



KETENTUAN KHUSUS ASURANSI TAMBAHAN

PRUprime healthcare plus

BAB I KEBERLAKUAN KETENTUAN KHUSUS

Pasal 1

- (1) Ketentuan Khusus Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus ("**Ketentuan Khusus**") merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis, sehingga berlaku bagi Pemegang Polis dan Penanggung.
- (2) Definisi yang diatur dalam Ketentuan Umum Polis ("**Ketentuan Umum**") berlaku bagi Ketentuan Khusus ini, kecuali diatur secara khusus dalam Ketentuan Khusus ini.
- (3) Kecuali ditentukan lain dalam Ketentuan Khusus ini, maka syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan dalam Ketentuan Umum akan berlaku pula untuk Ketentuan Khusus ini.

Pasal 2

Definisi yang diatur secara khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 ayat (2) yaitu:

- (1) **Ahli Fisioterapi** adalah ahli fisioterapi terdaftar dan memiliki surat izin praktik sebagai ahli fisioterapi untuk memberikan pelayanan Fisioterapi dari lembaga berwenang di wilayah geografis tempat praktik ahli fisioterapi tersebut, yang bukan merupakan Pemegang Polis, Tertanggung atau anggota keluarga inti dari Tertanggung dan Pemegang Polis kecuali orang tersebut telah disetujui oleh Penanggung secara tertulis.
- (2) **Ahli Terapi Okupasi** adalah ahli terapi okupasi terdaftar dan memiliki surat izin praktik sebagai ahli terapi okupasi untuk memberikan pelayanan terapi okupasi dari lembaga berwenang di wilayah geografis tempat praktik ahli terapi okupasi tersebut, yang bukan merupakan Pemegang Polis, Tertanggung atau anggota keluarga inti dari Tertanggung dan Pemegang Polis kecuali orang tersebut telah disetujui oleh Penanggung secara tertulis.
- (3) **Ahli Terapi Wicara** adalah ahli terapi wicara terdaftar dan memiliki surat izin praktik sebagai ahli terapi wicara untuk memberikan pelayanan terapi wicara dari lembaga berwenang di wilayah geografis tempat praktik ahli terapi wicara tersebut, yang bukan merupakan Pemegang Polis, Tertanggung atau anggota keluarga inti dari Tertanggung dan Pemegang Polis kecuali orang tersebut telah disetujui oleh Penanggung secara tertulis.
- (4) **Batas Harga Kamar** adalah batas harga yang telah ditetapkan yang sesuai dengan Plan pada Tabel Manfaat Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus.
- (5) **Batas Manfaat Asuransi Tahunan** adalah batas maksimum Manfaat Asuransi yang dapat dibayarkan dalam jangka waktu 1 (satu) Tahun Pertanggung Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus.
- (6) **Batas Manfaat Asuransi Tahunan Awal** adalah batas Manfaat Asuransi yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat PRUprime healthcare plus pada saat pengajuan Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus.
- (7) **Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan** adalah biaya yang dikenakan oleh Rumah Sakit/Klinik/Dokter untuk pelayanan, penyediaan jasa medis, atau perawatan yang Diperlukan Secara Medis dan tidak melampaui tingkat biaya yang pada umumnya dikenakan Rumah Sakit/Klinik/Dokter lain dengan standar yang serupa dengan tempat dimana biaya terjadi ketika penyediaan jasa medis atau perawatan yang serupa dan sebanding, pada orang dengan Jenis Kelamin, Usia, Penyakit, atau Cedera yang sama, serta sesuai standar praktik kedokteran yang berlaku, tanpa mengabaikan atau merugikan keadaan kesehatan Tertanggung sebagaimana ditetapkan oleh Penanggung.

Penanggung berhak untuk menentukan apakah biaya untuk mendapatkan pelayanan dari Rumah Sakit/Klinik/Dokter, penyediaan jasa medis, atau perawatan Yang Diperlukan Secara Medis tersebut



termasuk ke dalam Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan berdasarkan, namun tidak terbatas pada, pengalaman Penanggung dan setiap publikasi atau informasi relevan yang tersedia, seperti biaya yang ditetapkan oleh pemerintah, badan terkait dan diakui oleh asosiasi medis di tempat dimana biaya tersebut terjadi.

Penanggung berhak untuk menyesuaikan Manfaat Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus yang dibayarkan yang berdasarkan pertimbangan Penanggung biaya-biaya tersebut tidak termasuk ke dalam Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan.

- (8) **Cedera** adalah kerusakan tubuh sebagai akibat langsung dari dan hanya disebabkan oleh Kecelakaan.
- (9) **Diperlukan Secara Medis** adalah pelayanan, penyediaan jasa medis, atau perawatan yang dianjurkan oleh Dokter, dan:
- ditujukan untuk pengobatan Ketidakmampuan secara langsung;
 - tepat dan konsisten dengan keluhan atau gejala, diagnosis, dan pengobatan atas suatu Ketidakmampuan;
 - sesuai standar praktik kedokteran;
 - biaya yang dikenakan merupakan biaya yang pada umumnya dibebankan untuk Ketidakmampuan tersebut, bukan untuk mencari keuntungan atau kepentingan bagi Tertanggung, Dokter, Klinik, atau Rumah Sakit; dan
 - dalam hal Tertanggung perlu menjalani Rawat Inap, maka Ketidakmampuan tersebut harus merupakan Ketidakmampuan yang tidak dapat ditangani secara Rawat Jalan.
- (10) **Dokter Spesialis dan/atau Subspesialis** adalah Dokter yang memiliki kualifikasi sebagai profesional dalam ilmu kedokteran sebagaimana dibuktikan dengan surat izin praktik sebagai Dokter Spesialis dan/atau Subspesialis dari lembaga berwenang di wilayah geografis tempat praktik Dokter tersebut, yang bukan merupakan Pemegang Polis, Tertanggung atau anggota keluarga inti dari Tertanggung dan Pemegang Polis kecuali orang tersebut telah disetujui oleh Penanggung secara tertulis.
- (11) **Dokter Umum** adalah Dokter yang memiliki kualifikasi sebagai profesional dalam ilmu kedokteran sebagaimana dibuktikan dengan surat izin praktik sebagai Dokter umum dari lembaga berwenang di wilayah geografis tempat praktik Dokter tersebut, yang bukan merupakan Pemegang Polis, Tertanggung atau anggota keluarga inti dari Tertanggung dan Pemegang Polis kecuali orang tersebut telah disetujui oleh Penanggung secara tertulis.
- (12) **Fisioterapi** adalah tindakan fisioterapi yang dilakukan baik sebelum, selama ataupun setelah Rawat Inap oleh fisioterapis bersertifikat atau Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik di mana tindakan fisioterapi tersebut berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter yang merawat Tertanggung.
- (13) **Juru Rawat** adalah perawat terdaftar dan memiliki surat izin praktik sebagai perawat untuk mempraktikkan ilmu keperawatan dari lembaga berwenang di wilayah geografis tempat praktik perawat tersebut.
- (14) **Kamar Observasi** atau **Kamar Rawat Jalan (Day Ward)** adalah kamar yang digunakan untuk memantau kondisi Tertanggung selama tindakan rawat jalan (*one day care*).
- (15) **Kartu Peserta PRU**prime healthcare plus adalah bukti kepersertaan Tertanggung atas Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus ini yang diterbitkan oleh Penanggung.
- (16) **Kecelakaan** adalah peristiwa yang terjadi secara tiba-tiba, tidak terduga, tidak disengaja, tidak diharapkan, bersifat fisik, berasal dari luar yang mengakibatkan kerusakan tubuh dan/atau bagian tubuh secara kasat mata yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan atas bagian tubuh tersebut yang dilakukan oleh Dokter dimana hasil pemeriksaan tersebut menunjukkan hubungan sebab akibat antara peristiwa tersebut dengan kerusakan tubuh dan/atau bagian tubuh.
- (17) **Ketidakmampuan** adalah keadaan medis yang diakibatkan oleh Penyakit atau Cedera yang terjadi karena penyebab yang sama, termasuk segala komplikasi yang timbul dari atau yang berhubungan dengan Penyakit atau Cedera tersebut.
- (18) **Klinik** adalah sarana kesehatan yang memenuhi kriteria dan terdaftar sebagai klinik berdasarkan peraturan perundang-undangan yang termasuk jaringan klinik yang ditunjuk oleh Penanggung, serta melakukan kegiatan perawatan dan/atau pengobatan secara sah terhadap orang yang mengalami Ketidakmampuan.



- (19) **Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya** adalah setiap jenis Penyakit, Cedera, atau Ketidakmampuan yang tanda atau gejalanya:

- a. diketahui atau tidak diketahui oleh Tertanggung;
- b. telah didiagnosis atau tidak didiagnosis oleh Dokter; atau
- c. telah mendapatkan perawatan dan/atau pengobatan atau saran atau konsultasi dari Dokter atau tidak mendapatkan perawatan dan/atau pengobatan atau saran atau konsultasi dari Dokter;

dalam jangka waktu 2 (dua) tahun sebelum Tanggal Mulai Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus ini, atau tanggal Pemulihan Polis terakhir dan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus yang turut dipulihkan, tergantung tanggal mana yang paling akhir.

