

KETENTUAN POLIS

PRUSolusi Sehat

Nomor Polis: 13340244

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Polis ini yang dimaksud dengan

- (1) **Dokter** adalah orang yang memiliki izin praktik sebagai dokter dari lembaga yang berwenang.
- (2) **Endorsemen** adalah dokumen yang diterbitkan oleh Penanggung yang berisikan perubahan atau penambahan atas Ketentuan Polis, Ketentuan Khusus Polis dan/atau Ringkasan Polis yang merupakan satu kesatuan dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dengan Polis.
- (3) **Manfaat Asuransi** adalah sejumlah pertanggungan yang diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis, Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat, baik secara langsung maupun tidak langsung, berdasarkan Ketentuan Polis ini.
- (4) **Otoritas** adalah setiap pejabat, petugas, aparat penegak hukum, pemerintah dan/atau badan pengatur, termasuk namun tidak terbatas pada Otoritas Jasa Keuangan (OJK), *Internal Revenue Services* dari Amerika Serikat serta pihak yang berwenang untuk memastikan kepatuhan dan ketaatan berdasarkan perundang-undangan yang berlaku, termasuk Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang maupun *Foreign Account Tax Compliance Act*.
- (5) **Pemegang Polis** adalah orang perseorangan atau badan usaha yang membuat perjanjian pertanggungan kesehatan dengan Penanggung sebagaimana tertera dalam Ringkasan Polis dan setiap perubahannya (jika ada).
- (6) **Pemulihan Polis** adalah pemberlakuan kembali Polis yang berakhir karena lewat waktu atau *lapsed*.
- (7) **Penanggung** adalah PT Prudential Life Assurance, berkedudukan di Jakarta, yang didirikan berdasarkan hukum Negara Republik Indonesia.
- (8) **Penerima Manfaat** adalah orang perseorangan atau badan usaha sebagaimana tertera dalam Ringkasan Polis dan setiap perubahannya (jika ada), yang ditunjuk oleh Pemegang Polis sebagai pihak yang berhak atas Manfaat Asuransi apabila Tertanggung meninggal dunia atau dalam keadaan lain sebagaimana diatur dalam Polis.
- (9) **Periode Tidak Dapat Ditinjau Kembali** adalah periode dimana Penanggung tidak akan meninjau ulang keabsahan pertanggungan atas diri Tertanggung sesuai dengan Ketentuan Polis.
- (10) **Perubahan Mayor** adalah perubahan terkait Manfaat Asuransi yang dilakukan atas permintaan Pemegang Polis berupa perubahan Plan dan/atau perubahan lain yang tercantum dalam formulir Perubahan Mayor atas Manfaat Asuransi.
- (11) **Perubahan Minor** adalah perubahan data pada Polis berdasarkan permintaan Pemegang Polis, termasuk namun tidak terbatas pada penggantian Pemegang Polis, perubahan Penerima Manfaat, perubahan alamat Pemegang Polis, perubahan frekuensi pembayaran Premi dan/atau perubahan lain yang tercantum dalam formulir Perubahan Minor.
- (12) **Polis** adalah perjanjian pertanggungan kesehatan antara Penanggung dan Pemegang Polis yang dapat dibuat dalam bentuk cetak atau elektronik.

- (13) **Premi** adalah sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pemegang Polis, atau pihak ketiga yang ditunjuk Pemegang Polis, kepada Penanggung berdasarkan Polis.
- (14) **Ringkasan Polis** adalah dokumen yang berisi pokok-pokok perjanjian pertanggungan kesehatan.
- (15) **Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ)** adalah permohonan tertulis yang diajukan kepada Penanggung baik dalam bentuk cetak, elektronik maupun lainnya untuk mengadakan suatu perjanjian pertanggungan kesehatan yang dibuat oleh calon Pemegang Polis dan ditandatangani paling sedikit oleh calon Pemegang Polis dan/atau calon Tertanggung.
- (16) **Tanggal Akhir Pertanggungan** adalah tanggal pertanggungan berakhir sebagaimana tercantum dalam Ringkasan Polis dan segala perubahannya (jika ada).
- (17) **Tanggal Jatuh Tempo Pembayaran Premi** adalah Tanggal Rujukan Pembayaran Premi dan setiap tanggal yang sama berikutnya sesuai dengan frekuensi pembayaran Premi sebagaimana tercantum dalam Ringkasan Polis dan segala perubahannya (jika ada).
- (18) **Tanggal Mulai Pertanggungan** adalah tanggal pertanggungan mulai berlaku sebagaimana dicantumkan dalam Ringkasan Polis dan segala perubahannya (jika ada).
- (19) **Tanggal Rujukan Pembayaran Premi** adalah tanggal dimulainya pembayaran premi, sebagaimana dicantumkan dalam Ringkasan Polis dan segala perubahannya (jika ada).
- (20) **Tertanggung** adalah orang perseorangan yang atas dirinya diadakan pertanggungan kesehatan, sebagaimana tercantum dalam Ringkasan Polis dan setiap perubahannya (jika ada).
- (21) **Ulang Tahun** adalah tanggal dan bulan yang sama dengan tanggal dan bulan kelahiran orang perseorangan yang dimaksud, atau saat terjadi peristiwa atau hal dimaksud.
- (22) **Ulang Tahun Polis** adalah tanggal dan bulan yang sama dengan tanggal dan bulan dari Tanggal Rujukan Pembayaran Premi.
- (23) **Usia** adalah umur orang perseorangan yang ditentukan berdasarkan Ulang Tahun berikutnya dari yang bersangkutan.

BAB II DASAR PERTANGGUNGAN

Pasal 2

Polis terdiri atas:

- (1) Ringkasan Polis;
- (2) Tabel Manfaat **PRU**Solusi Sehat;
- (3) SPAJ yang telah disetujui oleh Penanggung;
- (4) Ketentuan Polis;
- (5) Ketentuan Khusus Polis;
- (6) Endosemen (apabila diadakan);
- (7) Bagian ilustrasi yang dinyatakan sebagai bagian dari kontrak asuransi; dan
- (8) Segala tambahan dan perubahan Polis yang dibuat sesuai dengan syarat dan ketentuan Polis.

Pasal 3

Ringkasan Polis berisi antara lain:

- (1) Nama produk asuransi;
- (2) Nama Pemegang Polis;
- (3) Tanggal Mulai Pertanggungan;
- (4) Tanggal Akhir Pertanggungan;
- (5) Tanggal Rujukan Pembayaran Premi;
- (6) Mata uang yang digunakan dalam Polis;

- (7) Jenis dan besar Premi selama tahun pertama Polis;
- (8) Plan **PRU**Solusi Sehat;
- (9) **PRU**Solusi Sehat Saver;
- (10) Nama Tertanggung;
- (11) Tanggal Lahir Tertanggung;
- (12) Jenis Kelamin Tertanggung; dan
- (13) Penerima Manfaat.

Pasal 4

- (1) Sebelum pembuatan Polis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dan Pasal 3, calon Pemegang Polis wajib mengisi secara benar dan lengkap Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) dan formulir-formulir terkait (jika ada), serta menyerahkan dokumen yang diminta oleh Penanggung.
- (2) Setelah SPAJ dan formulir terkait diisi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), calon Pemegang Polis wajib menyampaikan formulir dan dokumen tersebut kepada Penanggung.
- (3) Semua informasi, keterangan, dan/atau pernyataan yang dicantumkan dalam SPAJ, formulir, dan dokumen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) merupakan dasar penerbitan Polis, dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

Pasal 5

- (1) Kebenaran isi SPAJ dan kelengkapan dokumen sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) merupakan tanggung jawab Pemegang Polis.
- (2) Penanggung berhak mengakhiri pertanggungan di dalam Polis, apabila huruf a, huruf b, dan huruf c di bawah ini terpenuhi:
 - a. Pemegang Polis mengisi SPAJ termasuk formulir terkait (jika ada) secara tidak benar dan/atau tidak menyerahkan dokumen secara lengkap, meskipun dilakukan dengan itikad baik;
 - b. Ketidakbenaran atau ketidaklengkapan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) huruf a tersebut sedemikian rupa sehingga apabila Penanggung telah mengetahui ketidakbenaran atau ketidaklengkapan sebelum pertanggungan diadakan:
 - 1. Pertanggungan atas diri Tertanggung pada **PRU**Solusi Sehat menjadi berakhir dan/atau Polis tidak akan diadakan; atau
 - 2. Penanggung akan mengenakan suatu persyaratan tertentu ketika Penanggung melakukan penilaian atas risiko;
 - c. Penanggung tidak pernah menyatakan secara tertulis bahwa Penanggung setuju untuk mengesampingkan kekeliruan dan ketidaklengkapan tersebut dalam hal Penanggung mengetahui hal tersebut setelah Tanggal Mulai Pertanggungan.
- (3) Dalam hal terjadi keadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka:
 - a. Polis menjadi berakhir dan Polis dianggap tidak pernah berlaku sehingga tidak ada Manfaat Asuransi yang dapat dibayarkan;
 - b. Dalam hal Polis berakhir sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, Pemegang Polis bertanggung jawab atas segala kerugian yang timbul (jika ada).
- (4) Apabila hal sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) baru diketahui setelah dilakukan pembayaran Manfaat Asuransi, maka Pemegang Polis wajib untuk mengembalikan kepada Penanggung Manfaat Asuransi yang telah diterima selambat-lambatnya dalam jangka waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak tanggal pemberitahuan pengakhiran asuransi.
- (5) Pengembalian Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) harus dilakukan tanpa perlu memerhatikan apakah Tertanggung masih hidup atau sudah meninggal dunia.
- (6) Dalam hal Pemegang Polis telah meninggal dunia, pengembalian Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) wajib dilakukan oleh Penerima Manfaat, atau pihak lain yang menerima Manfaat Asuransi sebagaimana diatur dalam Polis.

Pasal 6

- (1) Dalam hal pengisian SPAJ oleh Pemegang Polis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 mengandung ketidakbenaran tentang:
 - a. Usia; atau
 - b. Jenis kelamin;
 maka Polis dapat dinilai ulang oleh Penanggung.
- (2) Kelanjutan Polis harus disetujui oleh Penanggung setelah dilakukan penilaian ulang atas ketidakbenaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Hasil penilaian ulang sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dapat berupa:
 - a. Melanjutkan Polis dengan penyesuaian tertentu; atau
 - b. Polis tetap diakhiri sesuai dengan Pasal 5.

Pasal 7

- (1) Kebenaran isi formulir Perubahan Mayor, Perubahan Minor dan/atau Pemulihan Polis dan kelengkapan dokumen pendukungnya merupakan tanggung jawab Pemegang Polis.
- (2) Akibat dari ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan pengisian formulir sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), maka pengajuan Perubahan Polis dan/atau Pemulihan Polis akan ditinjau ulang dan penilaian ulang tersebut dapat menyebabkan dibatalkan persetujuan pengajuan Perubahan Mayor, Perubahan Minor dan/atau Pemulihan Polis.
- (3) Ketentuan lebih lanjut akan diatur dalam formulir Perubahan Mayor, Perubahan Minor dan/atau Pemulihan Polis yang dapat Pemegang Polis pelajari sebelum mengajukan Perubahan Mayor, Perubahan Minor dan/atau Pemulihan Polis.

Pasal 8

- (1) Dalam hal pengisian Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) dan formulir sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dan Pasal 4 dan/atau pengajuan Perubahan Mayor, Perubahan Minor, Pemulihan Polis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 dan/atau pengajuan klaim Manfaat Asuransi oleh Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat dan/atau pihak lain yang berkepentingan, mengandung kebohongan, penipuan, dan/atau pemalsuan, maka Penanggung berhak untuk:
 - a. Menolak seluruh pengajuan Perubahan Mayor, Perubahan Minor, Pemulihan Polis;
 - b. Membatalkan persetujuan Perubahan Mayor, Perubahan Minor, Pemulihan Polis;
 - c. Menolak seluruh pengajuan klaim Manfaat Asuransi; dan/atau
 - d. Mengakhiri Polis terhitung sejak tanggal Penanggung menemukan unsur kebohongan, penipuan, dan/atau pemalsuan.
- (2) Dalam hal Polis berakhir sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Penanggung tidak berkewajiban untuk membayar apapun kepada Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat.
- (3) Dalam hal kebohongan, penipuan, dan/atau pemalsuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diketahui setelah pembayaran Manfaat Asuransi oleh Penanggung, Pemegang Polis wajib untuk mengembalikan Manfaat Asuransi yang telah diterima kepada Penanggung dalam jangka waktu 3 (tiga) bulan setelah tanggal diketahuinya kebohongan, penipuan, dan/atau pemalsuan oleh Penanggung.
- (4) Dalam hal Pemegang Polis telah meninggal dunia, pengembalian Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) wajib dilakukan oleh Penerima Manfaat, atau pihak lain yang menerima Manfaat Asuransi sebagaimana diatur dalam Polis.
- (5) Penanggung dapat mengakhiri Polis(-Polis) lainnya atas nama Pemegang Polis dan/atau Tertanggung yang ada pada Penanggung apabila terjadi kebohongan, penipuan, dan/atau pemalsuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang disampaikan kepada Penanggung oleh Pemegang Polis, Penerima Manfaat atau pihak lain yang berkepentingan terhadap Polis.

