spesialis pertama dengan ketentuan batasan maksimum mengikuti limit biaya konsultasi Dokter Spesialis

b. BIAYA PEMBELIAN OBAT-OBATAN

Penggantian biaya pembelian obat- obatan atas resep dokter selama 1 (satu) tahun masa asuransi.

c. BIAYA PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Penggantian biaya laboratorium dan penunjang diagnostik lainnya atas rujukan dokter sesuai dengan diagnosa penyakit selama 1 (satu) tahun masa asuransi.

- d. FISIOTERAPI
 - i. Biaya Fisioterapi yang berhubungan dengan diagnosa penyakit dan atas permintaan dokter.
 - ii. Maksimum manfaat dalam 1 (satu) tahun Polis sesuai dengan Daftar Manfaat Rawat Jalan.
 - e. BIAYA ADMINISTRASI
Penggantian biaya administrasi sehubungan dengan pengobatan yang dilakukan, maksimum satu kali kunjungan per hari dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan Daftar Manfaat.
 - f. BIAYA IMUNISASI DASAR ANAK
Penggantian biaya imunisasi dasar untuk anak berusia sampai dengan 1 (satu) tahun. Jenis imunisasi dasar yang ditanggung adalah Hepatitis B, BCG, DPT, Polio dan Campak (termasuk non-fever).
 - g. VITAMIN, MULTIVITAMIN DAN FOOD SUPPLEMENT
Penggantian Biaya untuk vitamin, multivitamin dan food supplement selama direkomendasikan oleh dokter dan bukan merupakan produk Multilevel Marketing, dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan Daftar Manfaat per tahun.
 - h. KELUARGA BERENCANA
Penggantian biaya program keluarga berencana yang terdiri dari Pil, IUD dan Suntik dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan daftar manfaat pertahun.
 - i. TELEMEDICINE
 - *) Manfaat Tambahan (Opsional)
Manfaat pengantian biaya-biaya konsultasi online dengan provider-provider yang tersedia (tidak termasuk biaya pengiriman obat).
 - j. MEDICAL CHECK UP
 - *) Manfaat Tambahan (Opsional)
Penggantian biaya pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh.
 - k. EVAKUASI MEDIS
 - *) Manfaat Tambahan (Opsional)
Membayar layanan evakuasi darurat untuk menyiapkan transportasi/ metode lainnya yang memadai untuk membawa Tertanggung ke fasilitas medis terdekat dan/ atau penggantian pemulangan jenazah yang meninggal dunia dalam rangka perjalanan baik didalam maupun di luar negeri per tahun.
2. **Maksimum pembayaran manfaat:**
- a. Besar penggantian klaim adalah 100% (seratus persen) dari kuitansi dengan batas maksimal seperti tercantum dalam table manfaat.
 - b. Kelebihan pembayaran yang diakibatkan karena biaya melebihi batas maksimum per tahun atau melebihi maksimum limit biaya kunjungan per hari tidak ditanggung oleh Penanggung, melainkan oleh Pemegang Polis atau Tertanggung
 - c. Batasan manfaat ini sesuai dengan Table Manfaat Rawat Jalan

Dengan pilihan Plan sebagai berikut:

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan				
			OP-3550	OP-5300	OP-8750	OP-12200	OP-15650
1	Biaya Konsultasi : a. Biaya Konsultasi Dokter Umum b. Biaya Konsultasi Dokter Spesialis (Dengan Surat Pengantar (kecuali 4 spesialis)) c. Biaya Paket Perawatan Dokter	per kunjungan	50,000 100,000 50,000	100,000 200,000 100,000	200,000 400,000 200,000	300,000 600,000 300,000	400,000 800,000 400,000
2	Biaya Pembelian Obat-obatan Sesuai dengan Resep Dokter	per tahun	1,000,000	2,000,000	4,000,000	6,000,000	8,000,000
3	Biaya Pemeriksaan Laboratorium	per tahun	875,000	1,750,000	3,500,000	5,250,000	7,000,000
4	Biaya Fisioterapi	per Kunjungan	100,000	200,000	400,000	600,000	800,000
5	Biaya Administrasi	per kunjungan	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000
6	Biaya Multivitamin dan Suplemen	per tahun	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000
7	Biaya Imunisasi Dasar untuk Anak s/d 1 Tahun	per tahun	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000
8	Biaya Keluarga Bencana (KB)	per tahun	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000
9	Telemedicine	per kasus	200,000	400,000	600,000	800,000	1,000,000
*) Manfaat Tambahan							
Batas Klaim Tahunan			3,550,000	5,300,000	8,750,000	12,200,000	15,650,000

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan				
			MCU-400	MCU-400	MCU-800	MCU-1200	MCU-1600
1	Biaya Medical Check Up	per tahun	400,000	400,000	800,000	1,200,000	1,600,000

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan		Plan		
			ME	ME	ME	ME	ME
1	Biaya Medical Evacuation	per tahun	USD 250,000	USD 250,000	USD 250,000	USD 250,000	USD 250,000

Manfaat Melahirkan



1. Macam Manfaat:

a. BIAYA MELAHIRKAN NORMAL

Biaya proses melahirkan secara normal tanpa operasi, termasuk bantuan penggunaan forceps , vacuum dan dilatasi yang dilakukan oleh seorang dokter atau bidan (perawatan bayi yang baru lahir sudah termasuk di dalam biaya ini).

b. MELAHIRKAN OPERASI

Biaya melahirkan melalui operasi (sectio caesaria) yang dilaksanakan atas indikasi medis (perawatan bayi yang baru lahir sudah termasuk di dalam biaya ini).

c. PENGGUGURAN ATAS PERTIMBANGAN MEDIS

Biaya pengguguran kandungan atas pertimbangan medis atau rujukan dokter dalam keadaan yang membahayakan ibu dan bayi.