- (20) **Masa Tunggu Asuransi Tambahan** adalah jangka waktu dimana Manfaat Asuransi atas Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus ini tidak berlaku bagi Tertanggung kecuali untuk manfaat Rawat Inap atau tindakan rawat jalan yang disebabkan oleh Kecelakaan. Adapun jangka waktu sebagaimana dimaksud adalah 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak:

- a. Tanggal Mulai Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus;
- b. Tanggal Pemulihan Polis terakhir;
- c. Tanggal Pemulihan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus terakhir; atau
- d. Tanggal disetujuinya peningkatan Manfaat Asuransi atas Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus oleh Penanggung (jika ada) sebagaimana dicantumkan dalam Endorsemen;

tergantung tanggal mana yang paling akhir terjadi.

- (21) **Metode Non-Tunai** adalah pembayaran Manfaat Asuransi dalam Ketentuan Khusus ini dimana Pemegang Polis tidak perlu membayar dengan uang tunai apabila Manfaat Asuransi atas Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus yang dibayarkan sesuai dengan Batas Maksimum Manfaat Asuransi Tahunan. Ketersediaan fasilitas pembayaran Manfaat Asuransi dengan metode ini tergantung kepada adanya jaringan pelayanan yang ditunjuk oleh Penanggung di Rumah Sakit atau Klinik terkait.
- (22) **Metode Penggantian** adalah pembayaran Manfaat Asuransi dalam Ketentuan Khusus ini dengan cara Penanggung melakukan penggantian biaya yang telah dikeluarkan terlebih dahulu oleh Pemegang Polis berdasarkan syarat dan ketentuan tentang batas maksimum Manfaat Asuransi dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus.
- (23) **Obat** adalah obat yang diberikan oleh Klinik, Rumah Sakit, dan apotek berdasarkan resep Dokter sesuai dengan ilmu kedokteran barat, untuk perawatan Tertanggung karena Penyakit atau Cedera yang ditanggung dalam Ketentuan Khusus ini.
- (24) **Penyakit** adalah kondisi fisik yang ditandai dengan penyimpangan patologis dari keadaan normal yang sehat.
- (25) **Perawatan dan/atau Pengobatan Eksperimental** adalah perawatan dan/atau pengobatan dengan metode/teknologi/prosedur medis yang belum terbukti efektif berdasarkan ilmu kedokteran barat dan belum mendapatkan persetujuan dari badan yang diakui di dalam negara tempat Tertanggung menjalani tindakan perawatan dan/atau pengobatan.
- (26) **Perawatan Aktif** adalah perawatan dan/atau Tindakan Bedah yang Diperlukan Secara Medis untuk menyembuhkan atau meringankan gejala atas kanker yang diderita oleh Tertanggung dengan menggunakan satu atau lebih metode intervensi di bawah pengawasan Dokter Spesialis dibidangnya. Perawatan Aktif tidak termasuk perawatan yang diberikan semata-mata sebagai Perawatan Paliatif. Tanggal berakhirnya perawatan aktif adalah tanggal klaim terakhir yang disetujui oleh Penanggung atas Penyakit tersebut.
- (27) **Perawatan Paliatif** adalah perawatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit atau Klinik yang Diperlukan Secara Medis untuk meningkatkan kualitas hidup Tertanggung jika Penyakit yang dialami telah mencapai tahap yang membahayakan hidup Tertanggung, yaitu melalui tindakan yang bertujuan untuk mengurangi rasa sakit, keluhan, dan gejala Penyakit itu sendiri tanpa adanya upaya untuk menyembuhkan penyakit yang dialami Tertanggung.
- (28) **Plan** adalah keseluruhan Manfaat Asuransi yang diberikan oleh Penanggung kepada Tertanggung sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus.



- (29) **PRUprime limit booster** adalah manfaat tambahan di luar Batas Manfaat Asuransi Tahunan yang diberikan Penanggung kepada Tertanggung dengan jumlah tertentu sebagaimana yang dipilih Pemegang Polis pada Tabel Manfaat **PRUprime healthcare plus** yang jumlahnya akan berkurang sesuai dengan penggunaannya selama Masa Pertanggungan.
- (30) **PRUprime saver** adalah setiap biaya Rawat Inap yang muncul atas diri Tertanggung yang akan ditanggung sendiri oleh Pemegang Polis hingga jumlah tertentu sebelum Manfaat Asuransi Tambahan **PRUprime healthcare plus** dapat dibayarkan oleh Penanggung sebagaimana dimaksud dalam Ringkasan Polis.
- (31) **Rawat Inap** adalah perawatan atas diri Tertanggung sebagai pasien menginap di Rumah Sakit atau Klinik untuk menerima perawatan dan/atau pengobatan yang Diperlukan Secara Medis karena Ketidakmampuan yang ditanggung oleh Penanggung sehingga menimbulkan biaya kamar rawat inap berdasarkan Ketentuan Khusus ini.
- (32) **Rawat Jalan** adalah perawatan medis Tertanggung sebagai pasien di Rumah Sakit atau Klinik untuk menerima perawatan dan/atau pengobatan yang Diperlukan Secara Medis karena Ketidakmampuan yang ditanggung oleh Penanggung tanpa mengharuskan Tertanggung menjalani Rawat Inap.
- (33) **Rumah Sakit** adalah sarana kesehatan yang memenuhi kriteria dan terdaftar sebagai rumah sakit berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta melakukan kegiatan perawatan dan/atau pengobatan secara sah terhadap orang yang mengalami Ketidakmampuan, serta menyediakan pelayanan Rawat Inap, Tindakan Bedah, tenaga Dokter dan tenaga perawat 24 (dua puluh empat) jam sehari.
- (34) **Tabel Manfaat PRUprime healthcare plus** adalah daftar dalam Ringkasan Polis yang mencantumkan jenis Manfaat Asuransi beserta batas dengan setiap batas maksimum Manfaat Asuransi yang dipertanggungkan dalam Asuransi Tambahan **PRUprime healthcare plus** ini.
- (35) **Tabel Manfaat Tambahan Pilihan PRUprime healthcare plus** adalah daftar dalam Ringkasan Polis yang mencantumkan jenis manfaat tambahan pilihan berdasarkan ketentuan Polis ini, dimana Manfaat Asuransi ini dapat diberlakukan dalam hal Pemegang Polis memilih Manfaat Asuransi ini.
- (36) **Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan** adalah suatu periode yang dihitung sejak Tanggal Mulai Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRUprime healthcare plus** ini, atau tanggal Pemulihan Polis terakhir dengan Asuransi Tambahan **PRUprime healthcare plus** termasuk yang turut dipulihkan, tergantung tanggal mana yang paling akhir terjadinya sampai dengan Ulang Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRUprime healthcare plus** dan setiap tahun perpanjangan berikutnya.
- (37) **Tindakan Bedah** adalah setiap tindakan yang Diperlukan Secara Medis dan tidak dikecualikan dalam Ketentuan Khusus ini, meliputi:
- irisan, pemotongan, punksi dan jahitan pada luka atau Cedera tubuh, kecuali pengangkatan benang jahitan;
 - elektrokauter, kriokauter, tindakan yang menggunakan sinar laser, tindakan yang menggunakan teknik ultrasonik;
 - penggunaan prosedur endoskopi, arteriografi dengan tujuan mengobati dan/atau mengatasi Ketidakmampuan; atau
 - setiap tindakan medis yang sesuai dengan standar prosedur medis yang berlaku dan diakui sebagai suatu tindak pembedahan.
- Tindakan Bedah yang bertujuan hanya untuk melakukan tindakan dan/atau pemeriksaan diagnostik dikecualikan.
- (38) **Tindakan Bedah Rawat Jalan** adalah setiap tindakan medis yang dilaksanakan dengan menggunakan fasilitas Rumah Sakit atau Klinik sesuai dengan standar prosedur medis yang berlaku dan diakui dalam hal menjalankan Tindakan Bedah tanpa Rawat Inap.
- (39) **Ulang Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus** adalah hari yang jatuh pada tanggal yang sama dengan salah satu tanggal di bawah ini:
- Tanggal Mulai Pertanggungan Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus**, apabila Asuransi Tambahan **PRUprime healthcare plus** disetujui sejak dan/atau setelah tanggal Polis mulai berlaku; atau



- b. **Tanggal Rujukan Pembayaran Premi**, yaitu tanggal dimulai pembayaran Premi Berkala dan Premi *Top-up* Berkala sebagaimana dicantumkan dalam Ringkasan Polis, apabila tanggal dimulainya Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus sama dengan tanggal Polis mulai berlaku.
- (40) **Unit Perawatan Intensif atau *Intensive Care Unit (ICU)*** adalah bagian perawatan Rumah Sakit yang membutuhkan ruangan dan pengawasan khusus secara berkesinambungan oleh Dokter yang memiliki kualifikasi untuk menangani perawatan di ICU termasuk ruang isolasi, *High Dependency Unit (HDU)*, *High Care Unit (HCU)*, *Intermediate Ward*, *Medical Intensive Care Unit (MICU)*, *Intensive Coronary Care Unit (ICCU)*, *Neo-natal Intensive Care Unit (NICU)*, dan *Pediatric Intensive Care Unit (PICU)*, dibantu Juru Rawat khusus dengan peralatan khusus, untuk pengobatan dan perawatan Tertanggung karena Ketidakmampuan yang:
- sedang dalam keadaan kritis; atau
 - membutuhkan fasilitas penunjang kehidupan dengan tingkat perawatan dan/atau pengawasan yang lebih intensif daripada di kamar perawatan biasa.
- (41) **Wilayah Pertanggungan** sebagaimana dimaksud dalam Polis ini adalah wilayah pertanggungan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus yang berlaku bagi setiap Tertanggung.

