

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases



Versi Umum

Nama Penerbit (Penanggung) : PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk
Nama Produk : Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases
Jenis Produk : Asuransi Kesehatan
Deskripsi Produk : Merupakan produk asuransi kesehatan milik PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk (Penanggung) yang memberikan santunan harian biaya rawat inap apabila menjalani rawat inap karena didiagnosa salah satu/beberapa dari 5 penyakit berikut: Demam Berdarah Dengue/ Demam Dengue, Tipes/Demam Tifoid, Pneumonia, Meningitis, Difteri.



Lingkup Jaminan

Penanggung akan memberikan santunan harian Rawat Inap per hari dan maksimum selama 10 (sepuluh) hari kalender sesuai yang ditetapkan dalam Ikhtisar Pertanggungan, apabila secara medis Tertanggung didiagnosis oleh Dokter atau dapat menunjukkan hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan terkena salah satu atau lebih dari 5 (lima) Penyakit yang dijamin.



Demam Dengue dan/atau Demam Berdarah Dengue

Terjadi penurunan jumlah trombosit hingga dibawah 150.000 (seratus lima puluh ribu) atau hasil positif tes NS1.



Tipes/Demam Tifoid

Widal minimal 1/320 atau ditemukannya Salmonella typhi di feses atau Anti-Salmonella typhi IgM 6 -10.



Pneumonia

Foto Rontgen atau Sinar-X yang menunjukkan adanya Pneumonia.



Meningitis

Lumbar pungsi menunjukkan peningkatan lebih dari 10 (sepuluh) sel limfosit atau granulosit atau peningkatan kadar protein cairan otak.



Difteri

Swab tenggorokan yang menunjukkan ditemukannya Corynebacterium Diphtheriae.

Tabel Manfaat

Manfaat	Limit (Rp)			
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Santunan Rawat Inap	500.000 per hari, dan maksimal 5.000.000	1.000.000 per hari, dan maksimal 10.000.000	1.500.000 per hari, dan maksimal 15.000.000	2.000.000 per hari, dan maksimal 20.000.000

Tertanggung dapat mengajukan klaim maksimal 2 (dua) kali untuk jenis penyakit yang sama ataupun berbeda dalam 1 (satu) periode polis selama masih terdapat sisa nilai pertanggungan.

Dalam hal Tertanggung:

- Dijamin lebih dari 1 (satu) polis yang diterbitkan oleh Penanggung, maka tanggung jawab Penanggung atas klaim yang terjadi adalah maksimal sebanyak 4 (empat) polis yang masih aktif. Untuk 4 (empat) polis yang dimaksud adalah akumulasi dari polis-polis yang dimiliki Tertanggung atas produk santunan penyakit yang sama dengan manfaat tertinggi yang diterbitkan oleh Penanggung. Berikut merupakan beberapa produk asuransi (berikut produk asuransi lainnya di kemudian hari yang diterbitkan oleh Penanggung) yang memiliki keterkaitan/cakupan perlindungan penyakit yang sama dengan produk asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases:
 - Produk asuransi Mikro Demam Berdarah Plus
 - Produk asuransi Hospital Cash Plan 5 Diseases (HCP5D)
 - Produk asuransi Hospital Cash Plan All Diseases (HCPAD)
 - Produk asuransi Mikro Demam Berdarah
 - Produk asuransi Proteksi Usaha Mikro Kecil dan Menengah (UMKM)
- Dijamin asuransi lain, maka Tertanggung tetap berhak mendapatkan manfaat asuransi sesuai dengan ketentuan polis.
- Ingin memiliki lebih dari 1 (satu) polis Produk Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases, maka untuk 1 (satu) identitas Tertanggung yang sama hanya diperkenankan memiliki polis dengan akumulasi premi paling banyak Rp600.000 per tahun (sebagai ilustrasi: 1 polis Plan 4, 1 polis Plan 3, 2 polis Plan 2, atau 4 polis Plan 1).

Simulasi Pertanggungan

Plan 1

Data Pemesan

Nama : Nanda
No. Handphone : 081392990200
Alamat Email : nanda@gmail.com
Alamat : Jl. Tebet No 01, Tebet Barat, Kec. Tebet.
Kota Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12091

Data Tertanggung

Nama Lengkap : Mindy
Jenis Kelamin : Wanita
Hubungan dengan Pemesan : Keluarga
Tanggal Lahir : 1 Desember 1980
Nomor Identitas : 1992993020888499
Jumlah Polis : 4
Periode Pertanggungan : 01 April 2022 – 01 April 2023

Jenis Pertanggungan : Premi (Rp)

Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases : 150.000 x 4 polis

Total : 600.000

Plan 2

Data Pemesan

Nama : Nanda
No. Handphone : 081392990200
Alamat Email : nanda@gmail.com
Alamat : Jl. Tebet No 01, Tebet Barat, Kec. Tebet.
Kota Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12091

Data Tertanggung

Nama Lengkap : Rara
Jenis Kelamin : Wanita
Hubungan dengan Pemesan : Keluarga
Tanggal Lahir : 1 Desember 1985
Nomor Identitas : 2789876543521567

Jumlah Polis : 2
Periode Pertanggungan : 01 April 2022 – 01 April 2023

Jenis Pertanggungan : Premi (Rp)

Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases : 300.000 x 2 polis

Total : 600.000

Plan 3

Data Pemesan

Nama : Nanda
No. Handphone : 081392990200
Alamat Email : nanda@gmail.com
Alamat : Jl. Tebet No 01, Tebet Barat, Kec. Tebet.
Kota Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12091

Data Tertanggung

Nama Lengkap : Ahmad
Jenis Kelamin : Pria
Hubungan dengan Pemesan : Keluarga
Tanggal Lahir : 12 Juli 1975
Nomor Identitas : 1298789098765423
Jumlah Polis : 1
Periode Pertanggungan : 01 April 2022 – 01 April 2023

Jenis Pertanggungan : Premi (Rp)

Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases : 450.000 x 1 polis

Total : 450.000

Plan 4

Data Pemesan

Nama : Nanda
No. Handphone : 081392990200
Alamat Email : nanda@gmail.com
Alamat : Jl. Tebet No 01, Tebet Barat, Kec. Tebet.
Kota Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12091

Data Tertanggung

Nama Lengkap : Tata
Jenis Kelamin : Wanita
Hubungan dengan Pemesan : Keluarga
Tanggal Lahir : 9 Oktober 1990
Nomor Identitas : 9876378763542345
Jumlah Polis : 1
Periode Pertanggungan : 01 April 2022 – 01 April 2023

Jenis Pertanggungan : Premi (Rp)

Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases : 600.000 x 1 polis

Total : 600.000

Simulasi ini tidak mengikat dan bukan merupakan perjanjian asuransi dan bukan merupakan bagian dari Polis. Hak dan kewajiban sebagai Tertanggung dan ketentuan mengenai produk asuransi ini tercantum di dalam Polis. Penjelasan lebih lengkap tentang produk asuransi ini baik premi yang harus dibayarkan, pertanggungan dan sebagainya tercantum dalam Polis.



Tarif premi Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases ini ditentukan berdasarkan pilihan plan yang tersedia.

Premi/ tahun (Rp)			
Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
150.000	300.000	450.000	600.000



Perlindungan ini akan berlaku selama 1 (satu) tahun sesuai dengan periode pertanggungan yang tertera di Ikhtisar Pertanggungan dengan masa tunggu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak periode Polis dimulai. Selama masa tunggu, jaminan asuransi dalam Polis ini belum berlaku. Untuk pengajuan klaim kedua, terdapat masa tunggu selama 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal pengajuan klaim pertama.