d. KOMPLIKASI KEHAMILAN

Penggantian biaya-biaya untuk perawatan komplikasi yang ditimbulkan oleh kehamilan yang memerlukan Perawatan Rumah Sakit berdasarkan indikasi medis.

e. BIAYA PEMERIKSAAN SELAMA KEHAMILAN DAN 40 (EMPAT PULUH) HARI SETELAH MELAHIRKAN

- Penggantian biaya konsultasi yang berhubungan dengan kehamilan atau paska melahirkan ke Dokter Umum, Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG), atau bidan yang berizin praktik.
- Penggantian biaya-biaya pemeriksaan laboratorium dan penunjang diagnostik lainnya yang diperlukan berdasarkan indikasi medis yang berhubungan dengan kehamilan atau paska melahirkan.
- Penggantian biaya obat-obatan dan/atau vitamin yang berhubungan dengan kehamilan atau paska melahirkan.

2. Batasan Manfaat:

- Biaya melahirkan harus tunduk kepada batasan maksimum santunan melahirkan.
- Santunan melahirkan mulai dijamin setelah 280 (dua ratus delapan puluh) hari sejak mulai menjadi Tertanggung pertama kali.
- Santunan melahirkan disediakan hanya untuk melahirkan 3 (tiga) anak yang hidup, dalam hal melahirkan 2 (dua) anak atau lebih (kembar) akan dianggap melahirkan 1 (satu) kali. Melahirkan yang keempat dan seterusnya sepenuhnya menjadi tanggung jawab Pemegang Polis atau Tertanggung.
- Besar penggantian klaim adalah sebesar 100% (seratus persen) dari kuitansi dengan batas maksimal seperti tercantum dalam daftar manfaat.

Dengan pilihan Plan sebagai berikut:

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan				
			MT-1250	MT-2500	MT-5000	MT-7500	MT-10000
1	Biaya Melahirkan Normal	per kehamilan	1,250,000	2,500,000	5,000,000	7,500,000	10,000,000
2	Biaya Melahirkan dengan Pembedahan (Caesar)	per kehamilan	2,500,000	5,000,000	10,000,000	15,000,000	20,000,000
3	Biaya Pengguguran Kehamilan (Aborsi) Atas Pertimbangan Medis	per kehamilan	880,000	1,750,000	3,500,000	5,250,000	7,000,000
4	Biaya Komplikasi Kehamilan dan Komplikasi Pasca Melahirkan	per tahun	880,000	1,750,000	3,500,000	5,250,000	7,000,000
5	Biaya Perawatan Sebelum dan 40 Hari Setelah Melahirkan	per tahun	630,000	1,250,000	2,500,000	3,750,000	5,000,000
Premi per Tahun			518,700	1,032,700	2,065,400	3,098,000	4,130,700

Manfaat Gigi



1. Macam Manfaat:

- PERAWATAN DASAR**
Mengganti biaya-biaya: obat-obatan berdasarkan resep Dokter Gigi, Rontgen/sinar-X Gigi yang diperlukan sebelum perawatan gigi, penambalan gigi, pencabutan, serta perawatan saluran akar/saraf gigi.
- PERAWATAN GUSI**
Mengganti biaya-biaya untuk Perawatan gusi yaitu kuretase dan obat-obatan yang diresepkan Dokter Gigi sesuai dengan tindakan tersebut. Batas Jaminan ini adalah per tahun Polis.
- PERAWATAN PENCEGAHAN**
Mengganti biaya-biaya untuk Perawatan pencegahan yaitu: pembersihan karang gigi, prophylaxis dan obat-obatan yang diresepkan Dokter Gigi sesuai dengan tindakan tersebut.
- PERAWATAN KOMPLEKS**
Mengganti biaya-biaya perawatan kompleks yang mencakup pembedahan jaringan gigi, pelapisan emas, apicoectomy pada geraham kecil, pencabutan yang memerlukan pembedahan pada gigi bungsu dan obat-obatan yang diresepkan Dokter Gigi sesuai dengan tindakan tersebut.
- PERAWATAN PERBAIKAN**
Mengganti biaya-biaya perawatan perbaikan yang menyangkut Cappings, Mahkota dan jembatan dalam bentuk plastik atau porselen berlapis emas. Batas jaminan ini adalah per tahun Polis.
- GIGI PALSU**
Penggantian biaya sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter Gigi untuk gigi palsu yang meliputi:
 - Pemasangan gigi palsu
 - Kepala gigi (Crown)
 - Pegangan untuk gigi palsu

- Bingkai penunjang gigi
- Batas jaminan ini adalah per tahun Polis

2. Maksimum Pembayaran Manfaat:

- Batasan jaminan ini adalah per tahun polis
- Kelebihan pembayaran yang diakibatkan karena biaya melebihi batas maksimum per tahun atau melebihi maksimum limit biaya kunjungan per hari tidak ditanggung oleh Penanggung, melainkan oleh Pemegang Polis atau Tertanggung.
- Besar penggantian klaim adalah 100% (seratus persen) dari kuitansi dengan batas maksimal seperti tercantum dalam Daftar Manfaat.
- Maksimum pembayaran manfaat adalah sebesar klaim yang layak dibayarkan dikurangi prosentase Ko-Asuransi yang tercantum dalam Daftar Manfaat perawatan gigi.
- Besarnya manfaat yang dibayarkan pada Pasal 2.2(d). tidak akan melebihi batas maksimum manfaat sesuai Daftar Manfaat perawatan gigi.