BAB II MANFAAT ASURANSI

Pasal 3

Kecuali diatur lain dalam ketentuan Polis, Penanggung akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus sebagaimana dicantumkan dalam Pasal 4.

Pasal 4

- (1) Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi yang terdiri atas:
- Manfaat Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah;
 - Manfaat Rawat Jalan;
 - Manfaat Santunan Pemakaman; dan
 - Manfaat Santunan HIV/AIDS;
- (2) **Manfaat Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah** sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan atas pelayanan dan perawatan bagi Tertanggung yang Diperlukan Secara Medis, dengan syarat dan ketentuan mengenai batas maksimum Manfaat Asuransi ini adalah sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus yang berlaku, yang terdiri atas:
- Biaya Kamar**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk akomodasi kamar selain Unit Perawatan Intensif atau *Intensive Care Unit (ICU)* atau Kamar Observasi atau Kamar Rawat Jalan (*Day Ward*) yang Diperlukan Secara Medis untuk Perawatan bagi Tertanggung, dengan ketentuan bahwa:
 - Besar Manfaat Asuransi adalah sama dengan Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik selama Tertanggung menjalani Rawat Inap, berdasarkan syarat dan ketentuan mengenai batas maksimum Manfaat Asuransi sebagaimana yang telah ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus;
 - Jumlah hari Rawat Inap yang dapat ditanggung adalah maksimum sesuai dengan hari kalender dalam rentang waktu 1 (satu) Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan.
 - Tertanggung menjalani Rawat Inap senilai mana yang lebih besar antara:
 - Harga kamar terendah dengan jumlah tempat tidur sesuai Plan di Rumah Sakit atau Klinik tempat Tertanggung dirawat; atau
 - Batas Harga Kamar sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus.



4. Apabila kamar dengan jumlah tempat tidur sesuai Plan yang telah dipilih dengan harga terendah di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) huruf a butir 3 penuh, yang dapat dibuktikan dengan surat keterangan dari Rumah Sakit, maka Tertanggung diperbolehkan untuk menempati kamar dengan 1 (satu) kelas lebih tinggi yang tersedia dengan batas waktu maksimal 2 (dua) hari pertama terhitung dari tanggal Rawat Inap yang pertama. Dalam hal Rawat Inap dilakukan di lebih dari 1 (satu) Rumah Sakit, maka maksimal 2 (dua) hari pertama tersebut tidak diperhitungkan kembali pada waktu berpindah Rumah Sakit;
 5. Dalam hal Tertanggung menjalani Rawat Inap di kamar dengan 1 (satu) kelas lebih tinggi dan melebihi batas maksimal 2 (dua) hari pertama sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) huruf a butir 4, maka seluruh kelebihan Biaya Kamar yang timbul beserta dengan kelebihan biaya lainnya sebagaimana diatur dalam Pasal 13 akan menjadi tanggung jawab Pemegang Polis;
 6. Apabila harga kamar sesuai Plan yang telah dipilih lebih rendah dari Batas Harga Kamar, maka Tertanggung diperbolehkan menjalani Rawat Inap di kelas kamar yang lebih tinggi namun tidak melebihi Batas Harga Kamar;
 7. Dalam hal Tertanggung memilih menjalani Rawat Inap di kelas kamar yang lebih tinggi sebagaimana dijelaskan dalam ayat (2) huruf a butir 6, maka kelebihan Biaya Kamar terhadap Batas Harga Kamar yang timbul beserta dengan kelebihan biaya lainnya sebagaimana diatur dalam Pasal 13 menjadi tanggung jawab Pemegang Polis.
- b. **Biaya Unit Perawatan Intensif atau *Intensive Care Unit* (ICU) termasuk perawatan yang dilakukan di NICU/PICU/HDU/Intermediate Ward/Ruang isolasi atau unit perawatan intensif lainnya yang diakui**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit yang timbul selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif atau *Intensive Care Unit* (ICU) yang Diperlukan Secara Medis untuk perawatan Ketidakmampuan dengan ketentuan bahwa jumlah hari Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif atau *Intensive Care Unit* (ICU) yang dapat ditanggung oleh Penanggung adalah maksimum 150 (seratus lima puluh) hari kalender dalam rentang waktu 1 (satu) Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus.
- c. **Biaya Kunjungan Dokter Umum**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas kunjungan Dokter Umum yang timbul selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit atau Klinik dengan batas maksimum 2 (dua) kali kunjungan per hari, dengan ketentuan bahwa besar Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan sama dengan Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan Rumah Sakit atau Klinik sesuai dengan biaya kunjungan dokter.
- d. **Biaya Kunjungan Dokter Spesialis dan/atau Subspesialis**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk kunjungan Dokter Spesialis dan/atau Subspesialis yang timbul selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit atau Klinik dengan batas maksimum 2 (dua) kali kunjungan per hari untuk setiap Dokter Spesialis dan/atau Subspesialis.
- e. **Biaya Tindakan Bedah**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik selama Tertanggung menjalani Rawat Inap atau Tindakan Bedah Rawat Jalan, untuk suatu Tindakan Bedah yang Diperlukan Secara Medis, yang terdiri atas:
1. Biaya pemakaian kamar bedah atas Tindakan Bedah yang diperlukan sesuai dengan diagnosa;
 2. Biaya profesional untuk asisten Dokter Spesialis Bedah atau Dokter Spesialis;
 3. Biaya profesional Dokter Spesialis lain yang memiliki kualifikasi tertentu untuk melakukan Tindakan Bedah; dan
 4. Biaya obat-obatan, penunjang diagnostik, sarana dan prasarana yang diberikan serta dibutuhkan berdasarkan instruksi medis oleh Dokter Spesialis Bedah atau Dokter Spesialis lainnya yang digunakan untuk Tindakan Bedah.
- f. **Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik, yang terdiri atas:



1. Biaya obat-obatan, penunjang diagnostik, sarana dan prasarana yang diberikan serta dibutuhkan berdasarkan instruksi medis oleh Dokter selama Rawat Inap;
 2. Biaya administrasi dan pajak yang dikenakan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas pelayanan yang diberikan kepada Tertanggung;
- g. **Biaya Perawatan Oleh Juru Rawat Setelah Rawat Inap**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan atas pelayanan Juru Rawat bersertifikat untuk merawat Tertanggung atas rujukan ataupun rekomendasi dari Dokter Spesialis yang merawat Tertanggung selama menjalani perawatan karena suatu Ketidakmampuan yang sama dengan Ketidakmampuan selama Rawat Inap, yang merupakan kelanjutan dari Rawat Inap yang ditanggung di Polis ini, dengan ketentuan:
1. Harus dimulai selambat lambatnya 7 (tujuh) hari kalender setelah keluar dari Rumah Sakit;
 2. Pelayanan ini harus Diperlukan Secara Medis dan mendapat rekomendasi secara tertulis dari Dokter yang menangani Tertanggung;
 3. Perawatan adalah minimum 4 (empat) jam per hari dan maksimum 120 (seratus dua puluh) hari kalender dalam rentang waktu 1 (satu) Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan.
- h. **Biaya Ambulans Lokal**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan atas penggunaan ambulans sebagai transportasi pasien (termasuk petugas ambulans) di dalam Wilayah Pertanggungan yang digunakan Tertanggung untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari:
1. Tempat kejadian ke Rumah Sakit/Klinik, atau
 2. Rumah Sakit/Klinik ke Rumah Sakit/Klinik lain, atau sebaliknya;

dengan ketentuan bahwa Biaya Ambulans Lokal ini tidak ditanggung apabila Tertanggung kemudian tidak menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit. Manfaat ini tidak berlaku untuk evakuasi internasional dan repatriasi.

- i. **Biaya Fisioterapi, Terapi Okupasi dan Terapi Wicara**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik yang memadai dan memenuhi syarat untuk melakukan perawatan Fisioterapi, kunjungan terapi okupasi dan kunjungan terapi wicara termasuk biaya jasa Ahli Fisioterapi bersertifikat, Ahli Terapi Okupasi bersertifikat, Ahli Terapi Wicara bersertifikat dan penggunaan peralatan medis selama Fisioterapi yang dilakukan oleh Tertanggung atas saran Dokter yang merawat Tertanggung. Konsultasi untuk Fisioterapi, terapi okupasi dan terapi wicara, yang dilakukan harus sesuai dengan rekomendasi tertulis dari Dokter Spesialis yang merawat Tertanggung.

Ketentuan atas Biaya Fisioterapi, Terapi Okupasi dan Terapi Wicara adalah:

- i. Maksimum 1 (satu) kali kunjungan per hari untuk keseluruhan terapi, dengan ketentuan bahwa besar Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan mengacu kepada syarat dan ketentuan mengenai batas maksimum penggantian sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus;
 - ii. Jumlah hari atas Biaya Fisioterapi, Terapi Okupasi dan Terapi Wicara yang dapat ditanggung oleh Penanggung adalah maksimum 30 (tiga puluh) hari sebelum Tertanggung menjalani Rawat Inap, selama Tertanggung menjalani Rawat Inap, dan 90 (sembilan puluh) hari setelah Tertanggung selesai menjalani Rawat Inap
 - iii. Jumlah hari yang dapat ditanggung adalah maksimum 90 (sembilan puluh) hari kalender dalam rentang waktu 1 (satu) Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus; dan
 - iv. Dalam hal perawatan Fisioterapi dilakukan secara Rawat Jalan maka Fisioterapi tersebut dilakukan dengan berdasarkan pada Ketidakmampuan yang sama ketika Tertanggung menjalani Rawat Inap.
- j. **Biaya Pendamping**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas biaya makanan yang disediakan Rumah Sakit serta biaya menginap di Rumah Sakit bagi 1 (satu) orang dewasa yang menemani Tertanggung di kamar yang sama di mana Tertanggung menjalani Rawat Inap. Biaya Pendamping ini hanya dapat ditanggung jika pada saat Tertanggung menjalani Rawat Inap, Biaya Pendamping tersebut termasuk di dalam biaya-biaya yang terdapat dalam tagihan yang dikeluarkan Rumah Sakit/Klinik atas Rawat Inap. Jumlah hari yang dapat ditanggung adalah maksimum 150 (seratus lima puluh) hari kalender dalam rentang



waktu 1 (satu) Tahun Pertanggung Asuransi Tambahan sesuai dengan batas maksimum penggantian sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus.

