

ASURANSI HOSPITAL CASH PLAN
HOSPITAL CASH PLAN INSURANCE



Pelayanan pelanggan

General Hotline

021 5089 0822

Jika kamu memiliki pertanyaan,
silakan kirim pertanyaan kamu ke
email service@roojai.co.id

CIBIS 9 17th Floor
Jl. TB Simatupang No.2
Cilandak Timur, Pasar Minggu
Jakarta Selatan 12560

If you have any questions,
you can ask through email at
service@roojai.co.id

CIBIS 9 17th Floor
Jl. TB Simatupang No.2
Cilandak Timur, Pasar Minggu
Jakarta Selatan 12560



Memahami sepenuh hati
Expect more, save more



Asuransi Hospital Cash Plan

Perlindungan ekstra untuk usia 1- 65 tahun, 1 - 60 tahun (usia masuk), dapat diperpanjang sampai 65 tahun, kapan saja selama 24/7.

Apa saja pertanggungungan utama dari polis ini?

- Santunan Tunai Rawat Inap, max 90 hari dalam 1 tahun, max 2 kasus.

Apa saja pertanggungungan tambahan yang tersedia?

- Santunan Biaya Pembedahan, max 1 kasus dalam 1 tahun.
- Santunan Unit Perawatan Intensif, max 20 hari dalam 1 tahun, max 2 kasus.
- Perawatan lanjutan (rawat inap), maks 1 kali per kasus, maks 20 hari per tahun.
- Pilihan pegurangan waktu untuk rawat inap pada santunan rawat inap dan ICU di Rumah Sakit.

Syarat & ketentuan seperti yang telah ditentukan & ditanggung oleh  SOMPO PT Sampo Insurance Indonesia

Terdaftar & diawasi oleh OJK

Bagaimana cara mengajukan klaim ?

Kamu dapat mengajukan klaim dengan 2 cara:



Layanan klaim
021 5089 0822



Email
medicalclaims@roojai.co.id

Bukti harus diserahkan ke Roojai melalui pos dan online dalam kurun waktu 30 hari.



CIBIS 9 17th Floor
Jl. TB Simatupang No.2
Cilandak Timur, Pasar Minggu
Jakarta Selatan 12560



PT Roojai Insurance Agent
Terdaftar & diawasi oleh OJK

Dokumen Online Download

formulir klaim dengan klik link ini:

<https://www.roojai.co.id/how-to-claim/>

Hubungi Roojai

Customer Service: **021 5089 0822**

Facebook Fan Page: **Roojai Indonesia**

Produk lain dari Roojai



Asuransi
Kecelakaan Diri



Asuransi
Penyakit Kritis

Hospital Cash Plan Insurance

Comprehensive health protection for everyone aged 1- 65 years old.
Can renew up to 65 years old.

What is the main coverage of this policy?

- Daily Cash Hospitalization, max 90 day annually, max 2 cases.

What are the additional coverages available?

- Surgical Cash Compensation, max 1 case annually.
- Daily Cash Intensive Care Unit, max 20 day annually, max 2 cases
- Follow up care (hospitalization), max 1 time per cases, max 20 day annually.
- Deductible period for Daily Cash Hospitalization and ICU options.

Terms & condition as specified and underwritten by  **SOMPO** PT Sampo Insurance Indonesia
Registered and supervised by OJK

How to report a claim?

You can report a claim via 2 channels:



General hotline
021 5089 0822



Email at
medicalclaims@roojai.co.id

Evidence must be submitted to Roojai by post or online within 30 days.