Dengan pilihan Plan sebagai berikut:

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan				
			DT-2375	DT-2375	DT-4750	DT-7125	DT-9500
1	Biaya Perawatan Dasar	per tahun	250,000	250,000	500,000	750,000	1,000,000
2	Biaya Perawatan Gusi	per tahun	250,000	250,000	500,000	750,000	1,000,000
3	Biaya Perawatan Pencegahan	per tahun	250,000	250,000	500,000	750,000	1,000,000
4	Biaya Perawatan Kompleks	per tahun	500,000	500,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000
5	Biaya Perawatan Perbaikan	per tahun	500,000	500,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000
6	Biaya Gigi Palsu	per tahun	625,000	625,000	1,250,000	1,875,000	2,500,000
Batas Klaim Tahunan			2,375,000	2,375,000	4,750,000	7,125,000	9,500,000

Kacamata



1. Macam Manfaat:

- BIAYA BINGKAI KACAMATA**
Biaya untuk pembelian Bingkai Kacamata. Jumlah manfaat yang dapat dibayar dalam 1 (satu) tahun Polis, tidak melebihi jumlah maksimum yang tercantum dalam Daftar Manfaat Kacamata.
- BIAYA LENSE atau LENSE KONTAK**
Biaya untuk pembelian Lensa atau Lensa Kontak. Jumlah manfaat yang dapat dibayar dalam 1 (satu) tahun Polis, tidak melebihi jumlah maksimum yang tercantum dalam Daftar Manfaat Kacamata.

2. Maksimum pembayaran manfaat:

- Santunan tidak akan diberikan apabila Tertanggung tidak melengkapi persyaratan klaim dengan resep dokter.
- Besar penggantian klaim adalah 100% (seratus persen) dari kuitansi dengan batas maksimal seperti yang tercantum dalam daftar manfaat.
- Santunan diberikan bukan untuk kacamata gelap kecuali atas alasan medis melalui surat rujukan dokter.

Dengan pilihan Plan sebagai berikut:

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan				
			GL-250	GL-250	GL-500	GL-750	GL-1000
1	Biaya Bingkai Kacamata	per tahun	250,000	250,000	500,000	750,000	1,000,000
2	Biaya Lensa Kacamata atau Lensa Kontak	per tahun	250,000	250,000	500,000	750,000	1,000,000
3	Biaya Refraksi Mata	per tahun	75,000	75,000	150,000	225,000	300,000

Risiko

Risiko yang mungkin terjadi dalam membeli produk Optima Group Health adalah risiko individual, antara lain terdapat potensi kerugian yang lebih besar jika klaim melebihi manfaat yang seharusnya diterima.

Biaya - biaya

- Biaya Asuransi sudah termasuk dalam Premi dimana Biaya Asuransi disesuaikan dengan usia Tertanggung dan Plan berikut Manfaat Asuransi yang diambil.
- Premi yang telah dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah termasuk komisi (jika ada)
- Biaya administrasi *Cooling of Period* sebesar Rp 100.000 dan biaya penerbitan kartu/ sertifikat sebesar Rp 20.000 per peserta dan biaya –biaya lainnya jika ada.

Pengecualian

Kelompok penyakit atau kondisi keadaan berikut tidak dapat dijamin, yaitu:

1. Polis ini tidak memberikan hak kepada Tertanggung atas penggantian biaya bagi perawatan, pengobatan, pelayanan, keadaan-keadaan, hal-hal atau kegiatan-kegiatan berikut ini serta semua biaya perawatan medis dan biaya terkait yang timbul karenanya :
 - a. Transplantasi organ, termasuk semua perawatan dan/ atau pengobatan yang berkaitan dengan transplantasi organ. Transplantasi organ hanya menjamin tindakan operasi tranplantasinya saja untuk Tertanggung sebagai Resipien.
 - b. Semua alat penunjang dan/ atau alat bantu buatan seperti protesa, alat pacu jantung, kacamata, alat bantu dengar, stent (Ring) dan lain-lain, kecuali tercantum dalam jaminan khusus untuk jaminan alat Bantu.
 - c. Kelainan refraksi mata, termasuk perawatan dan/ atau pengobatan yang berkaitan dengan kelainan refraksi mata, kecuali Polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Kacamata.
 - d. Perawatan dan/ atau pengobatan yang belum disahkan oleh Departemen Kesehatan, termasuk pengobatan alternatif (tidak secara medis).
 - e. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kesehatan mental dan jiwa, serta, kecanduan obat dan/atau alkohol.
 - f. Semua Perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan:
 - i. Infertilitas, termasuk inseminasi buatan, bayi tabung dan pengembalian kesuburan
 - ii. Impotensi
 - iii. Syndrome premenopause dan menopause
 - g. Perawatan dan/atau pengobatan untuk kegemukan (obesitas), mengurangi berat badan atau upaya menambah berat badan.
 - h. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kosmetik.
 - i. Perawatan dan/ atau pengobatan yang berkaitan dengan :
 - i. Phimosis diatas usia 2 tahun
 - ii. Kelainan bawaan, keturunan dan/atau kelainan pertumbuhan
 - j. Sunat (circumsisi)
 - k. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan:
 - i. HIV/AIDS, termasuk penyakit atau kondisi yang berkaitan dengan HIV/AIDS
 - ii. Penyakit Menular Seksual
 - l. Biaya Non Medis (seperti tissue, biaya telepon, perlengkapan mandi dan lain-lain).
 - m. Vitamin tanpa indikasi medis.
 - n. Hemodialisis atau cuci darah kecuali di dalam Polis dilengkapi dengan manfaat tambahan Hemodialisis.
 - o. Obat-obat bebas (obat-obatan yang dibeli tanpa resep dari dokter)
 - p. Perawatan dan/atau pengobatan akibat:
 - i. Terlibat aktif perang, kerusakan, perkelahian, perbuatan kejahatan atau pelanggaran terhadap ketentuan perundang-undangan dan aturan dibawahnya.