Pasal 9

- (1) Periode Tidak Dapat Ditinjau Kembali akan dimulai setelah:
 - a. Ulang Tahun ke-2 (dua) Polis; atau
 - b. Ulang Tahun ke-2 (dua) sejak tanggal Pemulihan Polis yang terakhir, mana yang terakhir terjadi.
- (2) Periode Tidak Dapat Ditinjau Kembali sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya berlaku apabila:
 - a. Tertanggung masih hidup; dan
 - b. Kepada Penanggung tidak pernah dilakukan pengajuan klaim Manfaat Asuransi, karena peristiwa yang terjadi sebelum atau selama Periode Tidak Dapat Ditinjau Kembali.
- (3) Ketentuan pada ayat (1) dan ayat (2) tidak berlaku dalam hal:
 - a. Terjadi kekeliruan, ketidakbenaran, atau pengungkapan keadaan sebagaimana dimaksud di dalam Pasal 5;
 - b. Terdapat unsur kebohongan, penipuan, dan/atau pemalsuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8; atau
 - c. Terjadi suatu hal yang tidak ditanggung di dalam Polis.

BAB III KEBERLAKUAN PERTANGGUNGAN

Pasal 10

- (1) Pertanggungan berlaku terhitung sejak Tanggal Mulai Pertanggungan sebagaimana dicantumkan dalam Ringkasan Polis atau perubahannya (jika ada).
- (2) Setelah Polis berlaku, isi Polis tidak dapat diubah, ditambah, atau dikurangi oleh pihak mana pun, selain atas kesepakatan Pemegang Polis dan Penanggung, kecuali diatur lain di dalam Polis atau apabila perubahan dilakukan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam hal Pemegang Polis tidak menyetujui perubahan atas Manfaat Asuransi, syarat dan ketentuan yang tercantum pada Polis, maka Pemegang Polis dapat mengakhiri pertanggungan sesuai dengan kebijakan Penanggung dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Apabila Pemegang Polis tidak menyampaikan pendapatnya atas perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dalam jangka waktu yang ditentukan oleh Penanggung (setidaknya 30 (tiga puluh) hari kerja sejak perubahan tersebut diberitahukan), maka Pemegang Polis dianggap telah menyetujui perubahan tersebut.

BAB IV MASA MEMPELAJARI POLIS

Pasal 11

- (1) Pemegang Polis diberikan waktu untuk mempelajari Polis selama 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak Polis diterima oleh Pemegang Polis atau Tertanggung ('Masa Mempelajari Polis').
- (2) Selama Masa Mempelajari Polis, apabila Pemegang Polis tidak setuju dengan ketentuan Polis, maka Pemegang Polis dapat segera memberitahukan hal tersebut kepada Penanggung dengan mengembalikan dokumen Polis atau dalam hal Polis dibuat dalam bentuk Polis elektronik, maka Pemegang Polis wajib menyerahkan Ringkasan Polis asli.
- (3) Apabila hal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terjadi, maka Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayarkan oleh Pemegang Polis setelah dikurangi biaya-biaya yang timbul (jika ada) sebagaimana tercantum dalam formulir pembatalan Polis.
- (4) Ketentuan ayat (1) di atas ini tidak berlaku dalam hal Pemegang Polis telah:
 - a. Mengajukan/melakukan Perubahan Mayor, Perubahan Minor; dan/atau

- b. Mengajukan klaim Manfaat Asuransi.

BAB V PEMBAYARAN PREMI

Pasal 12

- (1) Besar Premi sejak Tanggal Mulai Pertanggungan hingga Ulang Tahun Polis pertama dan frekuensi pembayaran Premi adalah sebagaimana tercantum dalam Ringkasan Polis.
- (2) Premi wajib selalu dibayar setiap Tanggal Jatuh Tempo Pembayaran Premi agar Polis berlaku secara berkelanjutan sampai Tanggal Akhir Pertanggungan.
- (3) Besarnya Premi akan berubah pada Ulang Tahun Polis sebagaimana dijelaskan pada Pasal 14.
- (4) Dalam hal dilakukan perubahan frekuensi pembayaran Premi, besar Premi setelah perubahan tersebut tidak serta merta sesuai dengan perhitungan sederhana. Ada faktor tertentu (modal faktor) yang memengaruhi besarnya Premi setelah adanya perubahan frekuensi pembayaran Premi sebagai berikut:

Frekuensi Pembayaran Premi	Modal Faktor x Premi Bulanan
Tahunan	11
6 (enam) bulanan	5,7
3 (tiga) bulanan	2,9
Bulanan	1

Pasal 13

- (1) Dalam hal pembayaran Premi dilakukan secara tunai, pembayaran tersebut dianggap terjadi dan diterima pada saat fisik uang diterima oleh Penanggung dan telah berhasil diidentifikasi oleh Penanggung.
- (2) Dalam hal pembayaran Premi dilakukan melalui cara selain dengan penyerahan uang tunai secara fisik, pembayaran tersebut terjadi dan diterima pada saat Penanggung berhasil menguangkan instrumen keuangan yang diterima Penanggung, atau pada saat Premi telah diterima di rekening Penanggung, serta pembayaran telah berhasil diidentifikasi oleh Penanggung.

BAB VI PERPANJANGAN PERTANGGUNGAN DAN PERUBAHAN PREMI

Pasal 14

- (1) Asuransi PRUSolusi Sehat berlaku untuk masa 1 (satu) tahun terhitung sejak Tanggal Mulai Pertanggungan.
- (2) Asuransi PRUSolusi Sehat akan diperpanjang secara otomatis pada setiap Ulang Tahun Polis untuk masa 1 (satu) tahun berikutnya sampai dengan Tertanggung mencapai Usia 99 (sembilan puluh sembilan) tahun dengan cara membayar Premi sesuai dengan besarnya Premi yang berlaku pada saat perpanjangan asuransi ini kepada Penanggung sebelum atau pada Ulang Tahun Polis dan tetap tunduk pada ketentuan yang diatur pada ayat (3), ayat (4), ayat (5), dan ayat (6) di bawah ini.
- (3) Penanggung akan mengenakan besarnya Premi sesuai dengan Usia dan kondisi Tertanggung pada saat dilakukannya perpanjangan secara otomatis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dengan pemberitahuan tertulis baik dalam bentuk cetak, elektronik maupun lainnya kepada Pemegang Polis paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum Ulang Tahun Polis berikutnya yang terdekat.
- (4) Penanggung dengan ini tidak menjanjikan besarnya Premi untuk asuransi PRUSolusi Sehat yang akan datang.

- (5) Perpanjangan secara otomatis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dilakukan apabila Pemegang Polis atau Penanggung mengakhiri pertanggungan **PRUSolusi Sehat** dengan pemberitahuan tertulis baik dalam bentuk cetak, elektronik maupun lainnya kepada Penanggung atau Pemegang Polis paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum Ulang Tahun Polis berikutnya yang terdekat.
- (6) Penanggung berhak mengubah manfaat dan/atau syarat dan ketentuan dari Ketentuan Polis dan ketentuan lainnya dengan pemberitahuan tertulis baik dalam bentuk cetak, elektronik maupun lainnya kepada Pemegang Polis paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum hal tersebut mulai berlaku.

BAB VII PERUBAHAN PLAN

Pasal 15

- (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 diberikan pada Ulang Tahun Polis.
- (4) Apabila Penanggung menyetujui perubahan peningkatan Plan, maka akan diberlakukan Masa Tunggu yang baru untuk Plan Manfaat **PRUSolusi Sehat** dengan tetap memerhatikan pengecualian sebagaimana ditetapkan dalam Ketentuan Khusus Polis. Manfaat Asuransi **PRUSolusi Sehat** yang akan berlaku dalam Masa Tunggu yang baru ini adalah Plan yang sebelumnya dan akan tetap diperhitungkan dalam Plan yang baru.

BAB VIII POLIS LEWAT WAKTU

Pasal 16

- (1) Penanggung memberikan masa leluasa (*grace period*) untuk melakukan pembayaran Premi hingga 1 (satu) hari sebelum tanggal yang sama di bulan berikutnya dari Tanggal Jatuh Tempo Pembayaran Premi.
- (2) Masa berlaku Polis akan berakhir karena lewat waktu atau *lapsed* apabila Premi tidak dibayar lunas ketika masa leluasa (*grace period*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) telah dilewati.
- (3) Dalam hal Pemegang Polis menunjuk pihak ketiga untuk melakukan pembayaran Premi atas nama Pemegang Polis, maka Pemegang Polis tetap bertanggung jawab atas setiap hak dan kewajiban terkait pembayaran Premi sebagaimana diatur dalam Polis.

Pasal 17

- (1) Dalam hal Polis berakhir karena lewat waktu atau *lapsed* sebagaimana dimaksud pada Pasal 16, Polis dapat dipulihkan atas permohonan Pemegang Polis dan dengan mendapatkan persetujuan dari Penanggung.
- (2) Pengajuan Pemulihan Polis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memenuhi syarat sebagai berikut:
 - a. Bertanggung belum berusia 70 (tujuh puluh) tahun pada saat Pemulihan Polis diajukan;
 - b. Pemulihan Polis diajukan dalam kurun waktu 12 (dua belas) bulan dari tanggal Polis menjadi lewat waktu atau *lapsed*;
 - c. Memenuhi syarat *underwriting* dan syarat lain yang ditetapkan oleh Penanggung; dan
 - d. Membayar seluruh biaya yang timbul berkaitan dengan Pemulihan Polis (jika ada) yang tertera pada Formulir Pemulihan Polis, yang dapat dipelajari Pemegang Polis sebelum mengajukan

permohonan Pemulihan Polis;
Apabila Pemulihan Polis telah disetujui, maka pertanggungan Polis akan berlaku kembali sesuai Ketentuan Polis.

- (3) Dalam hal terjadi Pemulihan Polis, maka Premi akan disesuaikan.

BAB IX PAJAK

Pasal 18

Setiap pembayaran suatu jumlah berdasarkan Polis dikenakan Pajak berdasarkan peraturan perundang-undangan di bidang perpajakan.

BAB X PEMBERITAHUAN

Pasal 19

- (1) Semua pemberitahuan dari Penanggung kepada Pemegang Polis maupun sebaliknya dilakukan secara tertulis.
- (2) Dalam hal tertentu Penanggung dapat memberitahukan informasi kepada Pemegang Polis dengan cara lain sesuai dengan kebijakan Penanggung dan dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Pemegang Polis wajib segera memberitahukan kepada Penanggung secara tertulis setiap perubahan yang terkait Pemegang Polis, Tertanggung, dan/atau Penerima Manfaat yang dapat memengaruhi pertanggungan ini.
- (4) Kelalaian atau kegagalan Pemegang Polis dalam memberitahukan perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dapat berakibat bahwa perubahan tersebut dianggap tidak pernah ada dan Penanggung tetap mengacu pada segala data yang terakhir tercatat pada Penanggung.

BAB XI MATA UANG POLIS

Pasal 20

- (1) Pada umumnya setiap pembayaran yang berkaitan dengan Polis, termasuk Premi dan Manfaat Asuransi, harus dilakukan sesuai dengan mata uang yang ditetapkan dalam Polis.
- (2) Setiap pembayaran yang berkaitan dengan Polis dalam mata uang dolar Amerika Serikat, baik yang harus dilaksanakan maupun yang harus diterima oleh Penanggung, akan dilaksanakan dalam mata uang rupiah apabila hal tersebut dikehendaki oleh Pemegang Polis.
- (3) Dalam hal Pemegang Polis menghendaki pembayaran yang berkaitan dengan Polis yang dalam mata uang dolar Amerika Serikat dilaksanakan dalam mata uang rupiah, maka jumlah pembayaran dalam rupiah tersebut harus dihitung dan dilaksanakan dengan menggunakan Kurs Tengah Bank Indonesia yang berlaku pada saat pembayaran tersebut dilaksanakan.
- (4) Dalam hal pembayaran premi atau klaim asuransi yang berkaitan dengan Polis dilakukan secara tunai, maka pembayaran wajib menggunakan mata uang rupiah.

BAB XII HAL LAINNYA

Pasal 21

- (1) Penanggung dan Pemegang Polis sepakat untuk mengesampingkan Pasal 1266 Kitab Undang-undang Hukum Perdata.
- (2) Dengan mengesampingkan Pasal 1266 Kitab Undang-undang Hukum Perdata, pembatalan atau pengakhiran Polis ini dilakukan tanpa melalui pengadilan.