Pertanggungan akan berakhir:

- Berakhirnya jangka waktu pertanggungan.
- Pembatalan polis.
- Jika Tertanggung meninggal dunia.
- Jika Tertanggung telah menerima salah satu manfaat santunan dalam Polis ini.
- Jika Tertanggung dikenakan tahanan/hukuman penjara.

Sehubungan ketentuan dalam ayat ini, Penanggung dan Tertanggung sepakat untuk tidak memberlakukan ketentuan Pasal 1266 dan Pasal 1267 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPPerdata) dan penghentian pertanggungan dilakukan tanpa memerlukan persetujuan Pengadilan Negeri.



Premi yang dibayarkan Tertanggung sudah termasuk biaya asuransi dan komisi bank. Tidak dikenakan biaya administrasi dan meterai.



1. Penanggung tidak bertanggung jawab apabila terdapat kesalahan/kekeliruan isi data pada Polis Tertanggung yang dapat menyebabkan ditolaknya klaim.
2. Penanggung tidak akan mengembalikan premi jika Tertanggung membatalkan polis setelah 14 (empat belas) hari kalender sejak polis mulai berlaku.
3. Risiko klaim tidak dibayarkan oleh Penanggung apabila disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan.
4. Risiko Penanggung menolak klaim apabila permohonan klaim yang diajukan telah melewati batas waktu yang telah ditentukan atau kerugian terjadi pada masa tunggu Polis.
5. Risiko hilangnya kekuatan hukum yang mengikat Penanggung dan Tertanggung yang diatur dalam Polis akibat adanya manipulasi dokumen-dokumen hukum yang dilakukan oleh pihak-pihak terkait, baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga mengakibatkan termasuk namun tidak terbatas ditolaknya klaim, tidak dibayarkan manfaat oleh Penanggung ke Tertanggung, dan sebagainya.
6. Risiko-risiko lainnya yang tidak bisa dikontrol oleh Penanggung dikarenakan kesalahan yang dilakukan oleh Tertanggung yang berdampak pada tidak dibayarkan manfaat maupun pengakhiran pertanggungan.

Pengecualian

Asuransi ini tidak memberikan manfaat atas segala tanggung jawab atau kerugian atau kerusakan atau biaya yang ditimbulkan secara langsung maupun tidak langsung yang berkaitan dengan atau diakibatkan oleh Wabah Penyakit Menular. Asuransi ini juga mengecualikan segala tanggung jawab atau kerugian atau kerusakan atau biaya:

- Yang ditimbulkan dari segala ketakutan atau ancaman (baik yang terjadi atau yang dirasakan) dari Wabah Penyakit Menular;
- Baik secara langsung maupun tidak langsung disebabkan oleh atau dihasilkan dari atau berhubungan dengan segala tindakan mengontrol, mencegah, atau menahan atau dengan cara apapun yang berkaitan dengan segala peningkatan penyebaran Wabah Penyakit Menular.

Pengecualian mengacu pada Polis Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases.

Persyaratan dan Tata Cara



Persyaratan Kepesertaan

1. Premi dan klaim berdasarkan polis ini ditetapkan dalam mata uang rupiah.
2. Batas usia untuk jaminan asuransi berdasarkan Polis ini adalah tidak kurang dari 6 (enam) bulan dan tidak lebih dari 65 (enam puluh lima) tahun pada saat awal masa pertanggungan.
3. Pertanggungan ini berlaku di seluruh dunia, khusus untuk dokumen pendukung klaim yang dikeluarkan oleh Dokter atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan di luar wilayah Indonesia diwajibkan menggunakan Bahasa Inggris.

kecuali jika ketentuan-ketentuan di atas dicantumkan berbeda di dalam Ikhtisar Pertanggungan.



Prosedur Pembelian Asuransi



1. Produk ini dipasarkan melalui layanan aplikasi perbankan elektronik D-Bank PRO milik PT Bank Danamon Indonesia Tbk.
2. Pembelian asuransi dilakukan dengan mengisi Surat Permintaan Penutupan Asuransi oleh Tertanggung secara elektronik.
3. Produk ini tidak melalui proses *underwriting* oleh Penanggung.
4. Pembelian asuransi dinyatakan sukses jika proses pendebitan rekening Tertanggung berhasil dilakukan.
5. Dokumen asuransi dan Polis elektronik akan dikirimkan ke email Tertanggung yang terdaftar.



Pembatalan Polis/Masa Mempelajari Polis (*Freelook Period*)

Tertanggung dapat mengajukan pembatalan Polis dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak Polis mulai berlaku, dan Premi akan dikembalikan secara penuh setelah dikurangi biaya akuisisi dengan ketentuan tidak ada klaim yang timbul dan Tertanggung belum menggunakan hak lain berdasarkan Polis ini. Penanggung tidak akan mengembalikan premi jika Tertanggung membatalkan Polis setelah 14 (empat belas) hari kalender sejak Polis mulai berlaku.



Masa Tunggu Polis

10

Terdapat masa tunggu selama 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal awal periode asuransi, dimana selama masa tunggu seluruh jaminan dalam Polis ini belum berlaku. Untuk pengajuan klaim kedua, terdapat masa tunggu selama 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal pengajuan klaim pertama.

Apabila Tertanggung akan melakukan perpanjangan Polis, masa tunggu untuk Polis perpanjangan dapat ditiadakan selama Tertanggung:

- Telah melakukan pembayaran premi atas Polis sebelumnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku; dan
- Tidak pernah mengajukan klaim atas Polis sebelumnya; dan
- Melakukan konfirmasi perpanjangan Polis sebelum tanggal periode asuransi berakhir.



Syarat dan Cara Pengajuan Klaim



Tertanggung atau Ahli Warisnya yang sah wajib memberitahukan kepada Penanggung melalui Zurich Care di 1 500 456 atau email zurichcare.general@zurich.co.id dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal Tertanggung didiagnosa 5 penyakit yang dijamin dalam Polis ini oleh Dokter.



Melengkapi dan mengirimkan formulir klaim beserta dokumen pendukung klaim kepada Penanggung paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal Tertanggung didiagnosa 5 (lima) penyakit yang dijamin dalam Polis ini oleh Dokter.



Kelengkapan Dokumen

1. Salinan kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) Tertanggung atau Kartu Keluarga jika Tertanggung masih di bawah umur; dan
2. Asli atau salinan hasil pemeriksaan diagnosa penyakit oleh Dokter yang didukung dengan hasil pemeriksaan laboratorium/rontgen/swab atau hasil pemeriksaan pendukung lainnya di Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan yang tercantum pada Jaminan Utama; dan
3. Asli atau salinan surat keterangan tertulis dari Dokter yang menyarankan Tertanggung untuk Rawat Inap; dan
4. Asli atau salinan kuitansi bukti Rawat Inap Tertanggung di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Santunan Harian Rawat Inap akan diberikan kepada Ahli Waris yang sah menurut hukum dalam hal Tertanggung menderita sakit Demam Dengue dan/atau Demam Berdarah Dengue, Tipes / Demam Tifoid, Pneumonia, Meningitis atau Difteri hingga meninggal dengan menambahkan salinan surat keterangan kematian dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau kelurahan dan salinan Kartu Keluarga kepada Penanggung sebagai bukti hubungan keluarga.

Jika kewajiban-kewajiban yang tersebut diatas tidak dipenuhi maka segala hak atas santunan menjadi batal.