CIBIS 9 17th Floor
Jl. TB Simatupang No.2
Cilandak Timur, Pasar Minggu
Jakarta Selatan 12560



PT Roojai Insurance Agent
Registered and supervised by OJK

Online Documents

You can download claim form
by clicking the link below:

<https://www.roojai.co.id/en/how-to-claim/>

Contact Roojai

Customer Service: **021 5089 0822**

Facebook Fan Page: **Roojai Indonesia**

Other products from Roojai



Personal
Accident Insurance



Critical
Illness Insurance

Daftar isi

POLIS ASURANSI HOSPITAL CASH PLAN (HOSPITAL CARE)	7
BAB I	
Pasal 1 Definisi	7
BAB II	
Pasal 2 Manfaat Asuransi	11
Pasal 3 Ketentuan Manfaat Asuransi	12
Pasal 4 Pengecualian	12
Pasal 5 Keadaan Yang Sudah Ada	14
BAB III KETENTUAN UMUM	16
Pasal 6 Syarat Kepesertaan	17
Pasal 7 Masa Tunggu	17
Pasal 8 Masa Mempelajari Polis	18
Pasal 9 Masa Berlaku Polis	18
Pasal 10 Pengakhiran Polis	19
Pasal 11 Pengembalian Premi Karena Penghentian Pertanggunggaan	19
Pasal 12 Pertanggunggaan Lain	20
Pasal 13 Mengungkapkan Fakta	20
Pasal 14 Catatan Medis	21
Pasal 15 Premi Dan Biaya Tambahan	22
Pasal 16 Kewajiban Peserta Dalam Hal Terjadi Kerugian	23
Pasal 17 Perubahan Resiko	23
Pasal 18 Mata Uang	24
Pasal 19 Wilayah Hukum	24
BAB IV	
Pasal 20 Santunan Tunai	24
BAB V KLAIM	24
Pasal 21 Tata Cara Pengajuan Klaim	25
Pasal 22 Dokumen Pendukung Klaim	25
Pasal 23 Ketentuan Tambahan	26
BAB VI PENUTUP	
Pasal 24 Keadaan Kahar	27
Pasal 25 Penyelesaian Perselisihan	27
Pasal 26 Perubahan Produk	28
Pasal 27 Penutup	28
KLAUSUL TAMBAHAN UNTUK POLIS ASURANSI HOSPITAL CASH PLAN	30

Table of Content

INSURANCE POLICY HOSPITAL CASH PLAN (HOSPITAL CARE) WORDING	37
CHAPTER I	
Article 1 Definition	37
CHAPTER II	
Article 2 Coverage	40
Article 3 Term & Condition	41
Article 4 Exception	42
Article 5 Pre-Existing Conditions	44
CHAPTER III GENERAL REQUIREMENTS	
Article 6 Participation Terms	46
Article 7 Waiting Period	47
Article 8 Free look Period	47
Article 9 Policy Validity	47
Article 10 Policy Termination	48
Article 11 Return of Premium Due To Termination of Liability	48
Article 12 Other Liability	49
Article 13 Obligation To Disclose Facts	49
Article 14 Medical Notes	50
Article 15 Premium And Additional Fees	51
Article 16 Participant's Liability In The Event of A Damage	52
Article 17 Risk Change	52
Article 18 Currency	52
Article 19 Jurisdiction	53
CHAPTER IV	
Article 20 Cash Compensation	53
CHAPTER V CLAIM	
Article 21 Procedure of Claims	53
Article 22 Claims Supporting Documents	54
Article 23 Additional Terms	54
CHAPTER VI CLOSING	
Article 24 Force Majeure	55
Article 25 Disputes	56
Article 26 Product Changes	56
Article 27 Closing	57
ADDITIONAL CLAUSES FOR HEALTH INSURANCE POLICY HOSPITAL CASH PLAN	59

Polis

POLIS ASURANSI

HOSPITAL CASH PLAN (HOSPITAL CARE)

Bahwa **Tertanggung** yang tercantum dalam **Ikhtisar Polis** telah mengajukan kepada PT Sampo Insurance Indonesia (yang selanjutnya disebut "**Penanggung**") suatu permohonan tertulis yang dilengkapi dengan keterangan tertulis lainnya yang menjadi dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari **Polis** ini, maka dengan syarat **Tertanggung** telah membayar **Premi** kepada **Penanggung** sebagaimana disebutkan dalam **Polis** dan tunduk pada syarat-syarat, pengecualian-kecualian dan ketentuan-ketentuan yang terkandung di dalamnya atau ditambahkan padanya, **Penanggung** akan membayar ganti rugi kepada **Tertanggung** sesuai dengan cara dan ketentuan-ketentuan dalam **Polis** ini terhadap Kerugian yang disebabkan oleh risiko-risiko yang dipertanggungjawabkan dan ditegaskan dalam syarat serta kondisi yang tercetak, dilekatkan dan atau dicantumkan pada **Polis** ini.