- k. **Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas biaya konsultasi, pengobatan pendahuluan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi atau radiologi yang dibebankan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis, Klinik atau Rumah Sakit, sebelum Tertanggung menjalani Rawat Inap karena suatu Ketidakmampuan, dengan ketentuan bahwa:
1. Biaya perawatan ini harus timbul dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum Tertanggung mulai menjalani Rawat Inap termasuk jika terjadi perawatan di hari yang sama sebelum tertanggung menjalani Rawat Inap; dan
 2. Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap ini tidak ditanggung apabila Tertanggung kemudian tidak menjalani Rawat Inap untuk Ketidakmampuan tersebut.
 3. Khusus untuk manfaat ini, perawatan dapat dilakukan di Klinik pribadi atau perorangan yang setiap tindakan dan/atau perawatannya dilaksanakan oleh Dokter atau Dokter Spesialis dan/atau Subspesialis.
- l. **Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas biaya konsultasi, pengobatan lanjutan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi dan radiologi yang dibebankan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis, Klinik atau Rumah Sakit, setelah Tertanggung menjalani Rawat Inap karena suatu Ketidakmampuan, dengan ketentuan bahwa biaya perawatan ini harus timbul dalam kurun waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah Tertanggung keluar dari Rumah Sakit karena Rawat Inap untuk Ketidakmampuan tersebut.
- m. **Biaya Bedah Rekonstruksi Payudara (setelah Tindakan Mastektomi akibat Kanker atau Kecelakaan)**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas tindakan bedah rekonstruksi payudara yang Diperlukan Secara Medis dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sejak tanggal tindakan mastektomi karena pengobatan kanker atau karena Kecelakaan yang dilakukan terhadap diri Tertanggung atas saran Dokter yang merawat, yang terdiri atas:
1. Biaya pemakaian kamar bedah atas Tindakan Bedah yang diperlukan sesuai dengan diagnosa;
 2. Biaya profesional untuk asisten Dokter Spesialis Bedah atau Dokter Spesialis;
 3. Biaya profesional Dokter Spesialis lain yang memiliki kualifikasi tertentu untuk melakukan Tindakan Bedah; dan
 4. Biaya obat-obatan, penunjang diagnostik, sarana dan prasarana yang diberikan serta dibutuhkan berdasarkan instruksi medis oleh Dokter Spesialis Bedah atau Dokter Spesialis lainnya yang digunakan untuk Tindakan Bedah.
- n. **Biaya Bedah Rekonstruksi Wajah (setelah Tindakan Bedah akibat Kanker atau Kecelakaan)**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas tindakan bedah rekonstruksi wajah yang Diperlukan Secara Medis untuk dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sejak tanggal tindakan bedah karena pengobatan kanker atau karena Kecelakaan yang dilakukan terhadap diri Tertanggung atas saran Dokter yang merawat, yang terdiri atas:
1. Biaya pemakaian kamar bedah atas Tindakan Bedah yang diperlukan sesuai dengan diagnosa;
 2. Biaya profesional untuk asisten Dokter Spesialis Bedah atau Dokter Spesialis;
 3. Biaya profesional Dokter Spesialis lain yang memiliki kualifikasi tertentu untuk melakukan Tindakan Bedah; dan
 4. Biaya obat-obatan, penunjang diagnostik, sarana dan prasarana yang diberikan serta dibutuhkan berdasarkan instruksi medis oleh Dokter Spesialis Bedah atau Dokter Spesialis lainnya yang digunakan untuk Tindakan Bedah.



- o. **Penggantian Biaya Untuk Donor Pihak Ketiga atas Transplantasi Organ Penting**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk biaya Rawat Inap dan Tindakan Bedah untuk donor pihak ketiga.

Adapun penggantian biaya Rawat Inap dan Tindakan Bedah tersebut memiliki ketentuan sebagai berikut:

1. Donor pihak ketiga tersebut memerlukan Rawat Inap secara Medis;
2. Transplantasi sumsum tulang belakang atau hati atau ginjal atau jantung atau paru-paru yang dilakukan di Rumah Sakit yang berada di dalam Wilayah Pertanggung; dan
3. Biaya Rawat Inap tersebut harus disertakan dengan asli bukti pembayaran tindakan transplantasi;

Adapun penggantian biaya yang tidak termasuk di dalam manfaat ini meliputi:

1. Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap untuk donor pihak ketiga, termasuk biaya konsultasi dokter, pemeriksaan diagnostik, dan pemeriksaan investigasi;
 2. Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap untuk donor pihak ketiga, termasuk biaya konsultasi, obat-obatan, pemeriksaan kesehatan setelah transplantasi;
 3. Biaya yang diakibatkan atas komplikasi dari tindakan transplantasi secara tidak langsung; dan
 4. Biaya yang timbul dari memperoleh organ dan jaringan tubuh.
- p. **Manfaat Santunan Harian Rawat Inap** akan dibayarkan ketika Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit atau Klinik dan Tertanggung telah memiliki polis asuransi dari perusahaan asuransi lain atau program asuransi yang memberikan pembayaran manfaat kesehatan kepada karyawan atau asuransi yang dikelola oleh pemerintah ("Asuransi Lain") dimana Asuransi Lain ini memberikan manfaat serupa dengan polis **PRU**prime healthcare plus dan telah digunakan untuk membayar biaya perawatan selama Tertanggung menjalani Rawat Inap tersebut.

- (3) **Manfaat Rawat Jalan** sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan karena pelayanan dan perawatan Tertanggung yang Diperlukan Secara Medis, dengan ketentuan maksimum penggantian biaya dalam rentang waktu 1 (satu) Tahun Pertanggung Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus yang berlaku, yang terdiri atas:

- a. **Biaya Rawat Jalan Darurat Hanya Untuk Kecelakaan**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan atas jasa Dokter, sarana dan prasarana medis Rumah Sakit atau Klinik dalam melakukan perawatan rawat jalan darurat atas Ketidakmampuan yang terjadi karena Kecelakaan, termasuk perawatan untuk mempertahankan gigi asli yang rusak/tanggal akibat Kecelakaan, dengan ketentuan bahwa rawat jalan darurat tersebut dilakukan dalam rentang waktu paling lama 48 (empat puluh delapan) jam setelah terjadinya Kecelakaan.
- b. **Biaya Rawat Jalan Darurat Lanjutan Hanya Untuk Kecelakaan**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan atas jasa Dokter, sarana dan prasarana medis Rumah Sakit atau Klinik dalam melakukan perawatan rawat jalan darurat atas Ketidakmampuan yang terjadi karena Kecelakaan, termasuk perawatan untuk mempertahankan gigi asli yang rusak/tanggal akibat Kecelakaan, dengan ketentuan bahwa rawat jalan darurat lanjutan tersebut dilakukan dalam rentang waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari setelah terjadinya Kecelakaan.
- c. **Biaya Perawatan Sebelum Tindakan Bedah Rawat Jalan**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas biaya konsultasi, pengobatan pendahuluan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi atau radiologi yang dibebankan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis, Klinik atau Rumah Sakit, sebelum Tertanggung menjalani Tindakan Bedah Rawat Jalan karena suatu Ketidakmampuan, dengan ketentuan bahwa biaya perawatan ini harus timbul dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum Tertanggung mulai menjalani Tindakan Bedah Rawat Jalan.

Khusus untuk manfaat ini, perawatan dapat dilakukan di Klinik pribadi atau perorangan yang setiap tindakan dan/atau perawatannya dilaksanakan oleh Dokter atau Dokter Spesialis dan/atau Subspesialis.



- d. **Biaya Perawatan Setelah Tindakan Bedah Rawat Jalan**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas biaya konsultasi, pengobatan lanjutan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi dan radiologi yang dibebankan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis, Rumah Sakit atau Klinik, setelah Tertanggung menjalani Tindakan Bedah Rawat Jalan karena suatu Ketidakmampuan, dengan ketentuan bahwa biaya perawatan ini harus timbul dalam kurun waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah Tertanggung keluar dari Rumah Sakit karena Tindakan Bedah Rawat Jalan untuk Ketidakmampuan.
- e. **Biaya Perawatan Kanker**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk Perawatan Aktif kanker dengan Rawat Jalan, termasuk biaya konsultasi Dokter, pengobatan, radioterapi, kemoterapi, *targeted therapy*, *immunotherapy*, *hormonal therapy*, dan semua biaya pemeriksaan yang dilakukan oleh Dokter untuk pengobatan dan perawatan kanker. Dalam hal Tertanggung menggunakan manfaat ini, maka Manfaat Perawatan Setelah Rawat Inap Rumah Sakit tidak dapat digunakan.
- f. **Biaya Manfaat Pemantauan untuk Perawatan Kanker**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik atas pemeriksaan secara rutin yang Diperlukan Secara Rutin, pemeriksaan fisik dan Pemeriksaan Diagnosis yang Diperlukan Secara Medis oleh Tertanggung untuk memantau perkembangan dan kemajuan atas perawatan medis yang diterima atau untuk mencegah kambuh/timbulnya kembali kanker yang terjadi dalam jangka waktu maksimum 5 (lima) tahun terhitung sejak tanggal akhir Perawatan Aktif Tertanggung.