Bila klaim disetujui, Penanggung akan menginformasikan persetujuan tersebut kepada Tertanggung atau Ahli Waris melalui email paling lambat 2 (dua) hari kerja dan membayarkan manfaat asuransi jika disetujui dalam waktu paling lama 10 (sepuluh) hari kerja sejak Penanggung menerima dokumen klaim yang dipersyaratkan dalam Polis Asuransi secara lengkap dan benar. Manfaat klaim akan dibayarkan ke rekening PT Bank Danamon Indonesia Tbk milik Tertanggung atau milik Pemesan atau milik orang lain sesuai konfirmasi Tertanggung atau Ahli Waris..



Bila klaim tidak disetujui, Penanggung akan menginformasikan penolakan tersebut kepada Tertanggung atau Ahli Waris melalui email paling lambat 2 (dua) hari kerja sejak Penanggung menerima dokumen klaim yang dipersyaratkan dalam Polis Asuransi secara lengkap dan benar.

Ketentuan klaim mengacu pada Polis Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases.



Prosedur Pelayanan dan Penyelesaian Pengaduan

1. Penyampaian pengaduan/ keluhan yang disampaikan Tertanggung ke Penanggung, atau melalui Bank yang terkait proses di Penanggung, Bank akan mengarahkan Tertanggung untuk menghubungi Penanggung melalui Zurich Care 1500 456 supaya dapat ditindaklanjuti.
2. Penanggung menjawab dan atau meminta data pada tanggapan awal pertanyaan dan atau keluhan kepada Tertanggung dan Bank selambat-lambatnya 2 (dua) hari kerja setelah pengaduan diterima oleh Penanggung. Tanggapan awal dapat diberikan secara lisan maupun tulisan. Tujuannya adalah untuk mengkonfirmasi kepada Tertanggung bahwa keluhan sudah diterima dan dalam proses investigasi, serta menginformasikan estimasi waktu penyelesaian keluhan.
3. Penanggung menyampaikan jawaban final atas keluhan secara lisan paling lambat 2 (dua) hari kerja kepada Tertanggung serta paling lambat 20 (dua puluh) hari kerja untuk keluhan secara tulisan sejak dokumen penyampaian pengaduan diterima secara lengkap oleh Penanggung.

Simulasi Klaim

Simulasi Klaim Pertama :

Plan 1

Mindy (Tertanggung) memiliki 4 (empat) polis Plan 1 Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases. Ketika terdiagnosa salah satu penyakit yang dijamin polis yakni Demam Berdarah Dengue (DBD) dan harus menjalani rawat inap di Rumah Sakit selama 5 (lima) hari, Tertanggung mengajukan klaim atas 4 (empat) polis tersebut untuk biaya rawat inap dengan melengkapi dokumen klaim. Setelah dilakukan verifikasi dan validasi, apabila klaim disetujui, maka Penanggung akan memberikan penggantian dalam bentuk santunan atas biaya rawat inap tersebut dengan mekanisme reimbursement. Total santunan yang diterima oleh Tertanggung adalah jumlah santunan per hari dikalikan dengan jumlah total hari rawat inap yang dijalani tertanggung. Dengan perhitungan sebagai berikut:

$$5 \text{ hari} \times \text{Rp}500.000 \times 4 \text{ polis} = \text{Rp}10.000.000$$

Plan 2

Rara (Tertanggung) memiliki 2 (dua) polis Plan 2 Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases. Ketika terdiagnosa salah satu penyakit yang dijamin polis yakni Tipes dan harus menjalani rawat inap di Rumah Sakit selama 5 (lima) hari, Tertanggung mengajukan klaim atas 2 (dua) polis tersebut untuk biaya rawat inap dengan melengkapi dokumen klaim. Setelah dilakukan verifikasi dan validasi, apabila klaim disetujui, maka Penanggung akan memberikan penggantian dalam bentuk santunan atas biaya rawat inap tersebut dengan mekanisme reimbursement. Total santunan yang diterima oleh Tertanggung adalah jumlah santunan per hari dikalikan dengan jumlah total hari rawat inap yang dijalani tertanggung. Dengan perhitungan sebagai berikut:

$$5 \text{ hari} \times \text{Rp}1.000.000 \times 2 \text{ polis} = \text{Rp}10.000.000$$

Plan 3

Ahmad (Tertanggung) memiliki 1 (satu) polis Plan 3 Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases. Ketika terdiagnosa salah satu penyakit yang dijamin polis yakni Meningitis dan harus menjalani rawat inap di Rumah Sakit selama 15 (lima belas) hari, Tertanggung mengajukan klaim atas 1 (satu) polis tersebut untuk biaya rawat inap dengan melengkapi dokumen klaim. Setelah dilakukan verifikasi dan validasi, apabila klaim disetujui, maka Penanggung akan memberikan penggantian dalam bentuk santunan atas biaya rawat inap tersebut dengan mekanisme reimbursement. Total santunan yang diterima oleh Tertanggung adalah jumlah santunan per hari dikalikan dengan jumlah total hari rawat inap yang dijalani tertanggung. Dengan perhitungan sebagai berikut:

$$10 \text{ hari}^1 \times \text{Rp}1.500.000 \times 1 \text{ polis} = \text{Rp}15.000.000$$

¹⁾ maksimal manfaat Santunan Harian Rawat Inap per polis adalah 10 (sepuluh) hari.

Plan 4

Tata (Tertanggung) memiliki 1 (satu) polis Plan 4 Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases. Ketika terdiagnosa salah satu penyakit yang dijamin polis yakni Difteri dan harus menjalani rawat inap di Rumah Sakit selama 15 (lima belas) hari, Tertanggung mengajukan klaim atas 1 (satu) polis tersebut untuk biaya rawat inap dengan melengkapi dokumen klaim. Setelah dilakukan verifikasi dan validasi, apabila klaim disetujui, maka Penanggung akan memberikan penggantian dalam bentuk santunan atas biaya rawat inap tersebut dengan mekanisme reimbursement. Total santunan yang diterima oleh Tertanggung adalah jumlah santunan per hari dikalikan dengan jumlah total hari rawat inap yang dijalani tertanggung. Dengan perhitungan sebagai berikut:

$$10 \text{ hari}^1 \times \text{Rp}2.000.000 \times 1 \text{ polis} = \text{Rp}20.000.000$$

¹⁾ maksimal manfaat Santunan Harian Rawat Inap per polis adalah 10 (sepuluh) hari.

Simulasi ini tidak mengikat dan bukan merupakan perjanjian asuransi dan bukan merupakan bagian dari Polis. Hak dan kewajiban sebagai Tertanggung dan ketentuan mengenai produk asuransi ini tercantum di dalam Polis. Penjelasan lebih lengkap tentang produk asuransi ini baik premi yang harus dibayarkan, pertanggungan dan sebagainya tercantum dalam Polis.

Simulasi Klaim Kedua:

Plan 1

Mindy (Tertanggung) memiliki 4 (empat) polis Plan 1 Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases dan telah menerima manfaat polis pada klaim pertama sebesar IDR 10.000.000 untuk 5 (lima) hari rawat inap atas 4 (empat) polis yang dimiliki. Setelah beberapa bulan kemudian, Tertanggung terdiagnosa penyakit Tipes dan harus menjalani rawat inap di Rumah Sakit selama 7 (tujuh) hari. Atas kejadian tersebut Tertanggung mengajukan klaim kedua atas 4 polis yang sama. Setelah dilakukan verifikasi dan validasi, apabila klaim disetujui, maka Penanggung akan memberikan penggantian dalam bentuk santunan atas biaya rawat inap tersebut dengan mekanisme reimbursement. Total santunan yang diterima oleh Tertanggung adalah jumlah santunan per hari dikalikan dengan jumlah total hari rawat inap yang dijalani tertanggung. Dengan perhitungan sebagai berikut:

Klaim pertama : 5 hari x Rp 500.000 x 4 polis = Rp 10.000.000
Klaim kedua : 5 hari¹⁾ x Rp 500.000 x 4 polis = Rp 10.000.000

1) maksimal manfaat Santunan Harian Rawat Inap per polis adalah 10 (sepuluh) hari.