Mohon membaca seluruh **Polis** ini untuk menentukan hak dan kewajiban **Peserta** serta jaminan dan pengecualiannya. Kata-kata dengan arti khusus dijelaskan dalam bagian Definisi atau di bagian **Polis** dimana kata-kata tersebut digunakan.

BAB 1

PASAL 1

DEFINISI

Definisi dari istilah-istilah yang tercantum di dalam Syarat dan Ketentuan Umum ini akan tetap berlaku dan mengikat di dalam **Polis** ini sepanjang tidak ditentukan atau diatur lain atau dinyatakan sebaliknya di dalam Ketentuan **Jaminan Tambahan, Endorsemen** dan atau dokumen lainnya yang merupakan bagian tak terpisahkan dari **Polis** ini.

Menyimpang dari arti yang berbeda yang mungkin diberikan oleh peraturan hukum

yang berlaku, untuk keperluan **Polis** ini semua kata dan atau kalimat yang dicetak tebal dalam Pasal ini diartikan sebagaimana diuraikan berikut ini:

1. **Ahli Waris** adalah pihak yang ditunjuk oleh **Peserta** sebagai penerima manfaat asuransi ketika **Peserta** meninggal dunia saat dirawat di **Rumah Sakit**. Persetujuan dari **Penanggung** tidak diperlukan untuk penunjukkan **Ahli Waris** oleh **Peserta**. **Penanggung** tidak bertanggung jawab atas keabsahan penunjukkan **Ahli Waris** dan **Peserta** membebaskan **Penanggung** dari segala kewajiban hukum yang timbul dari penunjukkan **Ahli Waris** ini. Dalam hal **Ahli Waris** yang ditunjuk telah meninggal dunia, maka penerima manfaat meninggal dunia akan ditetapkan sesuai ketentuan hukum yang berlaku.
2. **Anak** adalah setiap orang yang dilahirkan dalam atau sebagai akibat dari suatu perkawinan yang sah sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku, belum menikah ataupun bekerja.
3. **Bencana Alam** adalah suatu peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam termasuk namun tidak terbatas pada gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor. Bencana tersebut dapat mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat

sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.