- ii. Luka yang sengaja serta percobaan bunuh diri
- q. Perawatan dan/ atau pengobatan karena keikutsertaan dalam aktivitas atau olahraga berbahaya yaitu:
 - i. Mendaki gunung, panjat tebing, panjat gedung
 - ii. *Bungee jumping*
 - iii. Arung jeram
 - iv. Semua aktifitas terbang di udara (terjun payung, terbang layang, *sky diving*, ultralite dan lain-lain)
 - v. Semua aktifitas menyelam yang menggunakan alat bantu pernapasan (*diving* dan lain-lain)
 - vi. Semua aktifitas lomba kecepatan dengan kendaraan bermesin (balap motor, mobil, perahu dan lain-lain)
 - vii. Semua aktifitas olahraga yang bersifat profesional
- r. Perawatan dan/atau pengobatan yang diakibatkan karena Tertanggung melakukan penerbangan dengan menggunakan pesawat udara carteran, militer/ polisi atau helikopter.
- s. Rawat Jalan bukan akibat Kecelakaan, kecuali Polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Rawat Jalan.
- t. Perawatan dan/ atau pengobatan gigi bukan akibat kecelakaan serta kosmetika gigi (termasuk perawatan orthodonti, pemutihan gigi dan seluruh rangkaiannya), kecuali Polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Rawat Gigi.
- u. Pengobatan, perawatan, tindakan atau operasi gigi yang bukan atas indikasi medis termasuk untuk kecantikan dan yang tidak termasuk dalam manfaat pertanggungan.
- v. Segala jenis perawatan dan pembelian alat-alat yang berhubungan dengan orthodontic.
- w. Kehamilan dan semua komplikasinya, melahirkan dan keguguran/ pengguguran kandungan atas indikasi medis, kecuali Polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Melahirkan.
- x. Penggantian kacamata, lensa kontak dan yang berkaitan dengan kemampuan baca mata, pemeriksaan mata termasuk bedah mata untuk diagnosa astigmatism, myopia, hyperopia, atau prebyopia, kecuali Polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Kacamata.
- y. Bencana Alam yaitu Bencana yang apabila dinyatakan oleh pemerintah sebagai Bencana Nasional.
- 2. Manfaat Asuransi Santunan Kematian dan/atau Manfaat Asuransi Santunan Kecelakaan (risiko Kematian dan Cacat Tetap) tidak dapat dibayarkan sebagai akibat dari hal-hal tersebut dibawah ini :
 - a. Kondisi yang berkaitan dengan ayat (1) pasal ini;
 - b. Bunuh diri atau dihukum mati oleh pengadilan.
- 3. Penanggung tidak akan membayar manfaat untuk pembelian Kacamata tanpa surat rekomendasi Dokter Mata, dan/atau bukan indikasi medis.
- 4. Dengan kehamilan lanjutan yang lebih dari enam bulan.
- 5. Pelayanan kesehatan untuk bayi yang tidak bertujuan untuk pengobatan (seperti vaksinasi, tindik, sunat).
- 6. Pelayanan yang tidak ada hubungannya secara medis untuk kehamilan atau kelahiran yang tidak terbatas pada pemakaian jasa telpon, cuci pakaian dan makanan tambahan.

Persyaratan dan Tata Cara

Syarat Kepesertaan:

1. **Jumlah Peserta** minimum adalah 5 peserta.
2. **Usia Masuk:** 0 – 85 tahun (dapat diperpanjang sampai dengan usia 90 tahun). Untuk Paket *Small Medium Enterprise* 0 – 65 tahun.
3. **Yang dapat didaftarkan sebagai peserta**
 - a. Karyawan Pemegang Polis yang merupakan karyawan Tetap, kontrak serta aktif bekerja pada Pemegang Polis.
 - b. Pengurus perusahaan Pemegang Polis, merupakan direktur, komisaris, anggota komite dan tenaga ahli yang bekerja pada Pemegang Polis.
 - c. Anggota keluarga karyawan dan pengurus perusahaan Pemegang Polis yang terdiri pasangan dan maksimum 3 (*tiga*) anak.
4. **Penambahan Peserta**
 - a. Penambahan peserta baru maksimum dilakukan 1 kali dalam satu bulan untuk setiap pemegang polis.
 - b. Penambahan peserta baru dilakukan sejak tanggal effective berlaku dan maksimum 9 (*sembilan*) bulan.

- c. Penanggung berhak sepenuhnya untuk menolak penambahan peserta baru tanpa harus menyatakan penolakan tersebut, jika ditemukan akumulasi risiko yang signifikan.
- d. Penambahan peserta harus mengikuti prosedur yang disyaratkan penanggung.

5. Penambahan/ Pengurangan Peserta

- a. Pengurangan peserta maksimum dilakukan 1 kali dalam satu bulan untuk setiap pemegang polis.
- b. Pengurangan peserta harus mengikuti prosedur yang disyaratkan Penanggung.

Mekanisme Pengajuan Asuransi:

1. Jalur Penjualan *Employee Benefit*

Apabila calon klien *corporate* setuju untuk menutup asuransi:

- a. Sales Business Banking *Employee Benefit* BNI Life menyerahkan Surat Pengajuan Asuransi Kumpulan (SPAK) kepada calon klien *corporate* untuk diisi dan ditandatangani oleh Direktur Utama Calon Pemegang Polis atau Pejabat lain yang telah diberikan surat kuasa oleh Direktur Utama.
- b. SPAK asli tersebut diserahkan kembali ke Sales Business Banking *Employee Benefit* BNI Life dengan dilengkapi dokumen pendukung SPAK:
 - Proposal dan rekapitulasi perhitungan terakhir yang telah disetujui dan ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis
 - Tabel perhitungan premi yang telah ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis
 - Copy Akta Pendirian Perusahaan dan Perubahan terakhirnya
 - Fotocopy Surat Izin Usaha Perusahaan (SIUP)
 - Fotocopy Surat Keterangan Domisili
 - Surat Kuasa (jika penandatanganan PKS selain Direktur)
 - Data Peserta final terbaru
- c. Sales Business Banking *Employee Benefit* BNI Life melengkapi dokumen tersebut di atas dengan instruksi penutupan yang berisi rincian *term and condition* penutupan dan menyerahkan kepada Marketing Support *Employee Benefit* (EB)
- d. Berdasarkan dokumen yang telah dilengkapi, Marketing Support *Employee Benefit* (EB) akan membuat form penutupan.
- e. Marketing Support *Employee Benefit* (EB) menginformasikan penutupan ke Unit Underwriting dan Aktuaria dengan melampirkan dokumen penutupan berikut ketentuan Unit Underwriting dan perhitungan final yang dikeluarkan Aktuaria.

2. Jalur Penjualan *Referensi*

- a. Calon Nasabah datang ke BNI
- b. Staf BNI akan mereferensikan asuransi ke BNI Life
- c. Pemasar BNI Life melakukan penawaran kepada calon Pemegang Polis.
- d. Apabila calon Peserta menyatakan setuju untuk membeli produk Optima Group Health, maka pemasar BNI Life akan membantu dalam proses penutupan.
- e. BNI Life akan mengirimkan polis kepada Pemegang Polis dan bukti kepesertaan kepada Peserta.

3. Jalur Penjualan *Integrasi*

- a. Calon Pemegang Polis mendapatkan penawaran untuk membeli produk Bank maupun lembaga keuangan.
- b. Karyawan Bank maupun lembaga keuangan akan memberikan informasi mengenai produk asuransi Optima Group Health
- c. Karyawan Bank maupun lembaga keuangan mendaftarkan Nasabah dalam program Asuransi asuransi Optima Group Health.
- d. Bank akan memberikan Polis kepada Pemegang Polis termasuk bukti kepesertaan untuk Peserta.

Mekanisme Pengajuan Klaim:

Segala macam penyampaian klaim harus diajukan secara tertulis paling lambat 60 (*enam puluh*) hari kalender sejak tanggal pelayanan atau perawatan yang diterima Tertanggung. Pengajuan ulang klaim harus dilengkapi selambat-lambatnya 60 (*enam puluh*) hari kalender oleh Tertanggung, terhitung sejak tanggal pengembalian dokumen klaim.

Setiap klaim yang diajukan harus dilengkapi dengan:

1. Klaim Perawatan Rumah Sakit

- a. Formulir Klaim Rawat Inap Asuransi Kumpulan (termasuk Surat Keterangan Dokter) yang tercantum nama dokter dan dilegalisir oleh Rumah sakit/ Klinik/ Dokter/ Apotik
- b. Kuitansi asli selama perawatan beserta perinciannya (dari Rumah Sakit, klinik, Dokter, apotik, termasuk salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang), atau
- c. Salinan kuitansi yang telah dilegalisir oleh instansi yang bersangkutan (termasuk salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang), serta bukti dan perincian pembayaran klaim dari pihak lain, apabila terdapat Koordinasi Manfaat.
- d. Dokumen pengajuan klaim Manfaat Lainnya:
 - (1) Formulir Klaim Rawat Inap Asuransi Kumpulan (termasuk Surat Keterangan Dokter),
 - (2) Kuitansi (fotokopi legalisir) selama perawatan beserta perinciannya (dari Rumah Sakit, klinik, Dokter, apotik, termasuk salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang),
 - (3) Surat pernyataan dari Rumah Sakit yang menyatakan lama rawat inap, dan bahwa semua biaya perawatan Rumah Sakit telah ditanggung oleh Asuransi Pemerintah (BPJS) dan tidak ada kekurangan pembayaran, dan
 - (4) Slip manfaat dari Asuransi Pemerintah (BPJS) yang menjadi penjamin atas biaya perawatan rumah sakit (jika ada).

2. Klaim Santunan Duka

- a. Formulir Klaim Kematian Asuransi Kumpulan (termasuk Surat Keterangan Dokter).
- b. Surat Keterangan Kematian dari instansi yang berwenang atau Akte Kematian (asli atau salinan yang telah dilegalisir Pejabat dari instansi yang berwenang).
- c. Bukti diri dari Peserta (asli atau salinan yang telah dilegalisir Pejabat dari instansi yang berwenang).
- d. Surat Keterangan dari Kepolisian bila meninggal disebabkan oleh Kecelakaan atau korban tindakan kejahatan.
- e. Surat Pengantar dari perusahaan terkait klaim Kematian

3. Klaim Rawat Jalan

- b. Formulir Klaim Rawat Jalan Asuransi Kumpulan (termasuk Surat Keterangan Dokter).
- c. Kuitansi asli selama perawatan beserta perinciannya (dari Rumah Sakti, klinik, Dokter, apotik, termasuk salinan resep dan hasil pemeriksaan penunjang) yang mencantumkan nama dokter yang merawat dan legalisir Rumah Sakit/Klinik/Dokter/Apotik, atau
- d. Salinan kuitansi yang telah dilegalisir oleh instansi yang bersangkutan (termasuk salinan resep, hasil pemeriksaan penunjang), serta bukti dan perincian pembayaran dari pihak lain apabila terdapat Koordinasi Manfaat