Simulasi ini tidak mengikat dan bukan merupakan perjanjian asuransi dan bukan merupakan bagian dari Polis. Hak dan kewajiban sebagai Tertanggung dan ketentuan mengenai produk asuransi ini tercantum di dalam Polis. Penjelasan lebih lengkap tentang produk asuransi ini baik premi yang harus dibayarkan, pertanggungan dan sebagainya tercantum dalam Polis.

Informasi Penting

1. Tertanggung telah membaca, menerima penjelasan, dan memahami produk ini sesuai Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.
2. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini bukan merupakan bagian dari aplikasi pengajuan asuransi dan polis.
3. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini merupakan informasi terkini pada saat diterbitkan.
4. Penanggung dapat menolak permohonan produk Tertanggung apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
5. Tertanggung harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini sebelum menyetujui pembelian produk dan berhak bertanya kepada Penanggung atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk (“Penanggung”) adalah perusahaan asuransi umum yang berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

Produk asuransi yang dipasarkan adalah produk asuransi dari Penanggung yang pemasarannya dilakukan melalui kerjasama dengan PT Bank Danamon Indonesia Tbk (“Bank”) sehingga produk ini bukan merupakan produk dan tanggung jawab Bank, serta tidak dapat dikategorikan sebagai simpanan pihak ketiga pada Bank yang dijamin oleh Pemerintah Republik Indonesia. Tanggung jawab dan risiko atas produk asuransi sepenuhnya menjadi tanggung jawab Penanggung.

Bank tidak bertanggung jawab atas Polis Asuransi yang diterbitkan oleh Penanggung sehubungan dengan produk Asuransi Hospital Cash Plan 5 Diseases. Penggunaan logo/atribut Bank hanya bertujuan untuk menunjukkan adanya kerja sama antara Penanggung dengan Bank.

Penjelasan ini hanya memuat informasi umum mengenai produk Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases dan bukan merupakan kontrak/perjanjian asuransi. Rincian mengenai kondisi pertanggungan dan pengecualiannya termasuk syarat dan ketentuan selengkapnya dapat dilihat di dalam polis.

Syarat dan Ketentuan Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases

SYARAT DAN KETENTUAN PEMASARAN PRODUK ASURANSI MELALUI D-BANK PRO

Syarat dan Ketentuan Pemasaran Produk Asuransi melalui D-Bank PRO (**"Syarat dan Ketentuan Pemasaran"**) ini merupakan syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan yang berlaku bagi nasabah yang mengajukan permohonan pembelian asuransi milik perusahaan asuransi (**"Perusahaan Asuransi"**) yang bekerja sama dengan PT Bank Danamon Indonesia Tbk (**"Bank"**) melalui D-Bank PRO. Nasabah dengan ini setuju dan mengikatkan diri terhadap seluruh ketentuan Syarat dan Ketentuan Pemasaran ini dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut:

1. Nasabah wajib memahami Syarat dan Ketentuan Pemasaran ini.
2. Bank telah memberikan penjelasan yang cukup mengenai produk asuransi milik Perusahaan Asuransi termasuk karakteristik, manfaat, risiko, biaya, syarat dan ketentuan, serta Ringkasan Informasi Produk versi umum dan versi personal yang dicantumkan pada D-Bank PRO yang dapat diakses langsung oleh Nasabah.
3. Nasabah wajib membaca dan memahami mengenai Ringkasan Informasi Produk dan layanan, termasuk karakteristik manfaat, dan risiko produk yang telah dijelaskan secara tertulis, dan Nasabah wajib memberikan persetujuan atas hal tersebut dalam bentuk centang (checklist) pada kolom persetujuan.
4. Dalam hal terdapat perbedaan data dan/atau informasi Nasabah yang tertera secara otomatis pada halaman Data Pemesan di D-Bank PRO, maka Nasabah wajib untuk mengajukan pengkinian data dan/atau informasi ke kantor cabang Bank terdekat.
5. Nasabah setuju dan memberikan persetujuan kepada Bank untuk mengungkapkan data pribadi/informasi lain kepada Penanggung dan setuju Penanggung dapat memperoleh dan/ atau menyediakan data pribadi dan/ atau informasi lain tersebut dari dan kepada pihak-pihak yang terkait sehubungan dengan pertanggung dalam produk asuransi ini atau hal-hal lain terkait dengan polis saya, seperti penerbitan polis dan penanganan klaim.
6. Produk asuransi yang dipasarkan adalah produk asuransi dari Perusahaan Asuransi yang pemasarannya dilakukan melalui kerjasama dengan Bank, sehingga produk ini bukan merupakan produk simpanan pada Bank dan tidak dapat dikategorikan sebagai simpanan pihak ketiga pada Bank yang dijamin oleh Pemerintah Republik Indonesia, dan risiko atas produk asuransi menjadi tanggung jawab Perusahaan Asuransi.
7. Penggunaan logo dan/atau atribut Bank hanya bertujuan untuk menunjukkan adanya kerja sama antara Bank dengan Perusahaan Asuransi.
8. Nasabah setuju dan memberikan kuasa kepada Bank untuk memblokir, membuka blokir, mendebet dan/atau mengkreditkan dana pada rekening atas nama Nasabah yang terdapat pada Bank sehubungan dengan pembelian dan pembayaran premi produk asuransi.
9. Dana pada rekening Nasabah akan diblokir sementara sejumlah nilai premi yang harus dibayarkan hingga Perusahaan Asuransi memberikan konfirmasi atas persetujuan pembelian produk asuransi.
10. Setelah Perusahaan Asuransi memberikan persetujuan pembelian produk asuransi, maka secara sistem dana Nasabah yang telah diblokir tersebut akan didebet untuk pembayaran premi ke Perusahaan Asuransi. Sedangkan jika Perusahaan Asuransi memberikan penolakan pembelian produk asuransi, maka secara sistem dana Nasabah yang telah diblokir tersebut akan dibuka blokir dan tetap ada di rekening Nasabah.
11. Nasabah setuju atas layanan penjualan setiap produk asuransi sesuai dengan alur proses pada D-Bank PRO.
12. Proses permohonan kepesertaan asuransi termasuk proses penilaian (underwriting) produk asuransi merupakan kewenangan Perusahaan Asuransi, sehingga Bank tidak bertanggung jawab sehubungan dengan keputusan Perusahaan Asuransi terhadap permohonan produk asuransi.
13. Nasabah Bank berhak membatalkan proses permohonan Nasabah kepada Perusahaan Asuransi apabila Nasabah tidak memenuhi Syarat dan Ketentuan Pemasaran.