Penggantian atas biaya ini tidak termasuk :

- i. Terapi hormonal jangka panjang atau perawatan tambahan (*adjuvant*) jangka panjang lainnya yang diberikan untuk pencegahan kanker yang kambuh/timbul kembali; dan
 - ii. Pemeriksaan laboratorium atau teknik pencitraan yang dilakukan untuk pemeriksaan kesehatan rutin yang tidak secara langsung terkait dengan kanker yang dialami Tertanggung.
- g. **Biaya Perawatan Cuci Darah atau Dialisis**, yaitu setiap penggantian Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik atau fasilitas kesehatan yang memiliki izin resmi untuk menyediakan sarana cuci darah/dialisis yang disetujui oleh Penanggung atas biaya perawatan cuci darah yang dilakukan atas diri Tertanggung (termasuk biaya obat dan pemeriksaan). Adapun jenis pemeriksaan dan obat yang ditanggung adalah segala jenis pemeriksaan dan obat yang diperlukan untuk tujuan cuci darah atau dialisis.

Jenis-jenis obat (1) yang berhubungan dengan penyebab atau segala macam komplikasi yang timbul dari cuci darah atau dialisis; atau (2) yang digunakan untuk mengobati kondisi medis lain yang tidak berkaitan dengan cuci darah atau dialisis yang dialami Tertanggung pada saat cuci darah atau dialisis dilakukan, dikecualikan dari manfaat ini.

- (4) **Manfaat Santunan Pemakaman** yaitu manfaat yang akan diberikan dalam hal Tertanggung meninggal karena sakit atau Kecelakaan, maka Penanggung akan memberikan santunan yang dibayarkan 1 (satu) kali sekaligus sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat PRUprime healthcare plus.
- (5) **Manfaat Santunan HIV/AIDS** yaitu manfaat yang akan diberikan dalam hal Tertanggung menjalani perawatan yang berkaitan dengan AIDS dan antibodi HIV (positif HIV) disebabkan oleh transfusi darah setelah Tanggal Mulai Pertanggung Asuransi Tambahan. Adapun Tertanggung yang terinfeksi Virus HIV juga dapat ditanggung jika disebabkan karena Kecelakaan dalam bekerja, maka Penanggung akan memberikan santunan yang dibayarkan 1 (satu) kali secara sekaligus sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat PRUprime healthcare plus.

Pasal 5

Selain dari manfaat sebagaimana disebutkan pada Pasal 4 di atas, Penanggung dapat juga meningkatkan Batas Manfaat Asuransi Tahunan, dimana pemberian peningkatan Batas Manfaat Asuransi Tahunan sebesar 10% (sepuluh persen), maksimum 50% (lima puluh persen) dari Batas Manfaat Asuransi Tahunan Awal di setiap akhir ulang tahun Asuransi Tambahan dapat diberikan oleh Penanggung dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Penanggung tidak pernah menerima pengajuan klaim atas pembayaran Manfaat Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus Polis yang bersangkutan dalam satu tahun masa pertanggung Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus;



- b. Total akumulasi klaim yang terjadi selama Polis berlaku kurang dari atau sama dengan 10% (sepuluh persen) dari Batas Manfaat Asuransi Tahunan Awal; dan
- c. Manfaat Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus tidak pernah lewat waktu atau *lapsed* dalam satu tahun masa pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus.

Pasal 6

- (1) Apabila Tertanggung memiliki asuransi kesehatan dari perusahaan asuransi atau perusahaan/lembaga lain yang memberikan pertanggungan sejenis bagi Penyakit, Cedera, Ketidakmampuan, atau mendapatkan penggantian atas semua biaya perawatan atas Penyakit, Cedera, atau Ketidakmampuan dari perusahaan/lembaga mana pun, yang juga dipertanggungkan sama di dalam Polis ini, maka Pemegang Polis wajib menyampaikan surat koordinasi manfaat yang diterbitkan dan ditandatangani oleh pejabat yang berwenang dari perusahaan asuransi atau perusahaan/lembaga lain tersebut.
- (2) Apabila terjadi hal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Penanggung hanya akan membayar biaya perawatan yang belum dibayarkan sampai maksimum jumlah yang dipertanggungkan berdasarkan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus ini, setelah dikurangi jumlah total dari seluruh Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain, atau dari semua penggantian yang telah dibayarkan oleh perusahaan/lembaga mana pun untuk segala biaya perawatan Penyakit, Cedera, dan Ketidakmampuan tersebut.
- (3) Apabila Penanggung telah membayar biaya perawatan yang belum dibayarkan sampai maksimum jumlah yang dipertanggungkan berdasarkan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus ini, maka Manfaat Santunan Harian Rawat Inap tidak berlaku.

BAB III PENGECUALIAN

Pasal 7

Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus tidak berlaku untuk setiap hal-hal sebagaimana tercantum di bawah ini:

- (1) **Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya;**
- (2) **Rawat Inap atau Tindakan Bedah apa pun untuk Penyakit yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Mulai Pertanggungan Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus, atau tanggal Pemulihan Polis dan Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus termasuk yang turut dipulihkan, atau tanggal disetujuinya peningkatan Manfaat Asuransi atas Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus oleh Penanggung (jika ada) sebagaimana tercantum dalam Endorsemen, tergantung tanggal mana yang paling akhir, baik Tertanggung telah mengetahui atau tidak mengetahui, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya, baik secara langsung maupun tidak langsung, yaitu:**
 - a. Semua jenis hernia;
 - b. Semua jenis tumor jinak atau benjolan atau kista;
 - c. Tuberkulosis;
 - d. Wasir;
 - e. Penyakit pada tonsil atau adenoid, yang memerlukan pembedahan;
 - f. Kondisi abnormal rongga hidung, sekat hidung, atau kerang hidung (turbinates), termasuk sinus;
 - g. Penyakit kelenjar gondok (tiroid);
 - h. Hysterektomi (dengan atau tanpa salpingo - ooforektomi);
 - i. Penyakit tekanan darah tinggi;
 - j. Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler);
 - k. Fistula di anus;
 - l. Batu pada sistem saluran empedu;
 - m. Batu pada ginjal, saluran kemih atau kandung kemih;
 - n. Katarak;
 - o. Tukak pada lambung atau usus dua belas jari;
 - p. Semua jenis kelainan sistem reproduksi;
 - q. Diskus Intervertebrata yang menonjol; dan/atau
 - r. Penyakit Kencing Manis;
- (3) **Setiap Ketidakmampuan yang mulai atau terjadi dalam Masa Tunggu, kecuali diakibatkan oleh Kecelakaan;**



- (4) Biaya yang tidak sesuai dengan kenyataan dan keperluan, dan bukan Biaya Yang Dibebankan pada perawatan suatu Penyakit, Cedera, atau Ketidakmampuan dengan standar yang serupa dengan tempat dimana biaya tersebut terjadi ketika adanya penyediaan jasa medis atau perawatan yang serupa dan sebanding, atau merupakan pilihan pembedahan atau perawatan yang tidak Diperlukan Secara Medis;
- (5) Penyakit, Cedera, Ketidakmampuan atau setiap keadaan yang disebabkan oleh tindakan percobaan bunuh diri atau pencederaan diri, baik dilakukan dalam keadaan sadar ataupun tidak sadar termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung;
- (6) Perawatan untuk mengatasi kegemukan, seperti operasi bariatrik, penurunan berat badan atau menambah berat badan, *bulimia*, *anoreksia nervosa* termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung;
- (7) Pemeriksaan mata dan Tindakan Bedah yang berhubungan dengan kelainan refraksi mata, pembelian atau penyewaan kacamata atau lensa atau alat bantu pendengaran;
- (8) Perawatan dan/atau pembedahan perubahan jenis kelamin termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung;
- (9) Semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan, atau pembedahan gigi termasuk bedah mulut, gusi, atau struktur penyangga gigi secara langsung, dan pengobatan yang berhubungan dengan gigi, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung, kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan;
- (10) Pemasangan gigi palsu, mahkota gigi dan implan gigi karena sebab apa pun termasuk karena Kecelakaan;
- (11) Kanker yang tanda-tanda dan gejalanya diketahui oleh Tertanggung atau yang telah didiagnosis atau mendapat pengobatan dalam kurun waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tanggal Mulai Pertanggungan Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus, atau tanggal Pemulihan Polis terakhir dengan Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus termasuk yang turut dipulihkan, tergantung tanggal mana yang paling akhir terjadinya;
- (12) Biaya pengobatan atau tes yang dilakukan pada Tertanggung yang berkaitan dengan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), infeksi karena *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) atau penyakit lainnya yang disebabkan dari komplikasi keduanya, kecuali termasuk Manfaat Santunan HIV/AIDS sebagaimana dimaksud dalam Polis ini. Kondisi-kondisi di bawah ini harus terjadi 12 (dua belas) bulan setelah Tanggal Mulai Pertanggungan Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus ini, atau tanggal Pemulihan Polis terakhir dengan Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus termasuk yang turut dipulihkan, tergantung tanggal mana yang paling akhir terjadinya:
 - a. Kondisi disebabkan oleh transfusi darah pada Tertanggung di Rumah Sakit atau Klinik; atau
 - b. Kondisi disebabkan karena Kecelakaan dalam bekerja dengan serokonversi menjadi antibodi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) positif terjadi dalam waktu 6 (enam) bulan dari Kecelakaan. Kecelakaan yang dapat menimbulkan potensi klaim harus dilaporkan kepada Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari dari kecelakaan dan dibuktikan dengan hasil pemeriksaan.
- (13) Perawatan kehamilan atau upaya untuk hamil, termasuk melahirkan, diagnosis dan perawatan ketidaksuburan, keguguran, aborsi, sterilisasi (*vasektomi/MOP* dan *tubektomi/MOW*), dan kontrasepsi, metode pengaturan kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung;
- (14) Sunat termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung selain sunat yang dilaksanakan sehubungan dengan indikasi medis;
- (15) Perawatan dan/atau pengobatan yang timbul sehubungan dengan atau yang diakibatkan oleh kelainan bawaan, cacat lahir, kelainan/keterlambatan perkembangan atau penyakit keturunan (*hereditary disease*) baik yang diketahui ataupun tidak diketahui Tertanggung sebelum pengajuan klaim;
- (16) Tindakan Bedah yang dilakukan semata-mata keinginan Tertanggung tanpa ada Cedera atau Penyakit, pembedahan untuk tujuan kosmetik, atau pembedahan plastik, kecuali disebabkan oleh Cedera atau Penyakit termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung;