6. Klaim Rawat Gigi

- a. Kuitansi asli (berstempel dan bertanggal) yang dilengkapi dengan alamat dan nomor telepon instansi tersebut yang dapat dihubungi
- b. Rincian biaya pengobatan
- c. Salinan (copy) resep obat dari dokter
- d. Rincian dan kesimpulan hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang diagnostic lain sesuai indikasi medis dan rujukan dokter
- e. Formulir klaim yang berisi diagnosa yang diisi oleh Dokter yang merawat.
- f. Salinan (copy) buku kunjungan atau kartu pasien yang menunjukkan tanggal dan perawatan yang dilakukan
- g. Salinan kuitansi yang telah dilegalisir oleh instansi yang bersangkutan (termasuk salinan resep, hasil pemeriksaan penunjang), serta bukti dan perincian pembayaran dari pihak lain apabila terdapat Koordinasi Manfaat

7. Klaim Kacamata

- a. Kuitansi asli berstempel dan bertanggal) yang dilengkapi dengan alamat dan nomor telepon optik tersebut yang dapat dihubungi
- b. Ukuran lensa kacamata dari Dokter Spesialis mata (untuk pengajuan klaim kacamata pertama kali ke Penanggung)
- c. Ukuran lensa kacamata dari optik (untuk pengajuan klaim kacamata kedua dan seterusnya ke Penanggung)

- d. Salinan (Copy) buku kunjungan atau kartu kunjungan yang menunjukkan tanggal pembelian yang dilakukan, jika diperlukan oleh Asuransi.
- e. Salinan kuitansi yang telah dilegalisir oleh instansi yang bersangkutan (termasuk salinan resep, hasil pemeriksaan penunjang), serta bukti dan perincian pembayaran dari pihak lain apabila terdapat Koordinasi Manfaat

8. Klaim Melahirkan

- a. Kuitansi asli (berstempel, bermaterai dan bertanggal serta tercantum nama dokter/bidan yang merawat) yang dilengkapi dengan alamat dan nomor telepon instansi tersebut yang dapat dihubungi
- b. Rincian biaya pengobatan
- c. Rincian obat yang digunakan
- d. Rincian dan kesimpulan hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang diagnostik lain sesuai indikasi medis dan rujukan dokter
- e. Resume medis yang diisi oleh Dokter/Bidan yang merawat dan diberi stempel Rumah Sakit/Klinik/Dokter/Bidan
- f. Salinan kuitansi yang telah dilegalisir oleh instansi yang bersangkutan (termasuk salinan resep, hasil pemeriksaan penunjang), serta bukti dan perincian pembayaran dari pihak lain apabila terdapat Koordinasi Manfaat

Saran dan Keluhan

Nasabah dapat menyampaikan saran dan keluhan kepada:

PT BNI Life Insurance

Contact Center BNI Life

Email: care@bni-Health.co.id

Customer Care: 1-500-045

Surat atau tatap muka langsung dengan staf *Customer Care* di Kantor Pusat yang beralamat di:

PT BNI Life Insurance

Centennial Tower 9th Floor

Jl. Gatot Subroto Kavling 24-25

Jakarta 12930

Simulasi Produk Optima Group Health

Nama Pemegang Polis: PT XYZ

Mata Uang Polis: **Rupiah (IDR)**

Jumlah Peserta: **50 peserta**

Plan yang diambil:
IP 1.000

Masa Asuransi: **1 tahun**
Tanggal Mulai Asuransi: **1 Januari 2022**

Masa Asuransi:
1 Januari 2022 – 31 Desember 2022

Paket yang diambil:
Manfaat Utama (Rawat Inap)
Manfaat Tambahan
Rawat Jalan
Melahirkan
Rawat Gigi
Kacamata



Manfaat Utama

Penggantian 100% dari kuitansi dengan besaran manfaat per peserta sebagai berikut:

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan
			IP-1000
1	Biaya Kamar dan Makan (Maks. 60 hari per kasus)	per hari	1,000,000
2	Biaya Kamar Semi ICU/Isolasi (Maks. 20 hari per kasus)	per hari	1,500,000
3	Biaya Kamar Perawatan Intensif atau ICU (Maks. 20 hari per kasus)	per hari	2,000,000
4	Biaya Aneka Perawatan di Rumah Sakit	per kasus	25,000,000
5	Biaya Operasi (Termasuk Dokter Bedah, Kamar Operasi dan Anestesi)	per kasus	-
	a. Operasi Kompleks		70,000,000
	b. Operasi Besar		35,000,000
	c. Operasi Sedang		22,400,000
	d. Operasi Kecil		15,400,000
6	Biaya Kunjungan Dokter (Maks. 60 hari per kasus)	per hari	500,000
7	Biaya Konsultasi dengan Dokter Spesialis (Maks. 60 hari per kasus)	per hari	1,000,000
8	Biaya untuk Perawat Pribadi (Maks. 60 hari per kasus)	per hari	500,000
9	Biaya Ambulan	per kasus	200,000
10	Biaya Perawatan Darurat Tanpa Opname Akibat Kecelakaan dan Emergency	per kasus	8,000,000
11	Biaya Perawatan Gigi Khusus Akibat Kecelakaan	per kasus	4,000,000
12	Biaya Penyewaan Alat-alat	per kasus	2,500,000
13	Biaya Perawatan Sebelum (Maks. 30 Hari) dan Sesudah (Maks. 30 Hari) rawat inap	per kasus	4,000,000
14	Biaya Pelayanan Bedah Sehari (One Day Surgery)	per kasus	15,400,000
15	Biaya Alat Bantu yang Ditanam dalam Tubuh (Pen, Screw, Stent, IOL, dan Ring)	per tahun	12,500,000
16	Biaya Hemodialisa (Cuci Darah) dan Kemoterapi (Penyinaran untuk Penyakit Kanker)	per tahun	50,000,000
17	Biaya Multivitamin dan Suplemen	per tahun	500,000
	*) Manfaat Khusus		
18	Santunan Harian Kamar bagi Peserta yang Menggunakan Provider BPJS (Maks. 60 hari per tahun)	per hari	1,000,000
19	Santunan Duka dan Cacat Tetap (Maks. Usia 57 Tahun)	per tahun	-
	- Meninggal Dunia Sakit/Bukan Akibat Kecelakaan		5,000,000
	- Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan		5,000,000
	- Cacat Tetap Total Akibat Kecelakaan		5,000,000
	- Cacat Tetap Sebagian Akibat Kecelakaan		Sesuai %
	*) Manfaat Tambahan		
20	Biaya Operasi Gigi Bungsu	per tahun	1,500,000
Batas Klaim Tahunan			Tak Terbatas
Premi per tahun (0 s/d 55 Tahun)			-
Pria			1,568,000