Pasal 22

- (1) Semua ketentuan di dalam Ketentuan Polis ini berlaku bagi Penanggung, Pemegang Polis, Tertanggung, dan Penerima Manfaat, sepanjang tidak dilakukan pengaturan khusus di dalam Ketentuan Khusus Polis dan/atau Ringkasan Polis dan/atau setiap perubahannya.
- (2) Ketentuan di dalam Ketentuan Khusus Polis berlaku sepanjang tidak dilakukan pengaturan khusus di dalam Ringkasan Polis dan/atau setiap perubahannya.

Pasal 23

Apabila satu atau lebih ketentuan di dalam Polis ini tidak berlaku, tidak sah, atau tidak dapat dilaksanakan berdasarkan peraturan perundang-undangan, maka ketentuan lain di dalam Polis tetap berlaku, sah, dan dapat dilaksanakan.

Pasal 24

- (1) Sepanjang tidak terjadi hal yang mempercepat berakhirnya asuransi **PRUSolusi Sehat** sebagaimana ditentukan dalam Polis, asuransi **PRUSolusi Sehat** berakhir pada Tanggal Akhir Pertanggungan.
- (2) Dalam hal asuransi **PRUSolusi Sehat** berakhir pada Tanggal Akhir Pertanggungan, Penanggung tidak berkewajiban untuk membayar apapun tentang asuransi **PRUSolusi Sehat**.

Pasal 25

- (1) Pemegang Polis atau Tertanggung atau Penerima Manfaat wajib menyerahkan catatan medis atau resume medis Tertanggung jika diminta oleh Penanggung.
- (2) Pemegang Polis atau Tertanggung atau Penerima Manfaat memberi kuasa kepada Penanggung untuk meminta catatan medis atau resume medis Tertanggung dari Dokter, rumah sakit, pejabat dan/atau pihak lain.
- (3) Pemberian kuasa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak berakhir karena hal yang dapat mengakhiri pemberian kuasa, termasuk alasan sebagaimana dicantumkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814, dan Pasal 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata, yaitu:
 - a. Penarikan kembali kuasa oleh pemberi kuasa;
 - b. Pemberitahuan penghentian kuasa oleh pemberi kuasa;
 - c. Kepailitan pemberi kuasa atau penerima kuasa;
 - d. Perkawinan pemberi kuasa perempuan; dan/atau
 - e. Pengangkatan penerima kuasa baru.
- (4) Penanggung berhak menolak untuk membayar Manfaat Asuransi apabila Penanggung tidak mendapatkan catatan medis atau resume medis Tertanggung sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Pasal 26

Dokter sebagaimana dimaksud dalam Polis, wajib memiliki kriteria sebagai berikut:

- (1) Memiliki izin praktik sebagai dokter yang masuk berlaku dari lembaga yang berwenang;
- (2) Tidak termasuk sebagai pihak-pihak di bawah ini:

- a. Pemegang Polis;
- b. Tertanggung;
- c. Penerima Manfaat;
- d. Tenaga pemasar Penanggung;
- e. Orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga sedarah atau semenda dengan Pemegang Polis;
- f. Orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga atau semenda dengan Tertanggung;
- g. Orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga atau semenda dengan Penerima Manfaat; atau
- h. Orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga atau semenda dengan tenaga pemasar Penanggung sampai dengan derajat ketiga.

BAB XIII HUKUM YANG BERLAKU

Pasal 27

Penanggung dan Pemegang Polis bersepakat bahwa terhadap Polis ini beserta segala akibat hukumnya tunduk kepada dan harus ditafsirkan menurut hukum Republik Indonesia.

BAB XIV LAYANAN PENGADUAN

Pasal 28

- (1) Tertanggung dapat menyampaikan pengaduan secara tertulis maupun melalui jalur layanan yang disediakan oleh Penanggung.
- (2) Pengaduan akan ditindak lanjuti dan diselesaikan selambat-lambatnya 20 (dua puluh) hari kerja sejak dokumen pengajuan pengaduan diterima oleh Penanggung dan dapat diperpanjang untuk kondisi tertentu sesuai dengan peraturan yang berlaku.

BAB XV PENYELESAIAN SENGKETA

Pasal 29

- (1) Dalam hal timbul sengketa antara Penanggung dan pihak yang berkepentingan atas Polis yang tidak dapat diselesaikan secara musyawarah, Penanggung dan pihak yang berkepentingan atas Polis dapat melakukan penyelesaian sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan.
- (2) Penyelesaian sengketa di luar pengadilan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilakukan melalui proses mediasi, adjudikasi atau arbitrase pada Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa sebagaimana dimuat dalam Daftar Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa yang ditetapkan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) atau lembaga alternatif penyelesaian sengketa lainnya seperti Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI).
- (3) Selain penyelesaian sengketa di luar pengadilan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Penanggung dan Pemegang Polis serta pihak yang berkepentingan atas Polis dapat juga mengajukan penyelesaian persengketaan di Pengadilan Negeri dalam wilayah Republik Indonesia yang berwenang untuk menyelesaikan persengketaan tersebut menurut ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB XVI KEPATUHAN TERHADAP PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

Pasal 30

- (1) Penanggung dapat diwajibkan untuk mematuhi, mempelajari, dan memenuhi persyaratan dari hukum, peraturan, perintah, petunjuk, dan persyaratan-persyaratan termasuk persyaratan yang relevan berdasarkan *Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)*, *Common Reporting Standard (CRS)* dan permintaan dari Otoritas dalam berbagai yuridiksi sebagaimana dapat diubah sewaktu-waktu (**"Persyaratan yang Relevan"**).
- (2) Penanggung dapat mengambil setiap dan seluruh langkah atau tindakan yang secara wajar dianggap perlu untuk memastikan kepatuhan atau ketaatan Penanggung dengan Persyaratan yang Relevan, secara khusus pengungkapan atas keadaan khusus Pemegang Polis terhadap Otoritas.
- (3) Penanggung berhak untuk mengungkapkan keadaan khusus Pemegang Polis atau informasi apapun mengenai Pemegang Polis kepada Otoritas sehubungan dengan ketaatan dan kepatuhan terhadap Persyaratan yang Relevan.
- (4) Pengungkapan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diberikan secara langsung atau dikirimkan melalui salah satu dari kantor pusat Penanggung atau afiliasi lainnya dari Penanggung.
- (5) Untuk tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan tanpa mengesampingkan ketentuan lainnya dalam Polis, Penanggung dapat meminta Pemegang Polis untuk memberikan informasi lebih lanjut sebagaimana dipersyaratkan untuk pengungkapan terhadap Otoritas mana pun dan Pemegang Polis wajib memberikan informasi tersebut kepada Penanggung dalam jangka waktu tertentu sebagaimana dapat dipersyaratkan secara wajar.
- (6) Tanpa mengabaikan ketentuan lainnya dalam Polis, Pemegang Polis setuju untuk menyediakan bantuan yang mungkin secara wajar dibutuhkan untuk memungkinkan Penanggung mematuhi kewajiban Penanggung berdasarkan seluruh Persyaratan yang Relevan mengenai Pemegang Polis atau Polis kepada Penanggung.
- (7) Pemegang Polis wajib memberi informasi kepada Penanggung secara tepat waktu atas perubahan apapun dari keterangan yang sebelumnya telah disampaikan kepada Penanggung, baik pada waktu pengajuan SPAJ atau pada waktu mana pun, secara khusus pemberitahuan wajib secara langsung diberikan dalam hal:
 - a. Pemegang Polis merupakan orang perseorangan, apabila terdapat perubahan mengenai kewarganegaraan Pemegang Polis, status pajak atau perubahan wajib pajak atau jika Pemegang Polis menjadi wajib pajak di lebih dari 1 (satu) negara;
 - b. Pemegang Polis merupakan badan usaha, dalam hal terjadi perubahan alamat terdaftar Pemegang Polis, alamat tempat bisnis Pemegang Polis, pemegang saham mayoritas, Penerima Manfaat secara sah dari pemilik atau pihak yang memiliki kontrol, yaitu pihak yang memiliki atau menguasai lebih dari 10% (sepuluh persen) saham atau memiliki kepentingan kepemilikan atau kontrol, status pajak, perubahan wajib pajak atau jika Pemegang Polis menjadi wajib pajak di lebih dari 1 (satu) negara.
- (8) Dalam hal salah satu dari perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) terjadi, atau dalam hal informasi lain mengindikasikan perubahan dimaksud, Penanggung dapat meminta Pemegang Polis untuk memberikan dokumen tertentu, atau informasi terkait, dan Pemegang Polis setuju untuk memberikan informasi tersebut.
- (9) Dokumen dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (8) antara lain pernyataan pajak, atau formulir yang dilegalisasi oleh notaris (apabila diperlukan) yang telah dilengkapi dan/atau ditandatangani.
- (10) Dalam hal Pemegang Polis:
 - a. Tidak menyediakan informasi dan dokumen yang diminta oleh Penanggung dalam jangka waktu yang telah ditetapkan;
 - b. Menyediakan salah satu dari informasi atau dokumen yang tidak mutakhir, akurat dan lengkap; dan/atau

c. Tidak memenuhi permintaan aparat penegak hukum; maka Penanggung dapat mengambil langkah yang Penanggung anggap sesuai untuk memastikan kepatuhan atau ketaatan Penanggung terhadap Persyaratan yang Relevan, atau lainnya untuk melindungi kepentingan hukum dan/atau komersial Penanggung, termasuk namun tidak terbatas pada dengan mengakhiri Polis melalui pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis.

BAB XVII

KETENTUAN KHUSUS TENTANG KEADAAN TERTENTU

Pasal 31

- (1) Dalam hal timbul perang, baik dinyatakan atau tidak dinyatakan, dan Republik Indonesia terlibat di dalamnya, atau Republik Indonesia untuk seluruh atau sebagian dinyatakan dalam keadaan bahaya, atau dalam keadaan darurat perang, maka pembayaran Manfaat Asuransi akan dikenakan potongan sementara yang jumlahnya akan ditetapkan kemudian oleh Penanggung.
- (2) Paling lambat dalam waktu 1 (satu) tahun setelah perang berakhir, keadaan bahaya, atau keadaan darurat perang berakhir, Penanggung wajib menetapkan jumlah potongan yang dikenakan sesuai dengan peningkatan angka kematian dan perubahan keadaan moneter akibat perang, keadaan bahaya, atau keadaan darurat perang.
- (3) Penanggung berhak untuk menangguhkan pembayaran Manfaat Asuransi, kecuali Manfaat Asuransi yang berkaitan dengan meninggalnya Tertanggung sebagaimana dimaksud dalam Ketentuan Polis **PRUSolusi Sehat**, untuk jangka waktu sampai dengan 6 (enam) bulan.
- (4) Dalam hal terjadi keadaan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), "Ketentuan Khusus Tentang Keadaan Tertentu" ini berlaku dan mengesampingkan ketentuan lain dalam Polis yang bertentangan dengan "Ketentuan Khusus Tentang Keadaan Tertentu" ini.

KETENTUAN KHUSUS POLIS

PRUSolusi Sehat

Nomor Polis: **13340244**

BAB I

KEBERLAKUAN KETENTUAN KHUSUS

Pasal 1

- (1) Ketentuan Khusus Polis **PRUSolusi Sehat** ("**Ketentuan Khusus**") merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis, sehingga berlaku bagi Pemegang Polis, Penanggung, dan Penerima Manfaat.
- (2) Definisi yang diatur dalam Ketentuan Polis **PRUSolusi Sehat** ("**Ketentuan Polis**") berlaku bagi Ketentuan Khusus Polis ini, kecuali diatur secara khusus dalam Ketentuan Khusus Polis ini.
- (3) Kecuali ditentukan lain dalam Ketentuan Khusus Polis ini, maka syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan dalam Ketentuan Polis akan berlaku pula untuk Ketentuan Khusus Polis 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, Penerima Manfaat atau anggota keluarga inti dari Pemegang Polis, Tertanggung, dan/atau Penerima Manfaat 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, Penerima Manfaat atau anggota keluarga inti dari Pemegang Polis, Tertanggung, dan/atau Penerima Manfaat 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, Penerima Manfaat atau anggota keluarga inti dari Pemegang Polis, Tertanggung, dan/atau Penerima Manfaat 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 **PRUSolusi Sehat**.
- (5) **Batas Manfaat Asuransi Tahunan** adalah batas maksimum Manfaat Asuransi yang dapat dibayarkan dalam jangka waktu 1 (satu) Tahun Pertanggungan Polis.
- (6) **Batas Manfaat Asuransi Tahunan Awal** adalah batas Manfaat Asuransi yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRUSolusi Sehat** pada saat pengajuan asuransi **PRUSolusi Sehat**.
- (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 PRUSolusi Sehat 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:
 - a. ditujukan untuk pengobatan Ketidakmampuan secara langsung;
 - b. tepat dan konsisten dengan keluhan atau gejala, diagnosis, dan pengobatan atas suatu Ketidakmampuan;
 - c. sesuai standar praktik kedokteran;
 - d. 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
 - e. 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, Penerima Manfaat atau anggota keluarga inti dari Pemegang Polis, Tertanggung, dan/atau Penerima Manfaat 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, Penerima Manfaat atau anggota keluarga inti dari Pemegang Polis, Tertanggung, dan/atau Penerima Manfaat 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 PRUSolusi Sehat** adalah bukti kepesertaan Tertanggung atas asuransi PRUSolusi Sehat 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:
- diketahui atau tidak diketahui oleh Tertanggung;
 - telah didiagnosis atau tidak didiagnosis oleh Dokter; atau
 - 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, atau tanggal Pemulihan Polis terakhir, tergantung tanggal mana yang paling akhir.