- (17) Biaya pemeriksaan kesehatan rutin (*medical check up*), biaya pemeriksaan atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis atau alasan Rawat Inap, biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Dokter, biaya preventif atau pencegahan Penyakit, termasuk pembelian alat bantu medis/non medis, imunisasi dan vaksinasi, *food supplement*, biaya telekomunikasi, biaya penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan perawatan medis;
- (18) Rawat Inap di Rumah Sakit atau Klinik yang bertujuan hanya untuk tindakan dan/atau pemeriksaan diagnostik;
- (19) Perawatan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik, seperti perawatan di spa atau sauna atau salon atau klinik estetika, termasuk perawatan untuk kondisi medis yang disebabkan oleh komplikasi penggunaan obat-obatan dan/atau tindakan yang bertujuan untuk kosmetik;
- (20) Pengobatan Tertanggung yang berhubungan dengan kelainan jiwa, cacat mental, neurosis, psikosomatis, psikosis, atau suatu pengobatan yang dilakukan di rumah sakit jiwa atau di bagian psikiatri suatu Rumah Sakit atau pengobatan yang dilakukan oleh seorang psikiater/psikolog;
- (21) Pertanggung jawaban ini mengecualikan setiap tindakan, perawatan dan/atau pengobatan yang dilakukan di fasilitas perawatan sebagai berikut:
- a. Klinik pribadi atau perorangan yang setiap tindakan dan/atau perawatannya dilaksanakan oleh profesi lain selain dokter;
 - b. Rumah bersalin yang setiap tindakan dan/atau perawatannya dilaksanakan oleh profesi lain selain dokter;
 - c. Rumah peristirahatan termasuk sanatorium atau rumah sakit jiwa;
 - d. Rumah untuk rehabilitasi setelah mengalami sakit;
 - e. Rumah jompo;
 - f. Fasilitas perawatan dan/atau pengobatan ketergantungan, penyalahgunaan, kecanduan alkohol, atau kecanduan obat terlarang;
 - g. Balai pengobatan; dan/atau
 - h. Klinik pengobatan alternatif, naturopati, homeopati, *chiropractor*, akupunktur, atau pengobatan tradisional lain.
- (22) Penyakit, Cedera, atau Ketidakmampuan yang terjadi pada saat Tertanggung di bawah pengaruh narkotika, alkohol, psikotropika, racun, gas atau kecanduan atas bahan sejenis lainnya, atau obat selain digunakan sebagai obat menurut resep yang dikeluarkan oleh Dokter;
- (23) Cedera atau Penyakit yang timbul sebagai akibat langsung atau tidak langsung dari terorisme, perang, invasi, serangan musuh asing, tindak kekerasan, perang baik yang diumumkan atau tidak diumumkan, perang sipil, pemberontakan, revolusi, keikutsertaan langsung dalam huruhara, perkelahian, pemogokan dan keributan massa, tindakan tentara atau militer, perampasan kekuasaan, atau tugas aktif dalam angkatan bersenjata atau kepolisian;
- (24) Cedera atau Penyakit akibat reaksi nuklir, radiasi, dan kontaminasinya;
- (25) Cedera atau Penyakit akibat penyimpangan seksual, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung;
- (26) Tertanggung berpartisipasi dalam kegiatan atau olahraga berbahaya termasuk namun tidak terbatas pada jenis balap atau adu kecepatan (selain berjalan kaki atau berenang), *potholing*, panjat tebing, gunung, mendaki membutuhkan penggunaan tali atau panduan, menyelam ke kedalaman lebih dari 30 meter, kegiatan bawah air yang melibatkan penggunaan peralatan bawah air pernapasan, *sky diving*, *cliff diving*, *bungee jumping*, *BASE jumping* (*Building Antena Span Earth*), paralayang, *gantole* dan terjun payung;
- (27) Cedera atau Penyakit yang disebabkan oleh penerbangan atau kegiatan udara lainnya, kecuali sebagai penumpang yang terdaftar dalam manifes dengan membayar tarif pada maskapai penerbangan sipil komersial, atau perusahaan sewa yang mempunyai ijin dan beroperasi dalam penerbangan rutin;
- (28) Cedera yang disebabkan oleh tindak pidana kejahatan/pelanggaran atau percobaan tindak pidana kejahatan/pelanggaran yang dilakukan oleh Tertanggung, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan putusan pengadilan;



- (29) Cedera yang disebabkan oleh pelanggaran peraturan perundang-undangan oleh Tertanggung, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan putusan pengadilan;
- (30) Cedera yang disebabkan oleh perlawanan oleh Tertanggung dalam hal terjadi penangkapan atau penahanan Tertanggung atau orang lain oleh pihak yang berwenang;
- (31) Konsultasi ahli gizi dan podiatrik, terapi wicara dan terapi pekerjaan yang bukan merupakan bagian dari program rehabilitasi karena trauma, kecuali merupakan tindak lanjut dari ketidakmampuan Rawat Inap;
- (32) Perawatan dan/atau pengobatan tradisional dan/atau alternatif, termasuk dan tidak terbatas pada *sinshe*, pengobatan herbal, ahli patah tulang, paranormal, *chiropractor*, *naturopati*, *holistik*, akupuntur, akupresur, refleksologi, pijat, terapi oksigen hiperbarik, terapi aroma dan sejenisnya;
- (33) Perawatan dan/atau Pengobatan Eksperimental;
- (34) Perawatan dan/atau pengobatan yang tidak ditujukan untuk penyembuhan, konservasi atas kondisi Tertanggung ataupun pemulihan terhadap kondisi kesehatan sebelumnya;
- (35) Perawatan dan/atau pengobatan yang tidak membutuhkan biaya atau telah mendapatkan penggantian atas semua biaya perawatan atas Penyakit, Cedera, atau Ketidakmampuan dari perusahaan/lembaga mana pun, dan ketidakmampuan yang muncul karena kegiatan di luar pekerjaan yang telah ditanggung oleh pemberi kerja.

BAB IV PERPANJANGAN DAN PERUBAHAN BIAYA ASURANSI

Pasal 8

- (1) Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus berlaku untuk masa 1 (satu) tahun dihitung sejak Tanggal Mulai Pertanggunganan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus.
- (2) Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus akan diperpanjang secara otomatis pada setiap Ulang Tahun Pertanggunganan Asuransi **PRU**prime healthcare plus untuk masa 1 (satu) tahun berikutnya dengan tetap tunduk pada ketentuan yang diatur pada ayat (3) dan (4) di bawah ini
- (3) Perpanjangan secara otomatis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dilakukan apabila Pemegang Polis atau Penanggung mengakhiri Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus dengan pemberitahuan tertulis kepada Penanggung atau Pemegang Polis paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum Ulang Tahun Pertanggunganan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus berikutnya.
- (4) Penanggung berhak meninjau ulang dan/atau menolak perpanjangan dan/atau mengakhiri Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus pada saat Ulang Tahun Pertanggunganan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus dengan pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum perubahan tersebut mulai berlaku.
- (5) Penanggung berhak mengubah manfaat dan/atau syarat dan ketentuan dari Ketentuan Khusus Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus dengan pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum perubahan tersebut mulai berlaku.

Pasal 9

- (1) Penanggung dengan ini tidak menjanjikan besaran Biaya Asuransi untuk Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus yang akan datang.
- (2) Penanggung berhak menurunkan atau menaikkan Biaya Asuransi untuk Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus yang akan datang yang bukan disebabkan oleh kenaikan usia Tertanggung dengan pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum perubahan Biaya Asuransi tersebut mulai berlaku.
- (3) Penanggung berhak untuk menentukan basis atas perubahan Biaya Asuransi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) di atas setelah mempertimbangkan keadaan terkini dan semua faktor yang relevan yang mempengaruhi Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus.