Manfaat Tambahan

Penggantian 100% dari kuitansi dengan besaran manfaat per peserta sebagai berikut:

Daftar Manfaat Rawat Jalan

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan
			OP-8750
1	Biaya Konsultasi : a. Biaya Konsultasi Dokter Umum b. Biaya Konsultasi Dokter Spesialis (Dengan Surat Pengantar (kecuali 4 spesialis)) c. Biaya Paket Perawatan Dokter	per kunjungan	200,000 400,000 200,000
2	Biaya Pembelian Obat-obatan Sesuai dengan Resep Dokter	per tahun	4,000,000
3	Biaya Pemeriksaan Laboratorium	per tahun	3,500,000
4	Biaya Fisioterapi	per Kunjungan	400,000
5	Biaya Administrasi	per kunjungan	40,000
6	Biaya Multivitamin dan Suplemen	per tahun	500,000
7	Biaya Imunisasi Dasar untuk Anak s/d 1 Tahun	per tahun	500,000
8	Biaya Keluarga Bencana (KB)	per tahun	500,000
9	Telemedicine	per kasus	600,000
*) Manfaat Tambahan			
Batas Klaim Tahunan			8,750,000
Premi per tahun (0 s/d 55 Tahun)			
Pria			1,807,100
Wanita			2,182,900
Anak			1,317,500
Premi per tahun (56 s/d 65 Tahun)			
Pria			2,693,100
Wanita			2,958,900
Premi per tahun (66 s/d 70 Tahun)			
Pria			4,465,300
Wanita			4,908,300
Premi per tahun (> 70 Tahun)			
Pria			5,351,300
Wanita			5,883,000

Medical Check-Up

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan
			MCU-800
1	Biaya Medical Check Up	per tahun	800,000
Premi per tahun (0 s/d 55 Tahun)			
	Pria		507,000
	Wanita		507,000
	Anak		507,000
Premi per tahun (56 s/d 65 Tahun)			
	Pria		760,500
	Wanita		760,500
Premi per tahun (66 s/d 70 Tahun)			
	Pria		775,700
	Wanita		775,700
Premi per tahun (> 70 Tahun)			
	Pria		785,900
	Wanita		785,900

Medical Evacuation

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan
			ME
1	Biaya Medical Evacuation	per tahun	USD 250,000
Premi per tahun (0 s/d 55 Tahun)			
	Pria		29,200
	Wanita		29,200
	Anak		29,200
Premi per tahun (56 s/d 65 Tahun)			
	Pria		29,200
	Wanita		29,200
Premi per tahun (66 s/d 70 Tahun)			
	Pria		29,200
	Wanita		29,200
Premi per tahun (> 70 Tahun)			
	Pria		29,200
	Wanita		29,200

Note: dalam satuan Rupiah (IDR)

Daftar Manfaat Melahirkan

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan
			MT-5000
1	Biaya Melahirkan Normal	per kehamilan	5,000,000
2	Biaya Melahirkan dengan Pembedahan (<i>Caesar</i>)	per kehamilan	10,000,000
3	Biaya Pengguguran Kehamilan (Aborsi) Atas Pertimbangan Medis	per kehamilan	3,500,000
4	Biaya Komplikasi Kehamilan dan Komplikasi Pasca Melahirkan	per tahun	3,500,000
5	Biaya Perawatan Sebelum dan 40 Hari Setelah Melahirkan	per tahun	2,500,000
Premi per Tahun			2,065,400

Daftar Manfaat Rawat Gigi

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan
			DT-4750
1	Biaya Perawatan Dasar	per tahun	500,000
2	Biaya Perawatan Gusi	per tahun	500,000
3	Biaya Perawatan Pencegahan	per tahun	500,000
4	Biaya Perawatan Kompleks	per tahun	1,000,000
5	Biaya Perawatan Perbaikan	per tahun	1,000,000
6	Biaya Gigi Palsu	per tahun	1,250,000
Batas Klaim Tahunan			4,750,000
Premi per tahun (0 s/d 55 Tahun)			
Pria			408,600
Wanita			449,400
Anak			286,000
Premi per tahun (56 s/d 65 Tahun)			
Pria			612,800
Wanita			674,100
Premi per tahun (66 s/d 70 Tahun)			
Pria			1,021,400
Wanita			1,123,500
Premi per tahun (> 70 Tahun)			
Pria			1,225,600
Wanita			1,348,200

Daftar Manfaat Kacamata

No.	Manfaat	Batasan Maksimum	Plan
			GL-500
1	Biaya Bingkai Kacamata	per tahun	500,000
2	Biaya Lensa Kacamata atau Lensa Kontak	per tahun	500,000
3	Biaya Refraksi Mata	per tahun	150,000
Premi per tahun (0 s/d 55 Tahun)			
Pria			386,700
Wanita			425,400
Anak			270,700
Premi per tahun (56 s/d 65 Tahun)			
Pria			580,000
Wanita			638,000
Premi per tahun (66 s/d 70 Tahun)			
Pria			773,300
Wanita			850,700
Premi per tahun (> 70 Tahun)			
Pria			870,000
Wanita			957,000

Note: dalam satuan Rupiah (IDR)

Simulasi Pembayaran Manfaat Asuransi



Skenario Kasus

Ibu Jenny berusia 35 tahun, bekerja di perusahaan PT XYZ. Perusahaan tempat Ibu Jenny bekerja membeli produk asuransi Optima Group Health dari PT BNI Life Insurance untuk perlindungan kesehatan bagi karyawannya dengan manfaat yang diambil Rawat Inap, Rawat Jalan, Rawat Gigi, Kacamata, Melahirkan dan mengambil plan 1000.