- (20) **Masa Tunggu** adalah jangka waktu dimana Manfaat Asuransi **PRUSolusi Sehat** 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:
- Tanggal Mulai Pertanggungan;
 - Tanggal Pemulihan Polis terakhir; atau
 - Tanggal disetujuinya peningkatan Manfaat Asuransi **PRUSolusi Sehat** 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 Polis ini dimana Pemegang Polis tidak perlu membayar dengan uang tunai apabila Manfaat Asuransi **PRUSolusi Sehat** yang dibayarkan sesuai dengan syarat dan ketentuan serta 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 Polis ini dengan cara Penanggung melakukan penggantian biaya yang telah dikeluarkan terlebih dahulu oleh Pemegang Polis berdasarkan syarat dan ketentuan serta batas maksimum Manfaat Asuransi dalam Tabel Manfaat **PRUSolusi Sehat**.
- (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 Polis 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 dapat diberikan oleh Penanggung kepada Tertanggung sesuai dengan yang dipilih oleh Tertanggung sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat PRUSolusi Sehat.
- (29) **PRUSolusi Sehat 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 PRUSolusi Sehat yang jumlahnya akan berkurang sesuai dengan penggunaannya selama Masa Pertanggungan.
- (30) **PRUSolusi Sehat Saver** adalah setiap biaya Rawat Inap yang muncul atas diri Tertanggung yang akan ditanggung sendiri oleh Pemegang Polis hingga jumlah tertentu sebelum Manfaat Asuransi PRUSolusi Sehat 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 Polis 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 PRUSolusi Sehat** adalah daftar dalam Ringkasan Polis yang mencantumkan jenis Manfaat Asuransi beserta batas dengan setiap batas maksimum Manfaat Asuransi yang dipertanggungkan dalam asuransi PRUSolusi Sehat ini.
- (35) **Tabel Manfaat Tambahan Pilihan PRUSolusi Sehat** 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 Polis** adalah suatu periode yang terhitung sejak Tanggal Mulai Pertanggungan, atau tanggal Pemulihan Polis terakhir, tergantung tanggal mana yang paling akhir terjadinya sampai dengan Ulang Tahun Polis dan setiap tahun perpanjangan berikutnya.
- (37) **Tindakan Bedah** adalah setiap tindakan yang Diperlukan Secara Medis dan tidak dikecualikan dalam Ketentuan Khusus Polis ini, meliputi:
 - a. irisan, pemotongan, punksi dan jahitan pada luka atau Cedera tubuh, kecuali pengangkatan benang jahitan;
 - b. elektrokauter, kriokauter, tindakan yang menggunakan sinar laser, tindakan yang menggunakan teknik ultrasonik;
 - c. penggunaan prosedur endoskopi, arteriografi dengan tujuan mengobati dan/atau mengatasi Ketidakmampuan; atau
 - d. 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) **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.
- (40) **Wilayah Pertanggungan** sebagaimana dimaksud dalam Polis ini adalah wilayah pertanggungan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat PRUSolusi Sehat yang berlaku bagi setiap Tertanggung.

BAB II MANFAAT ASURANSI

Pasal 3

Kecuali diatur lain dalam ketentuan Polis, Penanggung akan membayar Manfaat Asuransi PRUSolusi Sehat 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 PRUSolusi Sehat 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 PRUSolusi Sehat;
 - Jumlah hari Rawat Inap yang dapat ditanggung adalah maksimum sesuai dengan hari kalender dalam rentang waktu 1 (satu) Tahun Pertanggungan Polis;
 - Tertanggung menjalani Rawat Inap senilai mana yang lebih besar antara:

- i) Harga kamar terendah dengan jumlah tempat tidur sesuai Plan di Rumah Sakit atau Klinik tempat Tertanggung dirawat; atau
 - ii) Batas Harga Kamar sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRUSolusi Sehat**;
- 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 10 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 10 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 Polis.
- 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 diagnosis;
 - 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 Polis.
- 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:

1. 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 PRUSolusi Sehat;
2. 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;

3. Jumlah hari yang dapat ditanggung adalah maksimum 90 (sembilan puluh) hari kalender dalam rentang waktu 1 (satu) Tahun Pertanggungan Polis; dan
 4. 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 Pertanggungan Polis sesuai dengan batas maksimum penggantian sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat PRUSolusi Sehat.
- 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;
 2. Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap ini tidak ditanggung apabila Tertanggung kemudian tidak menjalani Rawat Inap untuk Ketidakmampuan tersebut; dan
 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 diagnosis;
 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 diagnosis;
 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 Pertanggungan; 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 asuransi **PRUSolusi Sehat** 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 Pertanggungan Polis 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:

- 1. Terapi hormonal jangka panjang atau perawatan tambahan (*adjuvant*) jangka panjang lainnya yang diberikan untuk pencegahan kanker yang kambuh/timbul kembali; dan
 - 2. 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; dan/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 **PRUSolusi Sehat**.
- (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 Pertanggungan. 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 **PRUSolusi Sehat**.

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), dengan total maksimum peningkatan selama masa pertanggungan asuransi **PRUSolusi Sehat** adalah sebesar 50% (lima puluh persen) dari Batas Manfaat Asuransi Tahunan Awal, di setiap akhir Ulang Tahun Polis dapat diberikan oleh Penanggung dengan ketentuan sebagai berikut:

- (1) Penanggung tidak pernah menerima pengajuan klaim atas pembayaran Manfaat Asuransi **PRUSolusi Sehat** yang bersangkutan dalam 1 (satu) tahun masa pertanggungan asuransi **PRUSolusi Sehat**;
- (2) Total akumulasi klaim yang terjadi sejak Polis terbit kurang dari atau sama dengan 10% (sepuluh persen) dari Batas Manfaat Asuransi Tahunan Awal; dan
- (3) Polis tidak pernah lewat waktu atau *lapsed* dalam 1 (satu) tahun masa pertanggungan asuransi **PRUSolusi Sehat**.

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 membayarkan biaya perawatan yang belum dibayarkan sampai maksimum jumlah yang dipertanggungkan berdasarkan asuransi **PRUSolusi Sehat** 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 membayarkan biaya perawatan yang belum dibayarkan sampai maksimum jumlah yang dipertanggungkan berdasarkan asuransi **PRUSolusi Sehat** ini, maka Manfaat Santunan Harian Rawat Inap tidak berlaku.

BAB III PENGECUALIAN

Pasal 7

Asuransi PRUSolusi Sehat tidak berlaku untuk setiap hal-hal sebagaimana tercantum di bawah ini:

- (1) Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya.
- (2) Rawat Inap atau Tindakan Bedah apapun untuk Penyakit yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Mulai Pertanggungan, atau tanggal Pemulihan Polis, atau tanggal disetujuinya peningkatan Manfaat Asuransi PRUSolusi Sehat oleh Penanggung (jika ada) sebagaimana tercantum dalam Endosemen, 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. Histerektomi (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 apapun 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, atau tanggal Pemulihan Polis terakhir, 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, atau tanggal Pemulihan Polis terakhir, 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:
- Klinik pribadi atau perorangan yang setiap tindakan dan/atau perawatannya dilaksanakan oleh profesi lain selain Dokter;
 - Rumah bersalin yang setiap tindakan dan/atau perawatannya dilaksanakan oleh profesi lain selain Dokter;
 - Rumah peristirahatan termasuk sanatorium atau rumah sakit jiwa;
 - Rumah untuk rehabilitasi setelah mengalami sakit;
 - Rumah jompo;
 - Fasilitas perawatan dan/atau pengobatan ketergantungan, penyalahgunaan, kecanduan alkohol, atau kecanduan obat terlarang;
 - Balai pengobatan; dan/atau
 - 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 huru-hara, 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 (tiga puluh) 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 izin 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*, akupunktur, 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.
- (36) Manfaat Santunan Pemakaman pada asuransi PRUSolusi Sehat tidak berlaku apabila Tertanggung meninggal karena hal berikut:
 - a. Tindakan bunuh diri, percobaan bunuh diri, dugaan bunuh diri, atau pencederaan diri oleh Tertanggung, baik yang dilakukan dalam keadaan sadar atau tidak sadar, sehat jiwa atau sakit jiwa jika tindakan tersebut terjadi dalam kurun waktu 12 (dua belas) bulan sejak Polis berlaku atau sejak terakhir dipulihkan (apabila Polis pernah dipulihkan), bergantung pada yang mana yang terakhir terjadi, dengan ketentuan bahwa tindakan tersebut dapat Penanggung simpulkan dari dokumen yang disampaikan dan diterima oleh Penanggung atas diri Tertanggung;
 - b. Tindak pidana kejahatan atau percobaan tindak pidana kejahatan oleh pihak yang berhak atas Manfaat Asuransi, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan suatu putusan pengadilan;
 - c. Tindak pidana pelanggaran atau percobaan tindak pidana pelanggaran oleh pihak yang berhak atas Manfaat Asuransi, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan suatu putusan pengadilan;
 - d. Perlawanan oleh Tertanggung dalam hal terjadi penahanan Tertanggung atau orang lain oleh pihak yang berwenang;
 - e. Pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan oleh Tertanggung, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan putusan pengadilan; atau
 - f. Hukuman mati berdasarkan putusan pengadilan.

BAB IV HAL PENTING

Pasal 8

- (1) Penanggung tidak akan menghentikan atau menolak perpanjangan masa berlaku asuransi PRUSolusi Sehat 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 PRUSolusi Sehat berakhir, sebagaimana dicantumkan dalam

Pasal 15 Ketentuan Khusus Polis ini.

- (2) Pembayaran Manfaat Asuransi mengikuti ketentuan sebagaimana dimaksud pada Ketentuan 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 Polis 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 Polis 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 Polis.
- (4) Apabila Rawat Inap dan Tindakan Bedah berlanjut melewati Usia Tertanggung ketika Tanggal Akhir Pertanggungan, 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 memerhatikan batas maksimum Manfaat Asuransi yang dapat dibayarkan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat PRUSolusi Sehat.

BAB V PERHITUNGAN MANFAAT ASURANSI

Pasal 9

- (1) Pemegang Polis dapat memilih besarnya PRUSolusi Sehat Saver, yang sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat PRUSolusi Sehat.
- (2) Apabila besarnya PRUSolusi Sehat 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 PRUSolusi Sehat Saver lebih besar dari Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan untuk setiap Rawat Inap, maka Penanggung tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi PRUSolusi Sehat.

Pasal 10

- (1) Apabila Tertanggung selama menjalani Rawat Inap menempati kamar dengan Biaya Kamar yang melebihi Biaya Kamar sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat PRUSolusi Sehat, maka klaim yang memenuhi syarat sebagaimana dijelaskan pada Pasal 4 ayat (2) huruf a 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 PRUSolusi Sehat 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 PRUSolusi Sehat, maka Penanggung akan memberikan tambahan PRUSolusi Sehat Limit Booster sebesar selisih positif berupa Batas Harga Kamar sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat PRUSolusi Sehat setelah dikurangi Biaya Kamar yang sebenarnya.
- (5) Apabila Tertanggung menjalani perawatan di luar Wilayah Pertanggungan dan menempati kamar dengan Biaya Kamar yang melebihi Plan pada Tabel Manfaat PRUSolusi Sehat, selain akan dikenakan faktor *pro rata* sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Penanggung juga akan mengenakan persentase Wilayah Pertanggungan sebagaimana dijelaskan pada Pasal 12.

Pasal 11

- (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 PRUSolusi Sehat Limit Booster sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Penanggung, sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat PRUSolusi Sehat.
- (2) Penanggung dengan ini akan menginformasikan secara berkala jumlah batas Manfaat Asuransi PRUSolusi Sehat Limit Booster kepada Pemegang Polis.

BAB VI WILAYAH PERTANGGUNGAN

Pasal 12

Manfaat Asuransi yang tersedia dalam asuransi PRUSolusi Sehat ini berlaku di Wilayah Pertanggungan dengan ketentuan dan kondisi sebagai berikut:

- (1) Penanggung akan menanggung Biaya Wajar Yang Umum Dibebankan atas klaim Manfaat Asuransi sesuai dengan Tabel Manfaat PRUSolusi Sehat, terkait Ketidakmampuan yang terjadi di dalam Wilayah Pertanggungan.
- (2) Apabila asuransi PRUSolusi Sehat digunakan di luar Wilayah Pertanggungan, 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 PRUSolusi Sehat.