4. **Biaya Pembedahan** adalah **Biaya Yang Wajar dan Diperlukan** dalam suatu tindakan **Pembedahan** yang terdiri dari biaya bedah, biaya pembedaan dan **Kamar Operasi** termasuk di dalamnya **Obat-obatan** dan peralatan bedah.
5. **Biaya Yang Wajar dan Diperlukan** adalah biaya yang dikeluarkan dalam hubungan dengan pelayanan Kesehatan atau pengobatan yang diperlukan, sesuai dengan diagnosa dan menurut standar medis yang berlaku tidak dapat diabaikan, karena akan memberikan akibat yang tidak diharapkan bagi keadaan kesehatan **Peserta** dan biaya tersebut tidak melebihi jumlah biaya yang umum dikenakan oleh kebanyakan pelayanan Kesehatan di wilayah tersebut.
6. **Dokter** adalah **Dokter Umum, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Dokter Gigi Spesialis**, lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan mempunyai izin praktik **Dokter** yang sah dan masih berlaku yang diterbitkan oleh Instansi yang berwenang.
7. **Dokter yang merawat** adalah **Dokter yang merawat Peserta** pada saat menjalani **Rawat Inap**.
8. **Fraud** adalah tindakan curang yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan dari pihak lainnya yang dilakukan oleh **Peserta** yang dapat mengakibatkan kerugian bagi **Penanggung**.
9. **Ikhtisar Polis/Pertanggungan** adalah bagian yang tak terpisahkan dan merupakan satu kesatuan dari **Polis** yang memuat data / informasi ringkas pertanggungan, data **Peserta**, lingkup jaminan / pertanggungan, besaran **Premi**, dan lain-lain.
10. **Kamar** adalah **Kamar** Perawatan kesehatan untuk keperluan **Rawat Inap**.
11. **Keadaan Darurat** adalah kondisi medis akut mendadak, serius, dan tak terduga atau cedera yang memerlukan Pengobatan medis segera, yang tanpa Pengobatan dimulai dalam waktu 48 jam semenjak kejadian darurat tersebut bisa mengakibatkan kematian atau kerusakan serius fungsi tubuh.
12. **Keadaan Kahar (Force Majeure)** adalah keadaan tertentu di luar jangkauan **Penanggung**, termasuk, namun tidak terbatas pada perang (baik dinyatakan atau tidak), **Operasi** sejenis perang, invasi, tindakan dari musuh asing, konflik, pemberontakan, demonstrasi, kerusakan, pernyataan keadaan perang, pernyataan keadaan darurat nasional, revolusi, **bencana alam**, kondisi epidemik seperti yang telah dinyatakan oleh pejabat yang berwenang, gangguan atau tutupnya atau dihentikannya bursa efek, bank atau lembaga kuring, pemogokan, kerusuhan, perang sipil, kebakaran, ledakan, sabotase, terorisme, embargo atau adanya perubahan atau tindakan Pemerintah baik dalam bidang perasuransian, investasi, pasar modal, atau bidang lainnya yang dapat mempengaruhi secara langsung terhadap pelaksanaan **Polis** ini.
13. **Kecelakaan** adalah suatu keadaan atau peristiwa yang terjadi karena adanya unsur kekerasan yang berasal dari luar tubuh, secara tiba-tiba, tidak disengaja, tidak dapat diperkirakan sebelumnya, akibatnya dapat dibuktikan secara medis, dan merupakan satu-satunya penyebab terjadinya **Luka Badan** dan merupakan satu-satunya penyebab dari peristiwa tersebut di mana penyebabnya dapat dilihat. Dalam hal ini termasuk: keracunan dalam bentuk yang mendadak karena masuknya gas, uap, zat yang beracun, terkena sengatan listrik, dan tenggelam.
14. **Keluarga Inti** adalah :
 - a. Seorang Istri / suami yang terikat perkawinan yang sah dengan **Peserta** Utama, terdaftar sebagai **Peserta**, berusia maksimum 60 (enam puluh) tahun pada saat didaftarkan, kecuali pada saat **Polis** efektif berlaku diantara mereka telah resmi bercerai secara hukum.
 - b. **Anak** yang sah dari **Peserta** termasuk **Anak** yang diadopsi dengan sah berdasarkan penetapan Pengadilan Negeri.
15. **Kelainan Bawaan / Cacat Congenital atau Penyakit Bawaan** adalah suatu kelainan medis yang telah ada saat dilahirkan atau kelainan fisik bayi baru lahir (neonatal). Kelainan ini dapat menetap dan atau ditemukan saat dewasa, kecuali yang disebabkan oleh trauma yang timbul setelah tanggal dimana **Peserta** telah dijamin secara terus menerus oleh **Polis** ini.