14. Apabila terdapat adanya pelaporan indikasi penipuan, kecurangan dan/atau penyimpangan transaksi maka Bank berhak melakukan pembatalan proses permohonan Nasabah kepada Perusahaan Asuransi.
15. Semua transaksi tidak terindikasi tindak pidana pencucian uang dan/atau transaksi lainnya yang tidak diperkenankan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
16. Syarat dan ketentuan lain yang terkait dengan produk dan/atau layanan Bank, sepanjang tidak diatur berbeda dalam Syarat dan Ketentuan Pemasaran ini dinyatakan tetap berlaku dan mengikat Nasabah dan menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan Syarat dan Ketentuan Pemasaran ini.
17. Syarat dan Ketentuan Pemasaran ini merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari "Syarat dan Ketentuan Umum Rekening dan Layanan Perbankan PT Bank Danamon Indonesia Tbk" dan "Syarat dan Ketentuan Umum D-Bank PRO".
18. Nasabah dengan ini setuju dan mengakui bahwa Bank berhak untuk memperbaiki/mengubah/melengkapi Syarat dan Ketentuan Pemasaran ini. Untuk keperluan tersebut, Bank akan memberitahukan Nasabah dalam jangka waktu yang wajar atau yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku melalui kantor-kantor cabang Bank dan/atau melalui media komunikasi lainnya sesuai data yang terakhir terdata pada Bank.
19. Dalam hal terdapat perubahan manfaat, risiko, biaya, syarat dan ketentuan umum ini, maka Nasabah berhak mengajukan keberatannya secara tertulis kepada Bank dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kerja terhitung sejak pemberitahuan perubahan tersebut oleh Bank melalui media komunikasi Bank. Nasabah setuju bahwa Bank akan menganggap Nasabah menyetujui perubahan tersebut dalam hal Nasabah tidak mengajukan keberatan dalam jangka waktu tersebut di atas.
20. Apabila Nasabah tidak menyetujui perubahan tersebut, Nasabah berhak menutup rekening dan/atau layanan dengan terlebih dahulu menyelesaikan seluruh kewajiban Nasabah yang masih terhutang kepada Bank.
21. Syarat dan Ketentuan Pemasaran ini telah disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan termasuk ketentuan peraturan Otoritas Jasa Keuangan.
22. Bank Danamon berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

SYARAT DAN KETENTUAN PRODUK ASURANSI KESEHATAN – ASURANSI MIKRO HOSPITAL CASH PLAN 5 DISEASES PT ZURICH ASURANSI INDONESIA TBK

Dengan mengakses halaman ini, Anda setuju untuk terikat dengan syarat dan ketentuan pada polis, serta hukum dan peraturan yang berlaku. Dengan mendaftarkan diri Anda pada polis asuransi ini, maka Anda dianggap telah membaca, memahami, dan menyetujui seluruh isi dalam Syarat dan Ketentuan. Syarat dan Ketentuan ini merupakan syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan mengenai produk Asuransi Kesehatan – Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases.

I. DEFINISI

Kecuali secara tegas dinyatakan lain, semua istilah yang didefinisikan dalam Syarat dan Ketentuan pada Bagian (I) hingga Bagian (IX) ini mempunyai pengertian sebagai berikut:

1. **Pemegang Polis** adalah pihak yang membeli produk asuransi dan yang namanya tercantum dalam polis, serta telah membayar premi sesuai dengan ketentuan polis.
2. **Penanggung** adalah PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk.
3. **Polis** adalah bukti perjanjian tertulis yang dilakukan oleh Penanggung dengan Tertanggung yang menjelaskan segala hak dan kewajiban antara kedua belah pihak.
4. **Produk Asuransi** adalah produk asuransi kesehatan Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases dari Penanggung.
5. **Tertanggung** adalah pihak atau objek yang telah ditanggung oleh Penanggung.

II. RUANG LINGKUP

1. Dengan tunduk pada syarat dan ketentuan mengenai data pribadi serta hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, **Penanggung** akan menerima data **Pemegang Polis** dan **Tertanggung**, yang akan digunakan untuk kepentingan penerbitan Polis dan penanganan klaim.
2. **Penanggung** tidak bertanggung jawab apabila terdapat kesalahan/kekeliruan isi data **Pemegang Polis** dan **Tertanggung** yang dapat menyebabkan kesalahan/kekeliruan pada isi Polis yang dapat menyebabkan ditolaknya klaim.

III. TINGKAT PELAYANAN

Proses pelayanan penjualan Produk Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases mengacu Polis Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases yang tercantum pada bagian (X).

IV. PRODUK ASURANSI

1. Syarat dan Ketentuan produk asuransi ini mencakup santunan rawat inap apabila terdiagnosa penyakit demam dengue atau Demam Berdarah Dengue, Tipes/Demam Tifoid, Pneumonia, Meningitis, dan Difteri dengan usia **Tertanggung** mulai dari 6 (enam) bulan hingga 65 (enam puluh lima) tahun pada saat pertanggungansian asuransi dimulai.
2. Seluruh produk asuransi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di atas akan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku, dan persyaratan dan ketentuan lain sebagaimana diatur dalam Polis.

V. HAK DAN KEWAJIBAN

Hak dan kewajiban **Penanggung** antara lain adalah sebagai berikut:

1. Menentukan dan menyediakan informasi terkait produk asuransi kepada **Pemegang Polis** sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia.
2. Memastikan bahwa seluruh informasi terkait produk asuransi yang diberikan adalah akurat, benar, sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku, dan tidak menyesatkan.
3. Bertanggung jawab terhadap proses *underwriting*, penerbitan polis, perubahan polis, klaim, dan perbuatan lainnya yang terkait dengan produk asuransi.
4. Menolak klaim yang diajukan apabila terdapat pelanggaran terhadap prinsip itikad baik (*utmost good faith*) atau kerugian yang dialami **Tertanggung** disebabkan karena hal-hal yang dikecualikan dalam syarat dan ketentuan **Polis** atau bertentangan dengan ketentuan yang berlaku.

Hak dan kewajiban Pemegang Polis antara lain adalah sebagai berikut:

1. Memperoleh informasi dan penjelasan mengenai produk dan/atau layanan termasuk manfaat, risiko, biaya, dan syarat dan ketentuan yang akurat, jujur, jelas, dan tidak menyesatkan sesuai ketentuan yang berlaku.
2. Membaca dan memahami dengan baik semua ketentuan yang tertera dalam ketentuan produk.
3. Mendapatkan penjelasan dan membayar biaya-biaya yang mungkin timbul dan perlu dibayarkan.
4. Mengisi data pembelian produk asuransi dengan itikad baik, jujur, dan lengkap.
5. Mengetahui dan menyetujui data yang disampaikan dapat diberikan kepada **Penanggung** untuk keperluan proses pembelian asuransi.
6. Memberikan persetujuan pemahaman atas informasi Ringkasan Informasi Produk dan Layanan, termasuk karakteristik, manfaat dan risiko produk yang telah disampaikan.
7. Menyetujui bahwa jaminan asuransi ini berlaku setelah adanya persetujuan dari **Penanggung** dan pembayaran premi dibayar lunas.
8. Mengetahui dan menyetujui bahwa **Penanggung** dapat melakukan penolakan, pembatalan atau penundaan dari permohonan pembelian asuransi yang diajukan.
9. Mendapatkan penjelasan bila pengajuan pembelian asuransi, pembatalan dan pengajuan klaim ditolak.
10. Apabila menemukan ketidaksesuaian data atau penawaran di bagian Ikhtisar Pertanggung maka berhak untuk membatalkan polis dan dengan syarat tidak pernah atau tidak sedang mengajukan klaim yang nilainya melebihi jumlah kontribusi yang diberikan. Premi yang telah dibayarkan akan dikembalikan dengan dikurangi biaya administrasi yang dibutuhkan.

VI. KEWAJIBAN UNTUK MENGUNGKAPKAN FAKTA

1. **Pemegang Polis** wajib:
 - 1.1 Mengungkapkan fakta material yaitu informasi, keterangan, keadaan dan fakta yang mempengaruhi pertimbangan **Penanggung** dalam menerima atau menolak suatu permohonan penutupan asuransi;
 - 1.2 Membuat pernyataan yang benar tentang hal-hal yang berkaitan dengan penutupan asuransi; yang disampaikan baik pada waktu pembuatan polis asuransi maupun selama jangka waktu pertanggung.
2. Jika **Pemegang Polis** tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana diatur dalam ayat (1) diatas, maka **Penanggung** tidak wajib membayar kerugian yang terjadi dan berhak menghentikan pertanggung serta tidak wajib mengembalikan premi.