BAB VII SYARAT PENGAJUAN KLAIM MANFAAT ASURANSI

Pasal 13

Pengajuan klaim Manfaat Asuransi PRUSolusi Sehat 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 Polis ini di jaringan Rumah Sakit atau Klinik yang ditunjuk oleh Penanggung. Tertanggung wajib untuk menunjukkan Kartu Peserta PRUSolusi Sehat 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 PRUSolusi Sehat 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 PRUSolusi Sehat 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.
- f. Manfaat Asuransi dengan menggunakan metode penggantian ini akan dibayarkan paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak pengajuan klaim Manfaat Asuransi disetujui oleh Penanggung.

Pasal 14

- (1) Pengajuan berkas untuk pengajuan klaim Manfaat Asuransi PRUSolusi Sehat dengan Metode Penggantian wajib untuk disertai dengan dokumen di bawah ini:

- a. Formulir klaim **PRUSolusi Sehat** 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 atas asuransi **PRUSolusi Sehat** dengan Metode Penggantian wajib untuk disertai dengan dokumen di bawah ini:

- a. Formulir klaim Manfaat Santunan Harian Rawat Inap **PRUSolusi Sehat** 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 asuransi **PRUSolusi Sehat**, 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) Pengajuan berkas untuk pengajuan klaim Manfaat Santunan Pemakaman atas asuransi **PRUSolusi Sehat** wajib untuk disertai dengan dokumen di bawah ini:

- a. Polis asli atau dalam hal Polis dibuat dalam bentuk elektronik, maka Pemegang Polis wajib menyerahkan Ringkasan Polis asli;
- b. Formulir klaim meninggal yang telah diisi secara benar dan lengkap;
- c. Surat Keterangan Dokter untuk klaim meninggal dunia;
- d. Catatan medis atau resume medis Tertanggung apabila diminta Penanggung;
- e. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi, apabila dibutuhkan oleh Penanggung;
- f. Fotokopi KTP atau tanda kenal diri Pemegang Polis dan Penerima Manfaat dalam hal Pemegang Polis telah meninggal dunia (untuk Pemegang Polis orang perseorangan), atau Surat Keterangan dari Pemegang Polis yang menjelaskan bahwa Tertanggung masih bekerja di Pemegang Polis (untuk Pemegang Polis perusahaan atau badan usaha);
- g. Fotokopi Surat Keterangan Kematian Tertanggung yang diterbitkan oleh instansi yang berwenang;
- h. Fotokopi Surat Perubahan Nama Pemegang Polis (untuk Pemegang Polis orang perseorangan), Tertanggung, dan Penerima Manfaat, jika pernah dilakukan perubahan nama;
- i. Fotokopi akta perubahan anggaran dasar beserta persetujuan atau bukti pencatatan dari Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia sebagaimana disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan, dan dokumen pengangkatan direksi/pihak yang berwenang lainnya untuk Pemegang Polis perusahaan atau badan usaha;
- j. Berita Acara Kepolisian asli jika Tertanggung meninggal karena Kecelakaan yang diproses oleh pihak Kepolisian; dan
- k. Dokumen lain yang dipandang perlu oleh Penanggung.

Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a sampai dengan huruf k wajib dibuat atau diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris.

- (4) 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.
- (5) Pengajuan klaim Manfaat Asuransi memiliki keabsahan apabila syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (4) telah dipenuhi oleh Tertanggung.
- (6) 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 (4), dan syarat lain sebagaimana ditetapkan dalam Polis tidak dipenuhi.
- (7) 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 diagnosis 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 apapun untuk memenuhi permintaan pembayaran atau hal lain yang terkait sehubungan Manfaat Asuransi **PRUSolusi Sehat**.
- (8) 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 VIII AKHIR PERTANGGUNGAN

Pasal 15

- (1) Asuransi **PRUSolusi Sehat** ini berakhir secara otomatis pada saat salah satu hal di bawah ini paling dulu terjadi:
 - a. Tanggal Tertanggung meninggal dunia;
 - b. Tanggal Polis dibatalkan atau diakhiri oleh Penanggung;
 - c. Tanggal Polis menjadi lewat waktu atau *lapsed*;
 - d. Tanggal Akhir Pertanggungan;
 - e. Tanggal ketika asuransi **PRUSolusi Sehat** diakhiri oleh Pemegang Polis sebelum Tanggal Akhir Pertanggungan dan disetujui oleh Penanggung;
 - f. Tengah malam menurut Waktu Indonesia Bagian Barat yang merupakan Tanggal Akhir Pertanggungan, 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 f terjadi, maka Tanggal Akhir Pertanggungan 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; atau
 - c. pada saat Batas Manfaat Asuransi Tahunan dan **PRUSolusi Sehat** Limit Booster berdasarkan syarat dan ketentuan mengenai batas maksimum penggantian sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat **PRUSolusi Sehat** telah terpakai seluruhnya.
- (3) Tanpa mengesampingkan ketentuan lain di dalam Pasal 15 ini, dalam hal Tertanggung tidak lagi

berdomisili di Indonesia dalam kurun waktu lebih dari 6 (enam) bulan secara berurutan, maka Penanggung berhak menolak segala klaim yang mungkin timbul sejak Tertanggung melewati batas waktu domisili di luar Indonesia selama lebih dari 6 (enam) bulan secara berurutan tersebut dan mengakhiri asuransi PRUSolusi Sehat ini pada Ulang Tahun Polis berikutnya, serta Penanggung tidak berkewajiban untuk mengembalikan Premi 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.

KETENTUAN KHUSUS POLIS BAGI PEMEGANG POLIS ORANG PERSEORANGAN

Nomor Polis: 13340244

BAB I KEBERLAKUAN KETENTUAN KHUSUS

Pasal 1

- (1) Ketentuan Khusus Polis Bagi Pemegang Polis Orang Perseorangan ("**Ketentuan Khusus**") menjadi satu kesatuan dengan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
- (2) Definisi yang diatur dalam Ketentuan Polis berlaku juga pada Ketentuan Khusus Polis ini, kecuali ditentukan lain dalam Ketentuan Khusus Polis ini.
- (3) Kecuali ditentukan lain dalam Ketentuan Khusus Polis ini, maka syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan dalam Ketentuan Polis akan berlaku pula untuk Ketentuan Khusus Polis ini.

BAB II PENGANTIAN PEMEGANG POLIS

Pasal 2

- (1) Yang dapat menjadi Pemegang Polis adalah orang perseorangan yang mempunyai hubungan kepentingan asuransi (*insurable interest*) terhadap Tertanggung atas pertanggungan yang bersangkutan.
- (2) Dengan permohonan tertulis kepada Penanggung dan atas persetujuan Penanggung, Pemegang Polis orang perseorangan dapat menunjuk orang perseorangan lain atau badan usaha untuk menggantikan kedudukan Pemegang Polis dengan tunduk pada ketentuan ayat (1).
- (3) Dengan permohonan tertulis kepada Penanggung dan atas persetujuan Penanggung, apabila Pemegang Polis orang perseorangan meninggal dunia, maka:
 - a. Tertanggung yang telah masuk usia dewasa dapat menggantikan Pemegang Polis sebagai Pemegang Polis;
 - b. Apabila Tertanggung belum masuk usia dewasa, maka wali dari Tertanggung dapat menjadi Pemegang Polis.

BAB III PENERIMA MANFAAT ASURANSI

Pasal 3

- (1) Yang dapat ditunjuk sebagai Penerima Manfaat adalah setiap pihak yang memenuhi ketentuan sebagai berikut:
 - a. Orang atau badan tersebut mempunyai hubungan kepentingan asuransi (*insurable interest*) terhadap Tertanggung atas pertanggungan yang bersangkutan; dan
 - b. Orang atau badan atau penunjukkan tersebut tidak bertentangan dengan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di negara Republik Indonesia.
- (2) Selama Tertanggung masih hidup dan Polis masih berlaku, serta atas persetujuan dari Penanggung, Pemegang Polis dapat mengganti atau mengubah Penerima Manfaat dengan mengajukan permohonan tertulis kepada Penanggung, dengan tunduk pada ketentuan ayat (1).

Pasal 4

- (1) Yang berhak mengajukan dan menerima pembayaran Manfaat Asuransi dalam hal Tertanggung masih hidup adalah Pemegang Polis.
- (2) Dalam hal Tertanggung meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan dan menerima pembayaran Manfaat Asuransi adalah Pemegang Polis, kecuali dalam hal:
 - a. Pemegang Polis meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan dan menerima pembayaran Manfaat Asuransi adalah Penerima Manfaat;
 - b. Penerima Manfaat meninggal dunia setelah Pemegang Polis meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan dan menerima pembayaran Manfaat Asuransi adalah ahli waris dari Penerima Manfaat;
 - c. Pemegang Polis meninggal dunia dan tidak ada Penerima Manfaat atau Penerima Manfaat meninggal dunia sebelum Pemegang Polis meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan dan menerima pembayaran Manfaat Asuransi adalah ahli waris Pemegang Polis;
 - d. Pemegang Polis dan Penerima Manfaat meninggal dunia karena suatu malapetaka yang sama atau pada hari yang sama dengan tidak dapat diketahui siapa yang meninggal dunia terlebih dahulu, maka yang berhak mengajukan dan menerima pembayaran Manfaat Asuransi adalah ahli waris Pemegang Polis;
 - e. Pihak yang mengajukan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi meninggal dunia sebelum menerima pembayaran Manfaat Asuransi, maka ahli waris dari pihak yang mengajukan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi berhak menerima pembayaran Manfaat Asuransi.

SYARAT DAN KETENTUAN LAYANAN BANTUAN DAN EVAKUASI MEDIS

I. KETENTUAN UMUM

- 1.1. **Layanan Bantuan dan Evakuasi Medis** ini disediakan oleh administrator pihak ketiga (selanjutnya dapat disebut "**Provider**") yang ditunjuk oleh **PT Prudential Life Assurance ("Prudential Indonesia")** dari waktu ke waktu. **Prudential Indonesia** berhak mengganti administrator pihak ketiga dan memberitahukan perubahan tersebut kepada **ANGGOTA**.

PT Prudential Life Assurance ("Prudential Indonesia") tidak menyediakan manfaat apapun sehubungan dengan **Layanan Bantuan dan Evakuasi Medis**.

- 1.2. **Layanan Bantuan dan Evakuasi Medis** berlaku terhitung sejak Tanggal Mulai Pertanggungan (sebagaimana didefinisikan dalam Ringkasan Polis **PRUSolusi Sehat**) dan akan terus berlaku kecuali:

- (i) **Layanan Bantuan dan Evakuasi Medis** ini dihentikan oleh **Provider**, dalam hal mana **Prudential Indonesia** akan memberitahu Pemegang Polis yang bersangkutan sekurang-kurangnya 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum berakhirnya masa berlaku **Layanan Bantuan dan Evakuasi Medis**; atau
 - (ii) **ANGGOTA** mencapai usia 99 (sembilan puluh sembilan) tahun; atau
 - (iii) Asuransi **PRUSolusi Sehat** berakhir.
- Mana yang lebih dulu terjadi.

- 1.3. **Keanggotaan** ini berlaku dengan ketentuan bahwa:

- (i) **ANGGOTA** tidak akan memesan atau melakukan **Perjalanan** yang bertentangan dengan nasihat medis, atau dengan maksud mendapatkan perawatan kesehatan atau setelah ditentukan adanya kemungkinan kondisi medis yang fatal, kecuali mendapat persetujuan dari **Provider** sebelum dimulainya **Perjalanan**.
- (ii) **ANGGOTA** berusia sebelum 70 tahun pada **Tanggal Mulai Pertanggungan** (sebagaimana didefinisikan dalam Ringkasan Polis **PRUSolusi Sehat**) dan mencapai usia 98 tahun pada Tanggal Pembaruan Pertanggungan atau pada awal **Perjalanan**.
- (iii) **ANGGOTA** tidak memiliki kendala atau rekomendasi medis untuk dilakukannya evakuasi darurat dari **Provider** pada saat **Tanggal Mulai Pertanggungan** (sebagaimana didefinisikan dalam Ringkasan Polis **PRUSolusi Sehat**).

- 1.4. Layanan tersedia untuk **ANGGOTA** saat melakukan perjalanan lebih dari 50 (lima puluh) kilometer dari rumah atau pada saat berada di luar **NEGARA ASAL KEDIAMAN UTAMA** dan untuk wisatawan perjalanan terbatas sampai maksimum 90 (sembilan puluh) hari.

- 1.5. **ANGGOTA** harus melakukan perlindungan yang wajar untuk mencegah Kecelakaan, cedera atau Penyakit.

- 1.6. Pertimbangan medis, sifat kedaruratan, kondisi **ANGGOTA** dan kemampuan untuk melakukan perjalanan, maupun keadaan terkait lainnya termasuk ketersediaan lapangan udara, kondisi cuaca dan jarak tempuh akan menentukan sarana transportasi untuk evakuasi.

- 1.7. Anak yang baru lahir harus diinformasikan ke **Provider** dalam waktu 3 (tiga) bulan sejak tanggal kelahiran untuk diproses Keanggotaannya; jika informasi tidak diterima dalam jangka waktu tersebut, maka keanggotaan anak akan ditetapkan sejak tanggal pemberitahuan yang diterima oleh **Provider**.