16. **Ketidakmampuan** adalah keadaan fisik yang memerlukan perawatan / pengobatan kesehatan yang disebabkan oleh **Penyakit** atau **Kecelakaan**. Dianggap sebagai 1 (satu) kejadian jika :
 - a. Dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari **Peserta** mengalami suatu penyakit dan kecelakaan pada waktu yang bersamaan yang menyebabkan suatu ketidakmampuan.
 - b. Dalam kurun waktu 15 (lima belas) hari **Peserta** pada waktu yang berbeda mengalami suatu Penyakit dan/ atau Kecelakaan yang menyebabkan yang menyebabkan suatu ketidakmampuan.
17. **Klaim** adalah tuntutan yang diajukan oleh **Peserta** atau **Ahli Waris** (dalam hal **Peserta** telah meninggal dunia) kepada **Penanggung** untuk memperoleh **Manfaat Asuransi**
18. **Luka Badan (Injury)** adalah Luka pada anggota Badan sebagai akibat langsung dari suatu **Kecelakaan** yang dapat dibuktikan dengan adanya memar atau luka yang dapat dilihat pada bagian luar tubuh atau luka dalam yang dapat dibuktikan secara medis.
19. **Manfaat Asuransi** adalah penggantian biaya oleh **Penanggung** atas layanan Perawatan kesehatan bagi **Peserta** yang dilakukan sesuai syarat dan ketentuan pada **Polis** ini.
20. **Masa Mempelajari Polis (Free Look Period)** adalah periode waktu tertentu terhitung 14 (empat belas) hari kalender sejak **Polis** diterima **Peserta**, merupakan waktu yang diberikan oleh **Penanggung** kepada **Peserta** untuk mempelajari dan memastikan bahwa isi dan **Polis** yang diterbitkan tersebut telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan **Peserta**.
21. **Masa Tunggu (Waiting Period)** adalah tenggat waktu tertentu yang ditetapkan oleh Penanggung yang dihitung sejak tanggal mulai berlakunya Kepesertaan atau Perubahan manfaat, dimana selama tenggat waktu tersebut **Peserta** belum berhak untuk memperoleh **Manfaat Asuransi** berdasarkan syarat dan ketentuan **Polis** ini.
22. **Operasi** adalah tindakan medis spesialis baik secara invasif maupun non invasif dengan menggunakan sayatan pada organ tubuh, dengan atau tanpa tenaga **Anestesi** pada suatu ruangan tertentu dengan atau tanpa menggunakan alat tertentu misal sinar laser.
23. **Pelayanan Medis atau Perlu Secara Medis** adalah jasa medis yang sejalan dengan diagnosa dan perawatan medis yang lazim untuk Ketidakmampuan yang ditanggung, sesuai dengan praktek kedokteran yang baik, dan baku, bukan untuk kenyamanan **Peserta** atau dokter dan semua biaya yang dibebankan adalah wajar untuk pemenuhan suatu Ketidakmampuan tersebut.
24. **Pembedahan** adalah suatu tindakan Bedah atau **Operasi** atas rekomendasi **Dokter**.
25. **Penanggung** adalah PT Sampo Insurance Indonesia selaku perusahaan asuransi yang menjalankan program asuransi kesehatan berdasarkan syarat dan ketentuan **Polis** ini.
26. **Penyakit** adalah suatu keadaan yang tidak normal atau penyimpangan atau terputusnya struktur atau fungsi normal dari bagian tubuh, organ atau sistem manapun pada tubuh manusia yang ditandai oleh suatu karakteristik kumpulan gejala dan tanda klinis.
27. **Penyakit Kronis** adalah **Penyakit** yang sudah berlangsung lama dan terus menerus.
28. **Peserta** adalah **Peserta** Utama dan **Keluarga Inti** yang telah terdaftar dalam program asuransi ini dan karenanya berhak untuk menerima manfaat **Polis** sesuai syarat dan ketentuan yang ditetapkan dalam **Polis** ini.
29. **Polis** adalah perjanjian tertulis asuransi kesehatan ini berikut lampiran-lampiran dan catatan atau **Endorsemen** nya yang memuat ketentuan berisi syarat-syarat asuransi yang mengatur hak dan kewajiban antara **Penanggung** dan **Peserta** secara timbal balik dan telah ditanda tangani oleh **Penanggung**.
30. **Polis Perpanjangan** adalah **Polis** yang telah berakhir Masa Berlaku Asuransinya, untuk kemudian diperpanjang lagi selama 1 (satu) tahun berikutnya tanpa terputus sejak jatuh temponya **Polis** ini dengan jenis dan batas manfaat serta syarat dan ketentuan yang sama sebagaimana **Polis** tahun sebelumnya.
31. **Premi** adalah sejumlah uang yang tercantum di dalam **Polis** yang wajib dibayar oleh **Peserta** kepada **Penanggung** pada waktu yang telah ditentukan agar