- (4) Apabila terdapat kenaikan Biaya Asuransi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) di atas dan untuk memastikan keberlakuan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus, maka Penanggung dapat meminta kepada Pemegang Polis untuk menaikkan Premi Berkala dan Premi *Top-up* Berkala (jika diadakan).
- (5) Apabila Pemegang Polis tidak menyetujui untuk menaikkan Premi Berkala dan Premi *Top-up* Berkala (jika diadakan) sebagaimana dimaksud pada ayat (4) di atas, maka ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (2) Ketentuan Khusus ini tidak akan berlaku.

BAB V HAL PENTING

Pasal 10

- (1) Penanggung tidak akan menghentikan atau menolak perpanjangan masa berlaku Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus ini, dalam hal Tertanggung sedang atau hendak menjalani Rawat Inap atau Tindakan Bedah yang dibuktikan dengan keterangan tertulis dari dokter yang merawat Tertanggung, kecuali ada atau terjadi salah satu hal yang menyebabkan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus berakhir, sebagaimana dicantumkan dalam Pasal 19 Ketentuan Khusus ini.
- (2) Pembayaran Manfaat Asuransi mengikuti ketentuan sebagaimana dimaksud pada Ketentuan Umum Polis dimana pembayaran yang berkaitan dengan Polis termasuk Premi dan Manfaat Asuransi harus dilakukan sesuai dengan mata uang yang ditetapkan dalam Polis.
- (3) Apabila Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah berlanjut hingga ke Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan berikutnya, maka:
 - a. Dalam hal biaya Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah yang dapat dirinci berdasarkan hari Rawat Inap, maka Manfaat Asuransi akan dibayarkan berdasarkan tanggal pembebanan Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah pada Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan yang bersangkutan;
 - b. Dalam hal biaya Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah tidak dapat dirinci berdasarkan hari Rawat Inap, maka Manfaat Asuransi akan dibayarkan berdasarkan persentase jumlah hari Rawat Inap yang dijalani oleh Tertanggung untuk tiap Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan.
- (4) Apabila Rawat Inap dan Tindakan Bedah berlanjut melewati Usia Tertanggung ketika masa pertanggungan berakhir, maka Manfaat Asuransi akan tetap dibayarkan sampai dengan tanggal keluar Rumah Sakit atau Klinik atau 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Usia tersebut, yang mana yang lebih dahulu terjadi, dengan tetap memperhatikan batas maksimum Manfaat Asuransi yang dapat dibayarkan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus.

BAB VI PERUBAHAN PLAN

Pasal 11

- (1) Pemegang Polis dapat mengubah Plan dengan persetujuan Penanggung dengan cara mengajukan tertulis terlebih dahulu kepada Penanggung.
- (2) Apabila Penanggung menerima permohonan peningkatan Plan, Penanggung akan melakukan seleksi risiko ulang dan dapat membatasi pertanggungan untuk kondisi-kondisi yang ada pada saat peningkatan plan tersebut.
- (3) Persetujuan dari Penanggung atas segala perubahan peningkatan atau penurunan Plan dapat dilakukan pada Ulang Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus.
- (4) Perubahan peningkatan Plan, akan diberlakukan Masa Tunggu untuk Plan Manfaat Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus yang baru dengan tetap memperhatikan pengecualian sebagaimana ditetapkan dalam Ketentuan Khusus ini. Manfaat Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus yang akan berlaku dalam Masa Tunggu adalah Plan yang sebelumnya dan akan tetap diperhitungkan dalam Plan yang baru.



BAB VII PERHITUNGAN MANFAAT ASURANSI

Pasal 12

- (1) Pemegang Polis dapat memilih besarnya **PRU**prime saver, yang sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus.
- (2) Apabila besarnya **PRU**prime saver lebih kecil dari Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan untuk setiap Rawat Inap, maka Penanggung akan membayarkan selisih dari total biaya perawatan yang disetujui oleh Penanggung.
- (3) Apabila besarnya **PRU**prime saver lebih besar dari Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan untuk setiap Rawat Inap, maka Penanggung tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus.

Pasal 13

- (1) Apabila Tertanggung selama menjalani Rawat Inap menempati kamar dengan Biaya Kamar yang melebihi Biaya Kamar sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus, maka klaim yang memenuhi syarat akan dibayarkan berdasarkan perhitungan *pro rata* atas Biaya Kamar.
- (2) Perhitungan *pro rata* atas Biaya Kamar dalam hal Tertanggung menempati kamar melebihi Biaya Kamar sebagaimana ditetapkan:

$$\text{Faktor } pro \text{ rata} = \frac{X}{Y}$$

Keterangan:

X = Total Biaya Kamar sesuai plan yang dipilih oleh Pemegang Polis

Y = Penjumlahan dari Biaya Kamar setiap hari selama Rawat Inap dengan perhitungan biaya setiap harinya tersebut dilihat dari mana yang lebih besar antara Biaya Kamar yang sebenarnya atau Biaya Kamar sesuai Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis.

- (3) Biaya yang akan dibayarkan oleh Penanggung berdasarkan faktor *pro rata* dikalikan biaya perawatan yang ditetapkan oleh Penanggung setelah dikurangi **PRU**prime saver (jika diadakan).
- (4) Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap dan menempati kamar dengan Biaya Kamar yang lebih rendah dari Batas Harga Kamar sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus, maka Penanggung akan memberikan tambahan **PRU**prime limit booster sebesar selisih positif berupa Batas Harga Kamar sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus setelah dikurangi Biaya Kamar yang sebenarnya.
- (5) Apabila Tertanggung menjalani perawatan di luar Wilayah Pertanggung dan menempati kamar dengan Biaya Kamar yang melebihi Plan pada Tabel Manfaat Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus, selain akan dikenakan faktor *pro rata* sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Penanggung juga akan mengenakan persentase Wilayah Pertanggung sebagaimana dijelaskan pada Pasal 15.

Pasal 14

- (1) Dalam hal Batas Manfaat Asuransi Tahunan telah habis digunakan oleh Tertanggung dalam membayarkan Manfaat Asuransi, maka Penanggung akan memberikan dan/atau mengeluarkan Manfaat Asuransi yang berasal dari **PRU**prime limit booster sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Penanggung, sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus.
- (2) Penanggung dengan ini akan menginformasikan secara berkala jumlah batas Manfaat Asuransi **PRU**prime limit booster kepada Pemegang Polis.



BAB VIII WILAYAH PERTANGGUNGAN

Pasal 15

Manfaat Asuransi yang tersedia dalam Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus ini berlaku di Wilayah Pertanggung dengan ketentuan dan kondisi sebagai berikut:

- (1) Penanggung akan menanggung Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan atas klaim Manfaat Asuransi sesuai dengan Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus, terkait Ketidakmampuan yang terjadi di dalam Wilayah Pertanggung.
- (2) Apabila Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus digunakan di luar Wilayah Pertanggung, maka Penanggung hanya akan menanggung biaya atas perawatan Tertanggung tersebut secara proporsional sesuai dengan tabel berikut:

Perawatan di	Tipe Plan				
	Indonesia	Asia(Kecuali Jepang, Hong Kong, Singapura)	Asia	Seluruh Dunia (Kecuali Amerika Serikat)	Seluruh Dunia
Indonesia	100%	100%	100%	100%	100%
Asia(Kecuali Jepang, Hong Kong, Singapura)	50%	100%	100%	100%	100%
Asia	15%	30%	100%	100%	100%
Seluruh Dunia (Kecuali Amerika Serikat)	10%	15%	60%	100%	100%
Seluruh Dunia	5%	10%	40%	60%	100%

- (3) Biaya yang akan dibayarkan oleh Penanggung adalah berdasarkan persentase jumlah pada tabel di atas dikalikan seluruh biaya perawatan, kecuali yang ditetapkan lain oleh Penanggung.
- (4) Penanggung tidak akan memberikan penggantian biaya perjalanan, biaya hotel atau biaya lain yang tidak disebutkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus.

BAB IX SYARAT PENGAJUAN KLAIM MANFAAT ASURANSI

Pasal 16

Pengajuan klaim Manfaat Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

(1) Metode Non-Tunai

- a. Merupakan layanan tambahan untuk memudahkan Pemegang Polis atau Tertanggung dalam mendapatkan Manfaat Asuransi tertentu berdasarkan Ketentuan Khusus ini di jaringan Rumah Sakit atau Klinik yang ditunjuk oleh Penanggung. Tertanggung wajib untuk menunjukkan Kartu Peserta **PRU**prime healthcare plus dan kartu identitas pribadi yang dilengkapi dengan foto diri kepada pihak Rumah Sakit atau Klinik untuk tujuan verifikasi. Setelah pertimbangan atas informasi medis, jenis Plan dan riwayat klaim dari Tertanggung, maka akan ditentukan apakah Metode Non-Tunai disetujui atau ditolak. Selain itu, biaya yang tidak memiliki relevansi langsung dengan pengobatan kondisi medis akan ditanggung oleh Pemegang Polis atau Tertanggung. Pemegang Polis atau Tertanggung disarankan untuk mendapatkan persetujuan atas Metode Non-Tunai ini terlebih dahulu



selambat-lambatnya 2 (dua) hari kerja sebelum perawatan dimulai. Metode Non-Tunai ini sewaktu-waktu dapat dihentikan oleh Penanggung.

- b. Khusus Manfaat Asuransi terhadap perawatan yang dilakukan di Amerika Serikat, maka Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib mendapatkan persetujuan terlebih dahulu dari Penanggung selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari kerja sebelum perawatan dimulai.