- 1.8. **ANGGOTA** dapat diminta untuk membebaskan **Provider** dari kewajiban sebelum evakuasi atau pemulangan darurat.

- 1.9. Dalam hal perselisihan, kedua belah pihak sepakat bahwa ketentuan dalam **KETETAPAN UMUM** ini beserta semua hak dan kewajiban didalamnya tunduk pada hukum yang berlaku di Republik Indonesia. Pengadilan yang memiliki kewenangan adalah yang berada di dalam Republik Indonesia.

- 1.10. Tindakan hukum terhadap **Provider** yang timbul dari Keanggotaan ini akan diabaikan kecuali jika ada pemberitahuan tertulis yang diterima oleh **Provider** dalam waktu 1 (satu) tahun sejak peristiwa yang mengakibatkan tindakan hukum tersebut.

- 1.11. Penipuan, pernyataan yang salah atau penyembunyian keterangan dalam pernyataan yang dibuat untuk dan atas nama **ANGGOTA** sebelum atau selama mempengaruhi Keanggotaan ini atau setiap tuntutan penipuan lain dibawahnya akan membuat Keanggotaan batal demi hukum dan semua ganti rugi serta

Layanan-layanan menjadi hangus.

II. KETENTUAN KHUSUS

1. DEFINISI

“**ANGGOTA**” adalah orang-orang yang memiliki Keanggotaan dimana layanan-layanan Bantuan dan Evakuasi Medis akan diberikan berdasarkan Syarat dan Ketentuan Layanan Bantuan dan Evakuasi Medis.

“**Dokter Provider**” adalah para dokter yang dipekerjakan oleh **Provider**. Dokter **Provider** bertanggung jawab menentukan, dalam hubungannya dengan dokter setempat yang merawat, kebutuhan medis untuk transportasi darurat atau tindakan medis alternatif.

“**Keanggotaan**” adalah pendaftaran yang sah dimana **Prudential Indonesia** telah membeli **Layanan-layanan Provider** bagi **ANGGOTA** mereka.

“**Kecelakaan**” adalah tiap peristiwa mendadak atau tidak terduga dan kejadian buruk yang mungkin menimpa **ANGGOTA** selain dari pencideraan diri sendiri yang disengaja, yang menurut pendapat **Dokter Provider** mengancam keselamatan atau yang bila tidak ditangani sebagaimana mestinya dapat mengakibatkan gangguan kesehatan permanen. Lokasi fisik **ANGGOTA** dan ketersediaan sarana penanganan medis yang memadai akan dipertimbangkan.

“**Keluarga**” adalah **ANGGOTA** dan istri/suami dan anak tanggungan sampai umur 18 (delapan belas) tahun, atau anak tanggungan sampai umur 21 (dua puluh satu) tahun jika pelajar penuh-waktu.

“**Ketentuan Umum**” adalah dokumen ini, serta tiap pengesahan atau perubahan atasnya, yang menjelaskan **Layanan-layanan Provider** dan yang menguraikan syarat-syarat dimana layanan-layanan tersebut akan diberikan pada **ANGGOTA**.

“**Layanan-Layanan Provider**” adalah layanan-layanan yang diberikan kepada **ANGGOTA** oleh **Provider** sebagaimana dijelaskan dalam KETENTUAN UMUM.

“**Negara Asal Kediaman Utama**” adalah negara dimana **ANGGOTA** memiliki kediaman tetap dan yang sebagaimana tertera pada paspor **ANGGOTA** atau pada kartu identitas legal lainnya bilamana **ANGGOTA** tidak memiliki paspor. Keluarga inti dianggap mengikuti kewarganegaraan **ANGGOTA**. Dalam kasus kewarganegaraan ganda, **ANGGOTA** harus memilih satu kewarganegaraan bagi **Keanggotaan** ini.

“**Orang Asing Pendatang/Pelancong Yang Diperpanjang Masa Tinggalnya**” adalah **ANGGOTA** yang berstatus penduduk tetap atau sementara untuk jangka waktu tersendiri yang melebihi 90 (sembilan puluh) hari, atau yang menghabiskan lebih dari 180 (seratus delapan puluh) hari secara keseluruhan setiap tahun, di luar **NEGARA ASAL KEDIAMAN UTAMA** mereka.

“**Penyakit**” adalah tiap penurunan tingkat kesehatan yang tiba-tiba atau tidak diduga seperti yang disahkan oleh otoritas medis berkompentensi, yang menurut pendapat **Dokter Provider** mengancam keselamatan atau yang bila tidak ditangani sebagaimana mestinya, dapat mengakibatkan gangguan kesehatan permanen. Lokasi fisik **ANGGOTA** dan ketersediaan sarana penanganan medis yang memadai akan dipertimbangkan.

“**Provider Contact Center**” adalah *contact center* yang dikelola oleh **Provider** atau salah satu dari agen dimana **ANGGOTA** bisa menghubunginya ketika **Layanan-Layanan Provider** dibutuhkan.

“**Tanggal Mulai Pertanggungsaan**” adalah tanggal awal dimana layanan-layanan akan mulai disediakan kepada **ANGGOTA**.

“**Tanggal Pembaruan Pertanggungsaan**” adalah pemberitahuan **Tanggal Mulai Pertanggungsaan** dari **KEANGGOTAAN** ini tiap tahunnya.

“**Wisatawan**” adalah **ANGGOTA** kepada siapa Layanan-layanan diberikan ketika berada dalam perjalanan sementara, yang harus dibatasi sampai dengan 90 (sembilan puluh) hari, ke suatu tujuan yang berada lebih dari 100 (seratus) kilometer dari rumah, atau di luar Negara Asal Kediaman Utama, dengan tiket yang ditetapkan sebelumnya.

2. LAYANAN BANTUAN DAN EVAKUASI MEDIS

Evakuasi medis yang ditunjuk harus menyediakan pengobatan dan peralatan medis yang diperlukan. Keputusan tentang kebutuhan evakuasi/pemulangan dan sarana transportasi akan dilakukan oleh **Provider** berdasarkan hasil konsultasi dengan dokter setempat yang menangani. Target untuk keanggotaan ini adalah sesuai dengan maksimum usia pertanggungan saat dimulainya asuransi **PRUSolusi Sehat. Prudential Indonesia** memberikan manfaat evakuasi medis untuk **ANGGOTA** dan **Provider akan menyediakan Layanan-layanan** di bawah ini:

2.1. Evakuasi dan Repatriasi

Bila **ANGGOTA** mengalami **Kecelakaan** atau **Sakit serius** yang memerlukan perawatan segera, sementara sarana medis yang memadai tidak tersedia, **Provider** akan mengatur evakuasi darurat yang diperlukan secara medis ke sarana kesehatan terdekat yang mampu memberikan layanan yang memadai.

Bila **Dokter Provider**, dalam konsultasinya dengan dokter setempat yang merawat, menentukan bahwa perawatan perlu dilanjutkan di satu sarana medis di **Negara Asal Kediaman Utama** setelah stabilisasi, **Provider** akan mengurus pemulangan, pada umumnya dengan penerbangan terjadwal.

Keputusan tentang kebutuhan evakuasi/pemulangan dan sarana transportasi akan dilakukan oleh **Dokter Provider** berdasarkan hasil konsultasi dengan dokter setempat yang menangani.

Layanan Evakuasi dan/atau Repatriasi dibayarkan hingga USD1.000.000,00 (satu juta Dolar Amerika Serikat) per orang per kejadian. Pertimbangan medis, sifat kedaruratan, kondisi **ANGGOTA** dan kemampuan untuk melakukan perjalanan, maupun keadaan terkait lainnya termasuk ketersediaan lapangan udara, kondisi cuaca dan jarak tempuh, akan menentukan apakah pengangkutan akan dilakukan dengan pesawat pribadi yang dilengkapi peralatan medis, helikopter, penerbangan komersil terjadwal, kereta api atau ambulans.

Seluruh evakuasi **Provider** dilakukan di bawah pengawasan medis berkelanjutan, kecuali disetujui lain secara tertulis oleh Dokter **Provider**.

2.2. Pengiriman Dokter

Dalam keadaan darurat sebagaimana ditentukan oleh **Dokter Provider**, baik dimana **ANGGOTA** tidak dapat dinilai keadaannya melalui telepon untuk kemungkinan evakuasi, atau **ANGGOTA** tidak dapat dipindahkan sementara perawatan setempat tidak tersedia, **Provider** akan mengirim praktisi medis yang tepat untuk **ANGGOTA**.

2.3. Pengobatan/Peralatan Medis yang Penting

Atas permintaan dokter setempat yang merawat, bila dimungkinkan dan diijinkan menurut hukum, **Provider** akan mengirim obat resep dan/atau peralatan medis yang tidak tersedia secara lokal, kepada **ANGGOTA**.

ANGGOTA bertanggung jawab atas biaya terkait barang terkirim, kecuali barang tersebut diperlukan untuk evakuasi darurat sebagaimana ditentukan oleh **Dokter Provider**.

2.4. Pemulangan Jenazah

Dalam hal kematian **ANGGOTA** dalam **Perjalanan**, **Provider** akan memberikan semua bantuan yang dimungkinkan dengan formalitas yang diperlukan dan menanggung biaya angkutan terkait pemulangan jenazah, ke lokasi sebagaimana dapat dipilih oleh wakil resmi perorangan dari **ANGGOTA**. Layanan ini dapat dibayarkan hingga USD15,000 (lima belas ribu Dolar Amerika Serikat). Semua biaya otopsi dan pemakaman akan tetap menjadi tanggung jawab wakil yang sah dari **ANGGOTA**. Biaya-biaya terkait dengan tapi tidak terbatas pada layanan pemakaman, bunga, peti jenazah tetap menjadi tanggung jawab **ANGGOTA**.

2.5. Informasi dan Bantuan Medis 24 Jam di Seluruh Dunia

Provider akan menyediakan informasi arahan pra-perjalanan mengenai negara dan wilayah yang akan dikunjungi, termasuk dokter berbahasa Inggris setempat dan/atau ragam alamat serta nomor telepon rumah sakit.

Bila sarana setempat tidak dapat dihubungi, atau bila konsultasi tambahan diperlukan, **Dokter Provider** dapat dihubungi melalui **Provider Contact Center** sebagaimana tertera dalam kartu **Layanan Bantuan dan Evakuasi Medis** untuk memberikan penilaian medis. Staf multibahasa tersedia melalui nomor-nomor darurat yang terdaftar.

Percakapan telepon, bahkan dengan dokter setempat yang menangani, tidak dapat dianggap sebagai diagnosis dan hanya boleh diperlakukan sebagai rekomendasi medis.

2.6. Jaminan Rumah Sakit

Provider akan menjaminkan atau mengirimkan garansi izin masuk rumah sakit apapun yang dibutuhkan atas nama **ANGGOTA** sampai dengan USD10.000,00 (Sepuluh Ribu Dolar Amerika Serikat) ("**Jaminan Rumah Sakit**").

ANGGOTA diwajibkan untuk membayar kembali **Jaminan Rumah Sakit** tersebut dalam waktu 30 (tiga puluh) hari (tanpa bunga).

Provider akan mensyaratkan dana tersebut untuk disediakan di awal oleh **ANGGOTA** atau otorisasi kredit yang sah sebelum penyediaan dana untuk tujuan tersebut, sebagaimana mestinya.

2.7. Dana Tunai Darurat

Provider akan, saat memungkinkan, memperlengkapi **ANGGOTA** dana tunai dimuka sampai dengan USD1.000,00 (Seribu dolar Amerika Serikat) dalam mata uang lokal untuk keperluan darurat medis.

ANGGOTA diwajibkan untuk membayar kembali setiap jumlah uang muka dalam waktu 30 (tiga puluh) hari (tanpa bunga). **Provider** akan mensyaratkan dana semacam itu untuk disediakan di awal atau otorisasi kredit yang sah sebelum penyediaan dana untuk tujuan tersebut sebagaimana mestinya.

2.8. Pemantauan Medis

Provider akan memantau keadaan **ANGGOTA** bila dirawat di rumah sakit di luar negeri dan akan memastikan bahwa perusahaan/Keluarga **ANGGOTA** mendapatkan informasi, dengan persetujuan pasien yang berada lebih dari 100 (seratus) kilometer dari rumah, atau di luar Negara Asal Kediaman Utama.

2.9. Pengaturan Perjalanan Darurat Keluarga

Provider akan mengkoordinasikan pengaturan perjalanan darurat bagi **ANGGOTA** Keluarga yang perlu ikut serta dengan **ANGGOTA** yang dirawat di rumah sakit. Biaya perjalanan merupakan tanggung jawab **ANGGOTA** atau **ANGGOTA** Keluarga.