pertanggung jawaban Asuransi tetap berlaku, yang dihitung berdasarkan namun tidak terbatas pada umur **Peserta**, jenis kelamin **Peserta**, dan **Manfaat Asuransi Peserta**.

- 32. Rawat Inap** berarti suatu **Ketidakmampuan** Secara Fisik yang membutuhkan semua hal berikut ini:
- Memerlukan tindakan khusus dan Peralatan Khusus yang terpasang yang dilakukan di **Rumah Sakit** yang menyediakan fasilitas **Rawat Inap** selama periode tertentu, akibat **Penyakit** atau **Kecelakaan** sehingga direkomendasikan oleh **Dokter di Rumah Sakit** untuk mendapatkan Perawatan kesehatan.
 - Perawatan sebagai pasien menginap di **Rumah Sakit** sekurang-kurangnya untuk masa 1x24 (satu kali dua puluh empat) jam atau lebih untuk perawatan yang secara medis diperlukan atas ketidakmampuan secara fisik yang dijamin dan **Rumah Sakit** membebankan biaya **Kamar** dan menginap secara penuh, atas nasehat / rekomendasi serta di bawah pengawasan serta kehadiran **Dokter** secara teratur. Dalam hal **Pembedahan** akibat **Kecelakaan**, jangka waktu 1x24 (satu kali dua puluh empat) jam tersebut berlaku.
- 33. Rumah Sakit** adalah lembaga yang menjalankan usaha Perawatan kesehatan, yang telah mendapat izin operasional dari instansi berwenang sesuai perundang-undangan yang berlaku, dan telah memenuhi persyaratan berikut ini:
- Kegiatan utamanya adalah menyediakan layanan Perawatan kesehatan dan pengobatan, dengan fasilitas **Rawat Inap**, bagi penderita **Penyakit** atau **Kecelakaan**;
 - Memiliki fasilitas yang terawat dan terorganisasi baik untuk melakukan diagnosa kesehatan, pengobatan **Penyakit** atau **Kecelakaan** dan memberikan fasilitas (apabila diperlukan) **Pembedahan** besar selama tidak melebihi batas-batas yang telah ditentukan atas fasilitas yang berada di bawah pengawasan yang berwenang;
 - Memberikan layanan Perawatan dan pengobatan 24 (dua puluh empat) jam oleh Perawat yang berijazah, di bawah pimpinan **Dokter**;
 - Mempunyai seorang **Dokter** atau lebih dengan izin **Dokter** yang sah dan selalu siap setiap waktu;
 - Rumah Sakit** atau Klinik untuk Perawatan mental, Perawatan kecanduan Obat, Perawatan kecantikan, Perawatan karena umur tua (Rumah Jompo) maupun lembaga Perawatan dan pengobatan tradisional tidak termasuk dalam kategori **Rumah Sakit** atau Klinik.
 - Klinik** dengan ijin operasional dari instansi yang berwenang, maupun klinik tradisional tidak termasuk dalam kategori **Rumah Sakit** dalam definisi pasal ini
- 34. Santunan Tunai** adalah sejumlah uang yang diberikan oleh **Penanggung** kepada **Peserta** sebagai pengganti kerugian dari manfaat yang dijamin dalam **Polis** ini.
- 35. SPPA** adalah Surat Permohonan Penutupan Asuransi yang harus diisi dengan informasi yang lengkap dan sebenar-benarnya oleh calon **Peserta** untuk mengadakan suatu perjanjian Asuransi yang menjadi dasar perjanjian **Polis** ini.
- 36. Tabel Manfaat** adalah Tabel yang dilampirkan yang menerangkan secara jelas dan terperinci mengenai kategori dan batas maksimum nilai **Manfaat Asuransi** yang merupakan bagian tak terpisahkan dari **Polis**.
- 37. Tahun Polis** adalah tahun masa efektif berlakunya **Polis** asuransi selama masa 1 (satu) tahun kalender termasuk tanggal berlaku dari permulaan asuransi dan segera setelah tanggal itu, atau dapat diperpanjang kembali tahun berikutnya atas kesepakatan antara **Penanggung** dan **Peserta**.
- 38. Tenaga Medis** adalah seseorang yang telah melaksanakan pendidikan formal dibidang kesehatan, diakui dan memiliki izin dari Departemen Kesehatan untuk mempraktekkan bidang ilmunya kepada masyarakat termasuk namun tidak terbatas pada **Dokter, Bidan, Perawat**.
- 39. Unit Perawatan Intensif** adalah bagian dari pelayanan kesehatan dalam operasional **Rumah Sakit** yang secara permanen disediakan untuk perawatan terhadap orang-orang yang secara medis dikategorikan sakit atau luka kritis yang membutuhkan pengawasan secara terus menerus baik secara manual maupun secara audio visual yang meliputi ICU (Intensive Care Unit), ICCU (Intensive Cardiac Care Unit), HCU (High Care Unit), NICU (Neonatal Intensive Care Unit), dan PICU (Pediatric Intensive Care Unit).