Setelah 11 bulan terdaftar dalam peserta asuransi Optima Group Health. Ibu Jenny melakukan persalinan secara normal di rumah sakit dengan total biaya sebesar Rp9.000.000 Berdasarkan rincian biaya yang dikeluarkan Ibu Jenny, maka PT BNI Life Insurance akan membayarkan klaim sesuai dengan rincian berikut:

Klaim yang diajukan:

Persalinan normal	: Rp8.500.000
Lain-lain (pembalut maternity, bedung, pampers)	: Rp500.000
Total klaim yang diajukan	: Rp9.000.000

Klaim yang dibayarkan:

Keterangan tindakan	Diajukan	Benefit	Dibayar	Ditolak	Keterangan
Melahirkan Normal	8.500.000	5.000.000	5.000.000	3.500.00	Ben max
Lain-lain	500.000	0	0	500.000	pembalut maternity, bedung, pampers (non medis) uncover
Total	9.000.000	5.000.000	5.000.000	4.000.000	

Dokumen klaim dan penyampaikan keluhan dapat disampaikan ke:
 PT BNI Life Insurance
 Centennial Tower, 9th floor
 Jl. Gatot Subroto Kav. 24 – 25
 Jakarta 12930
 Telepon: 1-500-045
 Website: www.bni-life.co.id
 Email: care@bni-life.co.id

Informasi Tambahan

1. Berakhirnya Pertanggung

- a. Kepesertaan Tertanggung Utama akan berakhir dengan kondisi sebagai berikut:
 - Pada tanggal dimana pembayaran Premi untuk Manfaat Asuransi dihentikan dengan alasan apapun atau tidak dibayarkan sampai dengan berakhirnya Masa Leluasa (*Grace Period*), atau;
 - Pada tanggal Polis Asuransi Kesehatan Kumpulan ini berakhir karena pembatalan yang dilakukan oleh Pemegang Polis ataupun oleh Penanggung atau tidak diperpanjang untuk tahun berikutnya, atau;
 - Pada akhir tahun Polis (sebelum Tanggal Mulai Berlaku Tahun Polis berikutnya) dimana Usia Tertanggung Utama mencapai batasan usia yang diperkenankan sebagaimana yang tercantum di dalam Ketentuan Khusus Polis ini, atau;
 - Pada saat Tertanggung Utama berhenti/ diberhentikan
 - Tertanggung Utama meninggal dunia, oleh Pemegang Polis atau tidak terdaftar lagi sebagai anggota dari Pemegang Polis, atau
- b. Kepesertaan Tertanggung Tambahan akan berakhir dengan kondisi sebagai berikut:
 - Pada tanggal dimana pembayaran Premi untuk Manfaat Asuransi dihentikan dengan alasan apapun atau tidak dibayarkan sampai dengan berakhirnya Masa Leluasa (*Grace Period*), atau
 - Pada tanggal Polis Asuransi Kesehatan Kumpulan ini berakhir karena pembatalan yang dilakukan oleh Pemegang Polis ataupun oleh Penanggung atau tidak diperpanjang untuk tahun berikutnya, atau
 - Pada akhir tahun Polis (sebelum Tanggal Mulai Berlaku Tahun Polis berikutnya) dimana Usia Tertanggung Tambahan mencapai batasan usia yang diperkenankan sebagaimana yang tercantum di dalam Ketentuan Khusus Polis ini, atau
 - Pada saat Tertanggung Utama meninggal dunia, berhenti/diberhentikan oleh Pemegang Polis atau tidak terdaftar lagi sebagai anggota dari Pemegang Polis, atau ;
 - Pada tanggal dimana Tertanggung Tambahan tidak lagi memenuhi syarat sebagai Tertanggung Tambahan, atau
 - Tertanggung Tambahan meninggal dunia

Pasangan dan anak dari peserta otomatis akan keluar dari kepesertaan, jika peserta keluar dari Perusahaan.

2. Penolakan Klaim

BNI Life tidak akan membayar santunan bila klaim yang diajukan berdasarkan Polis ini ternyata tidak benar, atau terdapat kecurangan. Apabila di kemudian hari BNI Life mengetahui bahwa santunan dibayarkan berdasarkan klaim yang palsu, BNI Life berhak melakukan tindakan hukum apapun untuk menuntut dikembalikannya seluruh santunan yang telah dibayarkan tersebut dan BNI Life dapat membatalkan Polis ini.

3. Tenaga pemasar yang melakukan pemasaran produk Asuransi telah terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) atau Asosiasi Asuransi Jiwa yang ditunjuk oleh OJK.
4. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini merupakan penjelasan singkat tentang produk Asuransi dan bukan merupakan kontrak dengan pihak PT BNI Life Insurance. Syarat dan ketentuan dari produk Asuransi yang lengkap dapat diakses melalui situs *website* resmi perusahaan PT BNI Life Insurance (www.bni-Health.co.id).
5. Produk Asuransi ini telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan PT BNI Life Insurance telah terdaftar dan diawasi oleh OJK.

Disclaimer (Penting untuk dibaca)

1. Perusahaan Asuransi dapat menolak permohonan produk 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 pegawai perusahaan Asuransi atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.

Tanggal Cetak Dokumen:
__ / __ / ____