VII. KERAHASIAAN

Kecuali jika diprasyarakatkan lain oleh hukum, maka:

1. Setiap data dan/atau informasi yang diperoleh oleh **Penanggung** dari **Pemegang Polis** sebagai pelaksanaan dari **Syarat dan Ketentuan** ini, baik yang diberikan atau disampaikan secara lisan, tertulis, grafik atau yang disampaikan melalui media elektronik atau data dan/atau informasi dalam bentuk lainnya, selama berlangsungnya kerja sama ini atau selama pelaksanaan **Syarat dan Ketentuan** ini, termasuk seluruh isi syarat dan ketentuan dalam Syarat dan Ketentuan ini adalah bersifat rahasia ("Informasi Rahasia") dan wajib dirahasiakan dan tidak diungkapkan kepada pihak manapun kecuali data-data atau informasi atau grafik yang sudah merupakan informasi umum yang diperoleh dari media massa dan/atau media cetak maupun elektronik.
2. Berdasarkan **Syarat dan Ketentuan** ini, **Penanggung** dapat memperoleh data dan/atau informasi baik yang berbentuk elektronik dan/atau bentuk lainnya dari pihak lain tentang **Pemegang Polis** dan/atau data dan/atau informasi yang berhubungan dengan itu. Dalam hal ini, **Penanggung** akan menggunakan data dan/atau informasi tersebut semata-mata demi kepentingan asuransi, seperti penerbitan polis dan penanganan klaim.
3. Atas penggunaan data dan/atau informasi **Pemegang Polis** sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Pasal ini, maka **Penanggung** yang menerima Informasi Rahasia membebaskan pihak yang memberikan Informasi Rahasia dari segala perlawanan, tuntutan, ganti rugi, dan kerugian-kerugian yang dialami oleh pihak yang memberikan Informasi Rahasia sebagai akibat dari penggunaan data dan/atau informasi sebagaimana dimaksud di atas di luar untuk kepentingan asuransi, seperti penerbitan polis dan penanganan klaim.
4. Kewajiban untuk menyimpan data dan/atau informasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal ini menjadi tidak berlaku, apabila:
 - 1) Data tersebut sudah merupakan informasi milik umum, atau sudah dibuka kepada umum oleh pihak pemilik informasi;
 - 2) Data tersebut harus diberikan atau diungkapkan berdasarkan ketentuan hukum yang berlaku;
 - 3) Data tersebut harus diberikan berdasarkan penetapan pengadilan atau arbitrase yang telah berkekuatan hukum tetap;

- 4) Disampaikan kepada instansi Pemerintah Republik Indonesia yang berwenang; dan/atau
- 5) Menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, informasi tersebut harus diberikan kepada Pihak lain yang disebut secara jelas dalam peraturan perundang-undangan tersebut.
5. Kewajiban merahasiakan Informasi Rahasia juga berlaku terhadap karyawan **Penanggung** yang mempunyai akses terhadap Informasi Rahasia dan pihak yang melanggar sepenuhnya bertanggung jawab atas kegagalan karyawan **Penanggung** untuk mematuhi kewajiban merahasiakan Informasi Rahasia.
6. Penggunaan, pengungkapan, penyediaan data dan/atau informasi mengenai **Tertanggung** yang diperoleh dan dikumpulkan oleh **Penanggung** atau afiliasinya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyidik klaim, bank/lembaga keuangan, asosiasi industri maupun badan hukum lain, baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerja sama atau tidak dengan **Penanggung** atau afiliasinya adalah untuk tujuan pembayaran klaim, dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan **Polis** yang diterbitkan atas nama **Tertanggung** maupun untuk melakukan penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain, untuk tujuan pencegahan anti pencucian uang, suap, dan antiteroris atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan setiap pidana/perdata atau proses arbitase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit, atau pemeriksaan) yang diwajibkan **Penanggung**, aliansi, karyawan, atau agen **Penanggung** atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman **Penanggung** dan kode etik **Penanggung**, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

VIII. MANFAAT PRODUK ASURANSI

Manfaat Produk Asuransi yang dibayarkan oleh **Penanggung** kepada **Tertanggung** adalah sesuai manfaat produk asuransi yang disetujui oleh **Penanggung** sebagaimana yang tercantum dalam **Polis**.

IX. LAPORAN TIDAK BENAR

Tertanggung yang bertujuan memperoleh keuntungan dari jaminan Polis ini tidak berhak mendapatkan ganti rugi apabila:

1. Mengungkapkan fakta dan/atau membuat pernyataan yang tidak benar tentang hal-hal yang berkaitan dengan permohonan yang disampaikan pada waktu pembuatan Polis ini dan yang berkaitan dengan kerugian dan/atau kerusakan yang terjadi;
2. Memperbesar jumlah kerugian yang diderita;
3. Mempergunakan surat atau alat bukti palsu, dusta atau tipuan.

X. POLIS ASURANSI MIKRO HOSPITAL CASH PLAN 5 DISEASES

Bahwa **Tertanggung** telah mengajukan suatu permohonan tertulis yang menjadi dasar dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari polis ini, **Penanggung** akan memberikan manfaat asuransi kepada **Tertanggung** atau Ahli Warisnya yang sah menurut hukum sebagaimana disebutkan dalam Ikhtisar Pertanggungan, berdasarkan pada syarat dan kondisi yang dicetak, dicantumkan, dilekatkan dan/atau dibuat endorsemen pada Polis ini.

1. Definisi

Menyimpang dari arti yang berbeda yang mungkin diberikan oleh peraturan hukum yang berlaku, untuk keperluan Polis ini, semua istilah di bawah ini diartikan sebagaimana diuraikan berikut ini:

- **5 Penyakit** yang dijamin:
 1. **Demam Dengue** dan/atau **Demam Berdarah Dengue**
Demam Dengue berdasarkan WHO (Organisasi Kesehatan Dunia) merupakan demam yang disebabkan oleh virus Dengue ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* atau *Aedes Albopictus*, pada umumnya adalah penyakit demam akut, kadang kala merupakan demam bifasik dengan sakit kepala yang parah, nyeri otot, nyeri sendi, ruam, rendahnya jumlah sel darah putih dalam tubuh, dan rendahnya kadar trombosit, sedangkan **Demam Berdarah Dengue (DBD)** merupakan demam yang disebabkan oleh virus Dengue ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* atau *Aedes Albopictus* dicirikan oleh 4 (empat) tanda dan gejala utama yaitu demam tinggi, pendarahan, pembesaran hati melebihi ukuran normalnya, dan kegagalan sistem sirkulasi. Rendahnya jumlah trombosit dalam darah dan meningkatnya nilai hematokrit adalah hasil laboratorium yang sering ditemukan dalam **Demam Berdarah Dengue**. Perubahan patologi utama yang menentukan beratnya penyakit **Demam Berdarah Dengue** dan membedakannya dari **Demam Dengue** adalah terjadinya kebocoran plasma.
 2. **Tipes / Demam Tifoid** berdasarkan WHO (Organisasi Kesehatan Dunia) adalah infeksi yang mengancam jiwa yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella Typhi*. Biasanya menyebar melalui makanan atau air yang terkontaminasi. Gejalanya berupa demam berkepanjangan, kelelahan, sakit kepala, mual, sakit perut, dan sembelit atau diare. Beberapa orang mungkin mengalami ruam. Kasus yang parah dapat menyebabkan komplikasi serius atau bahkan kematian.
 3. **Pneumonia** berdasarkan WHO (Organisasi Kesehatan Dunia) adalah bentuk infeksi saluran pernapasan akut yang menyerang paru-paru. Paru-paru terdiri dari kantung-kantung kecil yang disebut alveoli, yang terisi dengan udara ketika orang yang sehat bernafas. Ketika seseorang menderita **Pneumonia**, alveoli dipenuhi dengan nanah dan cairan, yang membuat pernapasan terasa sakit dan membatasi asupan oksigen.
 4. **Meningitis** berdasarkan WHO (Organisasi Kesehatan Dunia) adalah infeksi serius pada meninges, membran tipis yang menutupi dan melindungi otak dan saraf tulang belakang. Penyakit ini dapat disebabkan oleh berbagai macam patogen yang berbeda termasuk bakteri, jamur atau virus.