(2) Metode Penggantian

- a. Pemegang Polis wajib mengajukan berkas pengajuan klaim Manfaat Asuransi atas Asuransi Tambahan **PRUprime healthcare plus** ini kepada Penanggung paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal Tertanggung selesai menjalani Rawat Inap.
- b. Apabila Pemegang Polis mengajukan berkas pengajuan klaim Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud pada huruf a di atas lebih dari 30 (tiga puluh) hari kalender, maka Pemegang Polis wajib memberikan pernyataan tertulis kepada Penanggung yang berisi alasan keterlambatan pengajuan klaim Manfaat Asuransi tersebut.
- c. Apabila diperlukan berdasarkan klaim yang diajukan, Penanggung dapat menunjuk Dokter untuk melakukan pemeriksaan terhadap Tertanggung.
- d. Penanggung mempunyai hak untuk menolak pengajuan klaim Manfaat Asuransi atas Asuransi Tambahan **PRUprime healthcare plus** jika alasan keterlambatan pengajuan klaim Manfaat Asuransi tersebut tidak dapat diterima Penanggung.
- e. Metode penggantian ini tidak berlaku untuk Manfaat Asuransi terhadap perawatan yang dilakukan di Amerika Serikat.

Pasal 17

- (1) Pengajuan berkas untuk pengajuan klaim Manfaat Asuransi Tambahan **PRUprime healthcare plus** dengan **Metode Penggantian wajib** untuk disertai dengan **dokumen di bawah ini:**

- a. Formulir klaim **PRUprime healthcare plus** yang disediakan oleh Penanggung yang telah diisi dengan akurat, benar dan lengkap;
- b. Semua kuitansi dan tanda terima asli atas biaya perawatan untuk Tertanggung;
- c. Surat koordinasi manfaat sebagaimana diatur dalam Pasal 6, jika diadakan;
- d. Laporan lengkap dari Dokter yang melakukan diagnosis atas Ketidakmampuan Tertanggung dan tanggal mulai Ketidakmampuan tersebut;
- e. Ikhtisar atau rincian biaya perawatan dari Dokter tersebut, termasuk biaya Obat dan jasa yang diberikan;
- f. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi dan/atau dokumen pemeriksaan lainnya;
- g. Fotokopi identitas Pemegang Polis yang masih berlaku;
- h. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung.

Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sampai dengan huruf h wajib dibuat atau diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris.

- (2) **Pengajuan berkas** khusus untuk pengajuan **klaim Manfaat Santunan Harian Rawat Inap Asuransi Tambahan PRUprime healthcare plus** dengan Metode Penggantian **wajib untuk disertai dengan dokumen di bawah ini:**

- a. Formulir klaim Manfaat Santunan Harian Rawat Inap **PRUprime healthcare plus** yang disediakan oleh Penanggung yang telah diisi dengan akurat, benar dan lengkap;
- b. Salinan semua kuitansi dan tanda terima atas biaya perawatan untuk Tertanggung;
- c. Laporan lengkap dari Dokter yang melakukan diagnosis atas Ketidakmampuan Tertanggung dan tanggal mulai Ketidakmampuan tersebut; dan
- d. Surat dari perusahaan asuransi lain atau program asuransi yang memberikan pembayaran manfaat kesehatan kepada karyawan atau asuransi yang dikelola oleh pemerintah ("Asuransi Lain") dimana Asuransi Lain ini memberikan manfaat serupa dengan polis **PRUprime healthcare plus**, yang menerangkan bahwa biaya Rumah Sakit atau Klinik sudah dibayarkan sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku di asuransi itu.



Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a sampai dengan huruf d wajib dibuat atau diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris.

- (3) Dalam hal diperlukan untuk dilakukan penerjemahan ke dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris, maka penerjemahan tersebut harus dilakukan oleh penerjemah di bawah sumpah, atas biaya Pemegang Polis.
- (4) Pengajuan klaim Manfaat Asuransi memiliki keabsahan apabila syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (3) telah dipenuhi oleh Tertanggung.
- (5) Penanggung mempunyai hak untuk menolak pengajuan klaim Manfaat Asuransi yang diajukan atau menolak untuk membayar Manfaat Asuransi apabila syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (3), dan syarat lain sebagaimana ditetapkan dalam Polis tidak dipenuhi.
- (6) Apabila terdapat perubahan, pengurangan atau penambahan informasi terhadap pengajuan klaim yang timbul atas inisiatif dari Pemegang Polis dan/atau Tertanggung kepada Penanggung setelah klaim ditolak yang dapat menimbulkan perubahan atas diagnosa dan/atau hal lain yang terkait dengan klaim tersebut, maka Penanggung berhak menyatakan bahwa perubahan, pengurangan atau penambahan informasi tersebut dinyatakan tidak berlaku dan Penanggung tidak mempunyai kewajiban dalam bentuk apa pun untuk memenuhi permintaan pembayaran atau hal lain yang terkait sehubungan Manfaat Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus.
- (7) Pembayaran klaim dan manfaat lainnya dalam mata uang lain selain Rupiah (IDR) akan dihitung dan dilaksanakan dengan menggunakan Kurs Tengah Bank Indonesia yang berlaku pada saat perawatan terjadi atau berdasarkan tanggal kuitansi.

BAB X POLIS LEWAT WAKTU ASURANSI TAMBAHAN

Pasal 18

- (1) Jika Nilai Tunai pada Tanggal Perhitungan terdekat sebelum tanggal pembebanan Biaya Asuransi tidak cukup untuk melunasi Biaya Asuransi, maka Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus akan berakhir karena lewat waktu atau *lapsed* tanpa mengubah besaran premi.
- (2) Tanpa mengesampingkan ketentuan pada ayat (1) di atas, Polis akan tetap berlaku dalam 10 (sepuluh) tahun sejak Tanggal Mulai Berlakunya Polis Asuransi Dasar walaupun Nilai Tunai pada Tanggal Perhitungan terdekat sebelum tanggal pembebanan Biaya Asuransi tidak cukup untuk melunasi Biaya Asuransi, selama:
 - a. Premi Berkala dan Premi *Top-Up* Berkala (jika diadakan) selalu dibayar lunas paling lambat dalam masa leluasa pembayaran;
 - b. Fasilitas Cuti Premi atau *Premium Holiday* **tidak pernah** dimanfaatkan oleh Pemegang Polis;
 - c. Pemegang Polis **tidak pernah** melakukan Penarikan (*Withdrawal*).
- (3) Berakhirnya Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berlaku setelah Ulang Tahun Polis Asuransi Dasar ke-10 (sepuluh).
- (4) Sebelum terjadinya kondisi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di atas dan untuk memastikan keberlakuan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus, maka Penanggung dapat meminta kepada Pemegang Polis untuk menaikkan Premi Berkala dan Premi *Top-up* Berkala (jika diadakan).
- (5) Apabila Pemegang Polis tidak menyetujui untuk menaikkan Premi Berkala dan Premi *Top-Up* Berkala (jika diadakan) sebagaimana dimaksud pada ayat (4) di atas, maka Polis Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus akan berakhir karena lewat waktu atau *lapsed*.

BAB XI AKHIR PERTANGGUNGAN

Pasal 19

- (1) Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus ini berakhir secara otomatis pada saat salah satu hal di bawah ini paling dulu terjadi:



- a. Salah satu dari hal yang menyebabkan pertanggungan berakhir berdasarkan Ketentuan Umum Polis;
 - 1. Tanggal Tertanggung meninggal dunia;
 - 2. Tanggal Polis dibatalkan atau diakhiri oleh Penanggung;
 - 3. Tanggal Penebusan Polis disetujui oleh Penanggung; atau
 - 4. Tanggal Polis menjadi lewat waktu atau *lapsed*.
 - b. Tanggal Akhir Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus;
 - c. Tanggal ketika Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus diakhiri oleh Pemegang Polis sebelum Tanggal Akhir Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus dan disetujui oleh Penanggung;
 - d. Tengah malam menurut Waktu Indonesia Bagian Barat yang merupakan Tanggal Akhir Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus, kecuali jika pada saat itu Tertanggung sedang menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit atau Klinik, dalam hal mana ayat (2) berlaku.
- (2) Dalam hal Tertanggung sedang menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit/Klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d terjadi, maka Tanggal Akhir Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus, akan diperpanjang hingga salah satu di bawah ini terjadi lebih dahulu:
- a. pada saat Tertanggung keluar dari Rumah Sakit;
 - b. paling lama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal Akhir Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus; atau
 - c. pada saat Batas Manfaat Asuransi Tahunan dan **PRU**prime limit booster berdasarkan syarat dan ketentuan mengenai batas maksimum penggantian sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRU**prime healthcare plus telah terpakai seluruhnya.
- (3) Tanpa mengesampingkan ketentuan lain di dalam Pasal 19 ini, Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus ini dapat berakhir pada saat Ulang Tahun Pertanggungan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus berikutnya dalam hal Tertanggung tidak lagi berdomisili di Indonesia dalam kurun waktu lebih dari 6 bulan secara berurutan. Sebagai akibat berakhirnya asuransi tambahan ini maka Penanggung berhak menolak segala klaim yang mungkin timbul dan/atau menolak perpanjangan Asuransi Tambahan **PRU**prime healthcare plus ini, serta Penanggung tidak berkewajiban untuk mengembalikan Biaya Asuransi yang telah dibebankan. Ketentuan ini tidak berlaku apabila Tertanggung tidak berdomisili di Indonesia selama 6 (enam) bulan secara berurutan tersebut semata-mata untuk menjalani perawatan atas Ketidakmampuan berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter yang merawat dan hal tersebut disampaikan kepada Penanggung sebelum menjalani perawatan.