2.10. Angkutan untuk Menyusul ANGGOTA yang Dirawat di Rumah Sakit

Provider akan mengurus dan membayar angkutan kelas ekonomi pulang-pergi bagi satu orang yang ditunjuk oleh **ANGGOTA** untuk menyusul bila yang bersangkutan sudah atau mungkin akan sendiri dirawat di rumah sakit di luar negeri selama lebih dari 7 (tujuh) hari. Biaya akomodasi pengunjung sampai dengan USD50,00 (Lima Puluh Dolar Amerika Serikat) untuk maksimum 7 (tujuh) hari akan dibayar kembali oleh **Provider**. Biaya lain-lainnya akan tetap menjadi tanggungan **ANGGOTA**.

Layanan ini hanya tersedia ketika fasilitas medis yang diperlukan jaraknya lebih dari 50 (lima puluh) kilometer dari jaringan **Provider**.

2.11. Pemulangan Anak-anak

Bila anak-anak dalam tanggungan **ANGGOTA** ditinggal tanpa pengawasan sebagai akibat **Kecelakaan** atau **sakit** yang menimpa **ANGGOTA**, **Provider** akan mengurus dan membayar angkutan kelas ekonomi sekali jalan bagi anak-anak tersebut menuju tempat kediaman mereka atau keluarga terdekat atau wali yang ditunjuk sejauh mana yang sesuai. Pendamping berkualifikasi juga akan disediakan tanpa biaya, bilamana dibutuhkan.

2.12. Pemulangan Teman Perjalanan

Saat **ANGGOTA** dievakuasi oleh **Provider** sebagai akibat dari **Kecelakaan** atau **Penyakit**, dan menyebabkan tiket pesawat pulang teman seperjalanannya tidak dapat lagi digunakan, **Provider** akan

mengatur dan membayar satu tiket angkutan udara kelas ekonomi bagi teman tersebut menuju titik awal keberangkatan.

2.13. Biaya Pemulihan

Setelah **ANGGOTA** dapat keluar dari rawat inap medis sesudah proses evakuasi/pemulangan, **Provider** akan membayar hingga USD1.000,00 (Seribu Dolar Amerika Serikat) atas tagihan-tagihan bagi setiap biaya yang keluar untuk menyediakan pemulihan yang direkomendasikan secara medis (Biaya Transportasi, Biaya Makan, dan Biaya Akomodasi) atas **ANGGOTA** pada fasilitas di luar rumah **ANGGOTA** atau Keluarga **ANGGOTA** dan dilaksanakan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak evakuasi/pemulangan terorganisir **Provider**.

Ragam biaya medis secara tegas dinyatakan tidak termasuk dalam layanan ini.

2.14. Pemulangan ke Tempat Kerja

Setelah **ANGGOTA** pulih dan layak untuk kembali bekerja, **Provider** akan membayar satu tiket angkutan kelas ekonomi untuk pemulangan ke tempat kerja hanya bagi **ANGGOTA**, sepanjang terletak di luar Negara Asal Kediaman Utama dan harus dilaksanakan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak evakuasi terorganisir oleh **Provider**.

ANGGOTA dimungkinkan, hanya sebagai alternatif dan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal evakuasi **ANGGOTA** dari lokasi kerja, memilih untuk mengirimkan karyawan pengganti bilamana **ANGGOTA** yang dievakuasi atau dipulangkan telah atau mungkin akan berada jauh dari lokasi kerja selama lebih dari 7 (tujuh) hari.

2.15. Pemulangan karena Keluarga Darurat

Jika keluarga langsung menderita Kecelakaan atau Penyakit serius, **Provider** akan mengkoordinasikan dan membayar **ANGGOTA** untuk kembali ke NEGARA ASAL KEDIAMAN UTAMA.

2.16. Rujukan Hukum

Provider akan menyediakan rujukan layanan hukum bagi **ANGGOTA** bilamana diperlukan dalam kasus pidana dan perdata selagi berada di luar negeri. **Provider** akan mengatur konsultasi dan perwakilan hukum di seluruh dunia. Biaya hukum yang dikeluarkan, bersama dengan segala denda yang dikenakan tidak ditanggung dan merupakan kewajiban **ANGGOTA**. **Provider** akan membantu **ANGGOTA** untuk memperoleh jaminan keluar penjara ketika dokumen jaminan tersebut diterbitkan.

2.17. Layanan Bantuan Pribadi

Hal-hal berikut ini akan diberikan oleh **Provider** berdasarkan permintaan **ANGGOTA** yang sedang berada di luar **Negara Asal Kediaman Utama**:

- (i) **Pengiriman Pesan Darurat**
Provider akan menerima dan mengirimkan pesan darurat melalui telekomunikasi kepada Keluarga dan/atau perusahaan yang mempekerjakan **ANGGOTA**.
- (ii) **Bantuan Pengurusan Dokumen Hilang**
Provider akan membantu memperoleh dokumen pengganti bila **ANGGOTA** kehilangan dokumen perjalanan penting seperti contohnya paspor, kartu kredit.
- (iii) **Jasa Penerjemah**
Provider akan menyediakan jasa terjemahan personal melalui telepon dalam keadaan darurat, maupun rujukan jasa penerjemah. Biaya sehubungan dengan kehadiran penerjemah secara langsung atau layanan selain layanan diatas tidak ditanggung dan merupakan kewajiban **ANGGOTA**.
- (iv) **Rujukan Layanan Hukum**
Provider akan menyediakan rujukan untuk Layanan Hukum dan mengatur konsultan hukum dan perwakilan seluruh dunia.
- (v) **Informasi Kedutaan Besar dan Konsulat**
Provider akan menginformasikan nomor kontak kedutaan dan konsulat di seluruh dunia kepada **ANGGOTA**.

(vi) **Bantuan Klaim**

Provider akan membantu **ANGGOTA** mengkoordinasikan prosedur klaim luar negeri dengan perusahaan asuransinya. Tagihan medis tidak dikirimkan ke **Provider** tapi langsung kepada perusahaan asuransi, seperti diarahkan oleh **Provider**, untuk menghindari adanya keterlambatan dalam penyelesaian.

3. **PERMINTAAN LAYANAN BANTUAN DAN EVAKUASI MEDIS**

Apabila **ANGGOTA** membutuhkan **Layanan Bantuan dan Evakuasi Medis**, **ANGGOTA** dapat menghubungi **Provider** melalui telepon sesuai yang tertera pada Kartu Peserta PRUSolusi Sehat.

4. **PEMBATASAN-PEMBATASAN**

- 4.1. **Provider dan Prudential Indonesia** tidak bertanggung jawab atas kegagalan untuk memberikan **layanan-layanan** atau atas penundaan yang disebabkan oleh pemogokan atau keadaan yang berada di luar kendalinya termasuk, tetapi tidak terbatas pada, keadaan penerbangan atau dimana hukum atau peraturan lembaga setempat melarang **Provider** memberikan **layanan-layanan** tersebut.
- 4.2. **Provider** berhak untuk memberikan 1 (satu) saja, evakuasi dan/atau pemulangan darurat yang disebabkan tiap masing-masing keadaan medis seorang **ANGGOTA**, kecuali disepakati lain secara tertulis oleh **Provider**.
- 4.3. **Provider dan Prudential Indonesia** tidak dapat menerima bertanggung jawab untuk setiap malpraktek dalam kaitannya dengan kinerja dokter atau pengacara yang bukan karyawan **Provider**.
- 4.4. **Provider** dapat memanfaatkan layanan pihak ketiga yang bukan merupakan karyawan atau kontraktor **Provider** dan bahwa **Provider** mungkin memiliki kemampuan terbatas untuk mengendalikan dan memantau perbuatan pihak-pihak tersebut selama pelaksanaan Layanan-layanan. **Provider** menggunakan kriteria profesional yang cermat dalam memilih para korespondennya namun tidak bertanggung jawab secara hukum atas tindakan atau kelalaian mereka.
- 4.5. Bila Layanan-layanan yang diberikan oleh **Provider** diliputi secara keseluruhan atau sebagian oleh suatu polis asuransi atau jaminan kesehatan lainnya, **Provider** hanya akan bertanggung jawab atas biaya-biaya yang tidak dapat diperoleh kembali oleh **ANGGOTA** dibawah polis asuransi atau jaminan kesehatan tersebut.

5. **PENGECUALIAN**

Dalam keadaan-keadaan berikut, biaya pemberian Layanan-layanan bantuan darurat tidak akan ditanggung oleh **Provider**. Namun, **Provider** akan mengusahakan untuk membantu **ANGGOTA**, dengan asas layanan berbayar, berdasarkan pada penyediaan jaminan keuangan yang sesuai dari **ANGGOTA**:

- 5.1. Penyediaan **Layanan-layanan** yang tidak dirinci dalam **Syarat dan Ketentuan Layanan Bantuan dan Evakuasi Medis** ini, atau selama jangka waktu dimana pembayaran tidak diterima. Layanan-layanan yang diberikan tanpa otorisasi dan/atau campur tangan **Provider**.
- 5.2. Biaya yang seharusnya sudah terbayar bila keadaan yang menyebabkan intervensi **Provider** tidak terjadi, atau biaya apapun yang lebih spesifik dijamin dalam polis asuransi.
- 5.3. Kasus Penyakit atau cedera ringan, yang menurut pendapat Dokter **Provider** dapat ditangani di sarana setempat, dan yang tidak akan menghambat **ANGGOTA** dalam meneruskan perjalanan atau pekerjaan. Biaya yang timbul dimana **ANGGOTA** menurut pendapat **Dokter Provider** mampu secara fisik untuk mengadakan perjalanan dimana yang bersangkutan duduk sebagai penumpang biasa tanpa kawalan medis, kecuali dipandang perlu oleh **Dokter Provider**. Kasus yang menyangkut kelahiran atau kehamilan, kecuali timbul komplikasi tak terduga yang membahayakan jiwa ibu dan/atau bayi dalam kandungan.
- 5.4. **(Untuk Wisatawan)**

Keadaan dimana **ANGGOTA** berada dalam perawatan medis saat mulainya **Perjalanan** dan biaya yang bersangkutan relevan dengan perawatan, atau melakukan sebuah perjalanan yang berlawanan dengan perintah atau anjuran dokter.

(Untuk Ekspatriat/Wisatawan yang ijin tinggalnya diperpanjang)

Situasi yang berkaitan dengan kondisi medis yang ada atau di bawah perawatan pada saat dimulainya Keanggotaan, kecuali kesepakatan telah dicari dan diperoleh secara tertulis dari **Provider**.

- 5.5. Kasus terkait gangguan/penyakit kejiwaan dimana **ANGGOTA** sedang mendapatkan perawatan, pengobatan atau pengawasan pada saat mulai **Keanggotaan** atau pada awal setiap perjalanan berikutnya, kecuali sudah mendapat persetujuan tertulis dari **Provider** sebelumnya.
- 5.6. Biaya yang timbul dari penyakit atau cedera yang disengaja, penyalahgunaan alkohol, obat-obatan maupun zat lain atau paparan diri sendiri terhadap bahaya yang tak perlu (kecuali dalam upaya menyelamatkan jiwa manusia).
- 5.7. **ANGGOTA** ikut serta dalam bentuk penerbangan apapun kecuali sebagai penumpang maskapai penerbangan komersial dengan jadwal reguler atau pesawat sewaan berlisensi pada jalur yang sudah ditetapkan.
- 5.8. Perintah atau upaya untuk melakukan, tindakan melawan hukum.
- 5.9. Biaya yang timbul sebagai akibat **ANGGOTA** menjalani dinas aktif militer suatu negara. Keikutsertaan aktif dalam perang (baik dinyatakan atau tidak), invasi, serangan musuh asing, pertempuran, perang saudara, pemberontakan, huru-hara, revolusi atau perlawanan rakyat.
- 5.10. Setiap konsekuensi atau kerugian yang merupakan akibat langsung dari reaksi atau radiasi nuklir.
- 5.11. Biaya yang disebabkan/dikontribusikan oleh/yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari perang, invasi, perang saudara, pertikaian senjata, kegiatan teroris, pemberontakan, revolusi, huru-hara, kekuatan militer atau kekuasaan yang tidak sah, penyitaan atau nasionalisasi atau penghancuran atau pengrusakan atas barang milik atas perintah pemerintah manapun atau penguasa setempat, kecuali **ANGGOTA** tidak terlibat secara aktif dalam salah satu atau sejumlah peristiwa yang dinyatakan tersebut dan/atau dimana **ANGGOTA** tidak bepergian atau **ANGGOTA** tidak menentang anjuran resmi Pemerintah.
- 5.12. Biaya yang disebabkan/dikontribusikan oleh/yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari kegiatan Teroris yang melibatkan penggunaan senjata perusak masal Nuklir, Biologis atau Kimia bagaimanapun hal-hal tersebut disebarkan atau dikombinasikan.