5. **Difteri** berdasarkan WHO (Organisasi Kesehatan Dunia) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheria*, yang menginfeksi tenggorokan dan saluran penapasan atas, dan menghasilkan racun yang mempengaruhi organ lain.
- **Dokter** merupakan seseorang yang:
 - a. memiliki kualifikasi dan gelar dalam bidang kedokteran; dan
 - b. secara hukum resmi dan berlisensi di wilayah Indonesia untuk izin prakteknya dalam memberikan layanan medis dan pembedahan; dan
 - c. tidak boleh **Tertanggung** itu sendiri, atau anggota keluarga, pemberi kerja, karyawan atau agen dari **Tertanggung**.
- **Fasilitas Pelayanan Kesehatan** merupakan tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau pihak swasta, memiliki izin penyelenggaraan sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, termasuk Rumah Sakit, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), dan Klinik.
- **Penanggung** adalah Kami, PT. Zurich Asuransi Indonesia, Tbk.
- **Rawat Inap** adalah pelayanan terhadap pasien untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medis, dan penunjang medis lainnya akibat penyakit tertentu dimana pasien dirawat di suatu ruangan **Fasilitas Pelayanan Kesehatan** sekurang-kurangnya selama 6 (enam) jam berturut-turut.
- **Tertanggung** adalah Pemegang Polis dan/atau Anda yang disebutkan di dalam Ikhtisar Pertanggungan sebagai Individu yang dipertanggungkan.

2. Jaminan Asuransi

Penanggung akan memberikan santunan harian **Rawat Inap** sesuai yang ditetapkan dalam Ikhtisar Pertanggungan apabila secara medis **Tertanggung** memerlukan pelayanan **Rawat Inap** akibat didiagnosa oleh **Dokter** atas salah satu atau lebih dari (lima) Penyakit yang dijamin dengan ketentuan **Rawat Inap** disarankan secara tertulis oleh **Dokter** dan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan bahwa :

- a. **Demam Dengue dan/atau Demam Berdarah Dengue**
Terjadi penurunan jumlah trombosit hingga dibawah 150.000 (seribu lima ratus ribu) atau hasil positif tes NS1.
- b. **Tipes / Demam Tifoid**
Widal minimal 1/320 atau ditemukannya *Salmonella typhi* di feses atau *Anti-Salmonella typhi* IgM 6 -10.
- c. **Pneumonia**
Foto Rontgen atau Sinar-X yang menunjukkan adanya **Pneumonia**.
- d. **Meningitis**
Lumbar pungsi menunjukkan peningkatan lebih dari 10 (sepuluh) sel limfosit atau granulosit atau peningkatan kadar protein cairan otak.
- e. **Difteri**
Swab tenggorokan yang menunjukkan ditemukannya *Corynebacterium Diphtheriae*.

Tertanggung dapat mengajukan klaim maksimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) periode polis untuk jenis penyakit yang sama ataupun berbeda selama masih terdapat sisa nilai pertanggungan.

Dalam hal **Tertanggung**:

- Dijamin lebih dari 1 (satu) Polis Produk Hospital Cash Plan 5D yang diterbitkan oleh **Penanggung**, maka tanggung jawab **Penanggung** atas klaim yang terjadi adalah maksimal sesuai yang tercantum dalam Ikhtisar Pertanggungan.
- Dijamin oleh Asuransi lain, maka **Tertanggung** tetap berhak mendapatkan manfaat asuransi sesuai dengan ketentuan Polis.

3. Masa Tunggu

Terdapat masa tunggu selama 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal awal periode asuransi, dimana selama masa tunggu seluruh jaminan dalam Polis ini belum berlaku. Untuk pengajuan klaim kedua, terdapat masa tunggu selama 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal pengajuan klaim pertama. kecuali dinyatakan lain dalam Ikhtisar Pertanggungan. Apabila **Tertanggung** akan melakukan perpanjangan Polis, masa tunggu untuk Polis perpanjangan dapat ditiadakan selama **Tertanggung** :

- Telah melakukan pembayaran premi atas Polis sebelumnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku; dan
- Tidak pernah mengajukan klaim atas Polis sebelumnya; dan
- Melakukan konfirmasi perpanjangan Polis sebelum tanggal periode asuransi berakhir.

4. Pengecualian

Asuransi ini tidak memberikan manfaat atas segala tanggung jawab atau kerugian atau kerusakan atau biaya yang ditimbulkan secara langsung maupun tidak langsung yang berkaitan dengan atau diakibatkan oleh Wabah Penyakit Menular, yaitu Penyakit infeksi atau yang dapat berjangkit ke atau antar manusia [termasuk Sindrom Penyakit Menurunnya Kekebalan Tubuh (AIDS)], Sindrom Pernafasan Akut (SARS), Antraks, segala jenis mutasi dari H1N1 (lebih dikenal sebagai Flu Babi) atau H5N1 (lebih dikenal sebagai Flu Burung) yang bermanifestasi menjadi infeksi atau Penyakit menular ke manusia, segala jenis Penyakit infeksi yang ditetapkan masuk di Tahap 3 fase pandemi oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) dan peningkatan penyebaran Penyakit menular lainnya yang ditetapkan sebagai wabah menurut peraturan perundang-undangan pemerintah yang berwenang. Asuransi ini juga mengecualikan segala tanggung jawab atau kerugian atau kerusakan atau biaya:

- i. Yang ditimbulkan dari segala ketakutan atau ancaman (baik yang terjadi atau yang dirasakan) dari wabah Penyakit menular.
- ii. Baik secara langsung maupun tidak langsung disebabkan oleh atau dihasilkan dari atau berhubungan dengan segala tindakan mengontrol, mencegah, atau menahan atau dengan cara apapun yang berkaitan dengan segala peningkatan penyebaran wabah Penyakit menular.

5. Ketentuan umum

- Premi dan klaim berdasarkan polis ini ditetapkan dalam mata uang rupiah
- Batas usia untuk jaminan asuransi berdasarkan Polis ini adalah tidak kurang dari 6 (enam) bulan dan tidak lebih dari 65 (enam puluh lima) tahun pada saat awal masa pertanggungan.
- Pertanggungan ini berlaku di seluruh dunia, khusus untuk dokumen pendukung klaim yang dikeluarkan oleh **Dokter** atau **Fasilitas Pelayanan Kesehatan** di luar wilayah Indonesia diwajibkan menggunakan Bahasa Inggris. kecuali jika dicantumkan berbeda di dalam Ikhtisar Pertanggungan.