Untuk tujuan pengecualian ini:

- (i) "Kegiatan teroris" berarti tindakan, atau ragam tindakan, dari seseorang, atau sejumlah kelompok orang, yang terikat dalam tujuan politik, agama, ideology atau sejenisnya dengan maksud memengaruhi suatu pemerintah dan/atau menempatkan masyarakat, atau bagian tertentu dari masyarakat, dalam ketakutan. Kegiatan teroris dapat meliputi, tetapi tidak terbatas pada, penggunaan yang sesungguhnya akan kekuatan atau kekerasan dan/atau ancaman penggunaannya. Selanjutnya, para pelaku kegiatan teroris dapat bertindak sendiri, atau atas nama, atau dalam hubungan dengan organisasi atau pemerintah manapun.
- (ii) "Penggunaan senjata nuklir pemusnah masal" berarti penggunaan senjata atau alat nuklir peledak, maupun emisi, pembuangan, penyebaran, pelepasan, atau pengucuran bahan fisil (yang dapat membagi diri) yang memancarkan suatu tingkat radioaktifitas yang dapat menyebabkan kecacatan atau kematian atas orang atau hewan.
- (iii) "Penggunaan senjata kimia pemusnah masal" berarti emisi, pembuangan, penyebaran, pelepasan atau pengucuran senyawa kimia padat, cair atau berbentuk gas, yang bila disebarkan dapat menyebabkan kecacatan atau kematian atas orang atau hewan.
- (iv) "Penggunaan senjata biologi pemusnah masal" berarti emisi, pembuangan, penyebaran, pelepasan atau pengucuran mikro-organisme (-mikro-organisme) patogenik (yang menimbulkan penyakit) dan atau toksin(-toksin) yang dihasilkan secara biologis (termasuk organisme yang dimodifikasi secara genetik atau toksin(-toksin) yang disintesa secara kimiawi) yang dapat menyebabkan kecacatan atau kematian atas orang atau hewan.

Juga dikecualikan di sini adalah kerugian atau biaya yang bagaimanapun sifatnya yang baik secara langsung atau tidak langsung timbul dari atau disebabkan atau dikarenakan atau dihasilkan dari, atau berkaitan dengan tindakan yang diambil dalam mengendalikan, mencegah atau menekan salah satu atau kesemua yang disebut dalam (i) sampai (iv) di atas.

SYARAT DAN KETENTUAN LAYANAN *MEDICAL SECOND OPINION*

I. KETENTUAN UMUM

- 1.1. **Layanan *Medical Second Opinion*** ini disediakan oleh administrator pihak ketiga (selanjutnya dapat disebut “**Provider**”) yang ditunjuk oleh **PT Prudential Life Assurance (“Prudential Indonesia”)** dari waktu ke waktu. **Prudential Indonesia** berhak mengganti administrator pihak ketiga dan memberitahukan perubahan tersebut kepada **ANGGOTA**.

PT Prudential Life Assurance (“Prudential Indonesia”) tidak akan menyediakan manfaat apapun sehubungan dengan **Layanan *Medical Second Opinion***.

- 1.2. **Layanan *Medical Second Opinion*** (selanjutnya dapat disebut “**Layanan MSO**”) berlaku terhitung sejak Tanggal Mulai Pertanggungan (sebagaimana didefinisikan dalam Ringkasan Polis **PRUSolusi Sehat**) dan akan terus berlaku kecuali:
- (i) **Layanan MSO** ini dihentikan oleh **Provider**, dalam hal mana **Prudential Indonesia** akan memberitahu Pemegang Polis yang bersangkutan sekurang-kurangnya 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum berakhirnya masa berlaku **Layanan MSO**; atau
 - (ii) Asuransi **PRUSolusi Sehat** berakhir.
- Mana yang lebih dulu terjadi.

II. KETENTUAN KHUSUS

1. DEFINISI

“**ANGGOTA**” adalah orang-orang yang memiliki Keanggotaan dimana **Layanan MSO** akan diberikan berdasarkan Syarat dan Ketentuan **Layanan MSO**.

“**Keanggotaan**” adalah pendaftaran yang sah dimana Prudential Indonesia telah membeli **Layanan-Layanan Provider** bagi **ANGGOTA** mereka.

“**Ketentuan Umum**” adalah dokumen ini, serta tiap pengesahan atau perubahan atasnya, yang menjelaskan **Layanan-Layanan Provider** dan yang menguraikan syarat-syarat dimana layanan-layanan tersebut akan diberikan pada **ANGGOTA**.

“**Layanan-Layanan Provider**” adalah Layanan ***Medical Second Opinion*** yang diberikan kepada **ANGGOTA** sebagaimana dijelaskan pada bagian nomor 2.

“***Medical Second Opinion***” adalah layanan untuk meminta pemeriksaan dan evaluasi kondisi kesehatan oleh dokter kedua untuk memverifikasi atau memperdalam diagnosis oleh dokter pertama dari salah satu contoh penyakit yang tercakup di LAMPIRAN.

“**Provider Contact Center**” adalah *contact center* yang dikelola oleh **Provider** atau salah satu dari agen dimana **ANGGOTA** bisa menghubungkannya ketika **Layanan-Layanan Provider** dibutuhkan.

“**Tanggal Mulai Pertanggungan**” adalah tanggal awal dimana layanan-layanan akan mulai disediakan kepada **ANGGOTA**.

“**Tanggal Pembaruan Pertanggungan**” adalah pemberitahuan Tanggal Mulai Pertanggungan dari Keanggotaan ini tiap tahunnya.

2. LAYANAN *MEDICAL SECOND OPINION*

Jika **ANGGOTA** didiagnosis penyakit (sesuai dengan Lampiran daftar penyakit dan pengecualian), **ANGGOTA** berhak untuk **Layanan MSO** dari spesialis yang merupakan bagian dari jaringan **Provider**. Kecuali dinyatakan lain, layanan-layanan di bawah ini diberikan tanpa biaya kepada **ANGGOTA**:

2.1. Pengumpulan Catatan Medis

Setelah menerima permintaan yang telah ditandatangani oleh **ANGGOTA**, **Provider** akan membantu **ANGGOTA** untuk mendapatkan semua informasi yang relevan, termasuk menghubungi

dokter yang merawat.

Catatan Penting: **ANGGOTA** mengetahui bahwa penilaian catatan medis adalah inti dari **Layanan MSO**. Dengan demikian, penting untuk **Provider** agar dapat mengumpulkan sebanyak mungkin dokumen yang relevan tentang **ANGGOTA**. **Provider** akan melakukan yang terbaik dalam membantu **ANGGOTA** untuk mengumpulkan data medis, tapi jika data medis tidak lengkap dan tidak cukup, maka **Layanan MSO** tidak dapat dilakukan.

2.2. Terjemahan Catatan Medis

Apabila catatan medis dalam bahasa Indonesia, kami akan menerjemahkan semua dokumen ke dalam bahasa Inggris sehingga catatan medis dapat dengan mudah dianalisa oleh spesialis di luar negeri.

2.3. Rujukan ke dokter Spesialis di luar negeri

Provider akan merekomendasikan dan menghubungi spesialis yang termasuk dalam jaringan **Provider** di seluruh dunia, kecuali Amerika Serikat, dan memastikan mengirim semua dokumen yang diperlukan serta memilih dokter spesialis yang terbaik untuk penyakit yang diderita. Rujukan ke dokter Spesialis hanya akan dilakukan oleh dokter Spesialis yang termasuk dalam Jaringan **Provider**, dan **ANGGOTA** tidak memiliki hak istimewa untuk memilih dokter Spesialis pilihan **ANGGOTA** itu sendiri untuk **Layanan MSO**.

ANGGOTA mengetahui bahwa **Provider** akan memilih spesialis MSO yang paling tepat, yang terdapat dalam jaringan **Provider**, yang tersedia pada saat layanan tersebut diperlukan. **Provider** tidak memberi pendapat apapun di dalam isi laporan dan **Provider** tidak bertanggung jawab atas segala akibat yang ditimbulkan oleh data-data yang tercantum dalam laporan MSO.

ANGGOTA mengetahui bahwa laporan MSO akan menguraikan secara rinci informasi yang didapatkan dari **ANGGOTA** melalui **Provider** yang diberikan kepada Spesialis MSO, dan laporan MSO bukan merupakan konsultasi medis.

2.4. Penyajian Medical Second Opinion

Setelah menerima laporan MSO, dokter **Provider** akan menyampaikan laporan kepada **ANGGOTA**. Jika **ANGGOTA** berada di daerah Jabodetabek, **Provider** dapat mengirimkan dokter kepada **ANGGOTA** untuk menyampaikan hasil MSO atau **ANGGOTA** bisa datang ke klinik **Provider**. Selain itu **Provider** dapat membantu **ANGGOTA** apabila terdapat pertanyaan melalui telepon/komunikasi virtual lainnya, tergantung kesepakatan antara **Provider** dan **ANGGOTA**. **Provider** akan melakukan yang terbaik dalam membantu **ANGGOTA** dalam menjawab pertanyaannya.

2.5. Janji dan pengaturan perjalanan

Jika **ANGGOTA** ingin bertemu dengan spesialis medis yang direkomendasikan untuk menyediakan **Layanan MSO**, **Provider** akan membantu membuat jadwal pertemuan dengan spesialis tersebut dan membantu pengaturan perjalanan (termasuk penerbangan, pemesanan hotel) untuk melakukan MSO.

Semua biaya yang terkait dengan layanan yang diperoleh melalui **Provider** ini tetap menjadi tanggung jawab **ANGGOTA**.

2.6. Diskon Tagihan Rawat Inap di Jaringan Provider di Luar Negeri yang terpilih

Provider berdasarkan kerjasamanya dengan Jaringan **Provider**, dapat memberikan diskon untuk **ANGGOTA** untuk rawat inap di luar negeri sebagai bagian dari pertemuan dengan Spesialis yang menyediakan **Layanan MSO**. **ANGGOTA** harus menghubungi **Provider** sebelum rawat inap untuk mengetahui apakah terdapat diskon yang tersedia di Jaringan **Provider** tersebut. Setiap Pengajuan rumah sakit yang tidak diatur melalui **Provider** tidak berhak untuk mendapatkan diskon.

3. PERMINTAAN LAYANAN MEDICAL SECOND OPINION

Apabila **ANGGOTA** membutuhkan **Layanan MSO**, **ANGGOTA** dapat menghubungi **Provider** melalui telepon sesuai yang tertera pada Kartu Peserta PRUSolusi Sehat.

4. PEMBATAHAN - PEMBATAHAN

- 4.1. **Prudential Indonesia dan Provider** tidak bertanggung jawab atas kegagalan untuk memberikan layanan-layanan atau atas penundaan yang disebabkan oleh pemogokan atau keadaan yang berada diluar kendalinya termasuk, tetapi tidak terbatas pada keadaan atau dimana hukum atau regulasi lembaga setempat melarang **Provider** memberikan layanan tersebut.
- 4.2. **Provider** berhak untuk memberikan 1 (satu) saja **Layanan MSO** untuk setiap penyakit (sesuai dengan Lampiran daftar penyakit dan pengecualian) seorang **ANGGOTA**, kecuali disepakati lain secara tertulis oleh **Provider**.
- 4.3. **Prudential Indonesia dan Provider** tidak bertanggung jawab untuk setiap malpraktek dalam kaitannya dengan kinerja dokter atau pengacara yang bukan karyawan **Provider**.
- 4.4. **Prudential Indonesia dan Provider** tidak bertanggung jawab atas hasil opini atau interpretasi yang diberikan oleh spesialis MSO.
- 4.5. Jika terdapat informasi medis yang tersedia Spesialis namun tidak cukup untuk MSO, **Provider** tidak bertanggung jawab atas kegagalan untuk memberikan layanan-layanan.
- 4.6. **ANGGOTA** akan diminta untuk menandatangani formulir pembebasan informasi medis agar **Provider** dapat menyediakan layanan.

LAMPIRAN

Daftar penyakit yang Termasuk Dalam **Layanan MSO**:

1. Serangan Jantung
2. Stroke
3. Pembedahan pada Pembuluh Darah Koroner Jantung
4. Kanker
5. Gagal Ginjal
6. Hepatitis Virus Fulminan
7. Transplantasi Organ Penting
8. Kelumpuhan/Paraplegia
9. Sklerosis Multipel
10. Hipertensi Arteri Pulmonal Primer (*Primary Pulmonary Arterial Hypertension*)
11. Pembedahan Katup Jantung
12. Pembedahan Pembuluh Darah Aorta (*Surgery to Aorta*)
13. Kehilangan Kemampuan Bicara
14. Penyakit Alzheimer/Gangguan penurunan keseimbangan otak yang tidak dapat dipulihkan (*Irreversible organic degenerative brain disorders*)
15. Luka Bakar
16. Penyakit Motor Neuron
17. Penyakit Parkinson
18. Hilangnya Penglihatan secara tiba-tiba (*Sudden blindness*)
19. Anemia Aplastik
20. *Muscular Dystrophy*
21. Tumor Jinak di Otak
22. Ensefalitis
23. *Poliomyelitis*
24. Pembedahan Otak
25. Sindrom *Apallic*
26. AIDS pada fase akhir (*Full blown AIDS*)