6. Pembayaran Premi

- a. Merupakan syarat dari tanggung jawab **Penanggung** atas jaminan asuransi berdasarkan polis ini, setiap premi terhutang harus sudah dibayar lunas dan secara nyata telah diterima seluruhnya oleh Penanggung dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak awal masa pertanggungan. Pembayaran premi dapat dilakukan dengan cara cek, bilyet giro, transfer atau dengan cara lain yang disepakati antara **Penanggung** dan **Tertanggung**.
- b. **Penanggung** dianggap telah menerima pembayaran premi, pada saat:
 - Diterimanya pembayaran; atau
 - Premi bersangkutan sudah masuk ke rekening bank milik **Penanggung**; atau
 - Penanggung telah menyepakati pelunasan Premi bersangkutan secara tertulis; atau
 - Tertanggung telah melakukan pembayaran Premi kepada pihak yang ditunjuk dan yang telah bekerja sama dengan Penanggung.
- c. Apabila premi dimaksud tidak dibayar sesuai dengan ketentuan dan dalam jangka waktu yang ditetapkan, Polis ini batal dengan sendirinya tanpa harus menerbitkan endosemen pembatalan terhutang mulai tanggal berakhirnya tenggang waktu tersebut dan **Penanggung** dibebaskan dari semua tanggung jawab atas kerugian sejak tanggal dimaksud.

7. Laporan Tidak Benar

Tertanggung yang bertujuan memperoleh keuntungan dari jaminan Polis ini tidak berhak mendapatkan ganti rugi apabila dengan sengaja:

- 7.1. Mengungkapkan fakta dan atau membuat pernyataan yang tidak benar tentang hal-hal yang berkaitan dengan permohonan yang disampaikan pada waktu pembuatan Polis ini dan yang berkaitan dengan kerugian yang terjadi;
- 7.2. Memperbesar jumlah kerugian yang diderita;
- 7.3. Mempergunakan surat atau alat bukti palsu, dusta atau tipuan.

8. Tata Cara Pengajuan Klaim

- 8.1. Apabila terjadi sesuatu yang mungkin menimbulkan klaim berdasarkan Polis ini, **Tertanggung** atau Ahli Warisnya yang sah wajib memberitahukan kepada **Penanggung** dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal **Tertanggung** didiagnosa 5 (lima) penyakit yang dijamin dalam Polis ini oleh **Dokter**.
Formulir klaim yang telah dilengkapi beserta dokumen pendukung klaim diterima oleh **Penanggung** paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal **Tertanggung** didiagnosa 5 penyakit yang dijamin dalam Polis ini oleh Dokter.
Dokumen pendukung klaim yang harus dilengkapi :
 - Salinan kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) Tertanggung atau Kartu Keluarga jika **Tertanggung** masih di bawah umur; dan
 - Asli atau salinan hasil pemeriksaan diagnosa penyakit oleh **Dokter** yang didukung dengan hasil pemeriksaan laboratorium/rontgen/swab atau hasil pemeriksaan pendukung lainnya di **Fasilitas Pelayanan Kesehatan** sesuai dengan ketentuan yang dijamin dalam Pasal 2 **Jaminan Asuransi Polis** ini; dan
 - Asli atau salinan surat keterangan tertulis dari **Dokter** yang menyarankan Tertanggung untuk **Rawat Inap**; dan
 - Asli atau salinan kwitansi bukti **Rawat Inap Tertanggung** di **Fasilitas Pelayanan Kesehatan**.
- 8.2 **Santunan Harian Rawat Inap** akan diberikan kepada Ahli Waris yang sah menurut hukum dalam hal Tertanggung menderita sakit **Demam Dengue** dan/atau **Demam Berdarah Dengue, Tipes/Demam Tifoid, Pneumonia, Meningitis** atau **Difteri** hingga meninggal dengan menambahkan salinan surat keterangan kematian dari **Fasilitas Pelayanan Kesehatan** atau kelurahan dan salinan Kartu Keluarga kepada **Penanggung** sebagai bukti hubungan keluarga. Jika kewajiban-kewajiban yang tersebut diatas tidak dipenuhi maka segala hak atas santunan menjadi batal.

9. Pembayaran Klaim

Penanggung memproses dan menyelesaikan klaim, termasuk membayarkan manfaat asuransi jika disetujui dalam waktu paling lama 10 (sepuluh) hari kerja sejak **Penanggung** menerima dokumen klaim yang dipersyaratkan dalam Polis Asuransi secara lengkap dan benar.

10. Penghentian Pertanggungan

Pertanggungan akan berakhir dalam hal-hal sebagai berikut :

- Berakhirnya jangka waktu pertanggungan
- Pembatalan Polis

Penanggung dan **Tertanggung** masing-masing berhak setiap waktu menghentikan pertanggungan ini dengan memberitahukan alasannya. Pemberitahuan penghentian dilakukan secara tertulis melalui surat tercatat oleh pihak yang menghendaki penghentian pertanggungan kepada pihak lainnya di alamat terakhir yang diketahui. **Tertanggung** dapat mengajukan pembatalan Polis dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak Polis mulai berlaku dan Premi akan dikembalikan secara penuh, setelah dikurangi biaya akuisisi **Penanggung** dengan ketentuan tidak ada klaim yang timbul dan **Tertanggung** belum menggunakan hak lain berdasarkan Polis ini. **Penanggung** tidak akan mengembalikan premi jika **Tertanggung** membatalkan Polis setelah 14 hari kalender sejak Polis mulai berlaku.

- Jika **Tertanggung** meninggal dunia.
- Jika **Tertanggung** dikenakan tahanan/hukuman penjara.

Sehubungan ketentuan dalam ayat ini, **Penanggung** dan **Tertanggung** sepakat untuk tidak memberlakukan ketentuan Pasal 1266 dan Pasal 1267 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPPerdata) dan penghentian pertanggungan dilakukan tanpa memerlukan persetujuan Pengadilan Negeri.

Perusahaan Asuransi wajib untuk menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan Asuransi Mikro Hospital Cash Plan 5 Diseases (HCP5D) melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 (tiga puluh) hari sebelum efektif berlakunya perubahan.

11. Perselisihan

Dalam hal timbul perselisihan antara **Penanggung** dan **Tertanggung** sebagai akibat dari penafsiran atas tanggung jawab atau besarnya ganti rugi dari Polis ini, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui forum perdamaian atau musyawarah oleh unit internal **Penanggung** yang menangani Pelayanan dan Penyelesaian Pengaduan bagi Konsumen. Perselisihan timbul sejak **Tertanggung** menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan. Penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah dilakukan dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan. Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah sebagaimana diatur pada ayat 1 tidak mencapai kesepakatan, maka ketidaksepakatan tersebut harus dinyatakan secara tertulis oleh **Penanggung** dan **Tertanggung**. Selanjutnya **Tertanggung** dapat memilih penyelesaian sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan dengan memilih salah satu klausul penyelesaian sengketa sebagaimana diatur di bawah ini

11.1. LEMBAGA ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA SEKTOR JASA KEUANGAN

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa **Tertanggung** dan **Penanggung** akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan dibawah Otoritas Jasa Keuangan.

11.2. PENGADILAN

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa **Tertanggung** dan **Penanggung** akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia.

12. Penutup

- 12.1. Isi polis ini telah disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan termasuk ketentuan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan.
- 12.2. Untuk hal-hal yang belum atau tidak cukup diatur dalam polis ini, berlaku ketentuan Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan atau Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- 12.3. Untuk pengaduan dan informasi layanan/produk dapat menghubungi **Penanggung** (Zurich Care) secara lisan ke 1500456 atau secara tertulis ke email zurichcare.general@zurich.co.id, Pengaduan **Tertanggung** secara lisan akan **Penanggung** tindak lanjuti maksimal dalam 2 hari kerja dan Pengaduan secara tertulis maksimal 20 hari kerja setelah dokumen pengaduan lengkap.

Informasi lebih lanjut silahkan hubungi:

Zurich Care

 1500 456  0812 111 3456

 zurichcare.general@zurich.co.id