BAB II

PASAL 2

MANFAAT ASURANSI

Penanggung akan membayarkan bagi **Peserta** yang mengalami sakit karena **Penyakit** atau **Kecelakaan** sesuai dengan batasan **Tabel Manfaat** dalam lampiran.

Manfaat ini meliputi:

1. **Santunan Tunai Harian Rawat Inap**

Yaitu memberikan **Santunan Tunai** harian kepada **Peserta** sesuai yang tercantum pada **Ikhtisar Polis** apabila selama periode Asuransi, **Peserta** terkena suatu **Penyakit** atau mengalami **Kecelakaan** dan memerlukan tindakan **Rawat Inap** di **Rumah Sakit**.

Untuk manfaat santunan Rawat Inap, berlaku untuk 2 (dua) kali **Rawat Inap** untuk diagnosa penyakit yang sama dan maksimal perawatan 90 (Sembilan Puluh) hari selama periode polis atau periode yang tercantum dalam **Ikhtisar Polis**. **Peserta** berhak mendapatkan manfaat santunan jika telah melakukan perawatan minimal 1x24 (satu kali dua puluh empat) jam di Rumah Sakit.

2. **Santunan Tunai Biaya Pembedahan**

Yaitu memberikan **Santunan Tunai** kepada **Peserta** sesuai yang tercantum pada **Ikhtisar Polis** apabila selama periode Asuransi, **Peserta** terkena suatu **Penyakit**, atau luka kritis karena **Kecelakaan** dan membutuhkan tindakan pembedahan atau **Operasi di Rumah Sakit**.

Untuk manfaat santunan **Biaya Pembedahan**, berlaku hanya untuk 1 (satu) kali tindakan **Operasi** selama periode polis. Manfaat santunan Biaya Pembedahan ini berlaku jika **Peserta** telah menjalani perawatan **Rawat Inap**.

3. **Santunan Tunai harian Unit Perawatan Intensif (ICU / ICCU / HCU / PICU / NICU)**

Yaitu memberikan **Santunan Tunai** kepada **Peserta** sesuai yang tercantum pada **Ikhtisar Polis** apabila selama periode Asuransi, **Peserta** terkena suatu **Penyakit** atau mengalami kejadian kritis akibat dari **Kecelakaan** dan memerlukan perawatan di kamar **Unit Perawatan Intensif** (ICU / ICCU / HCU / PICU / NICU).

Untuk manfaat santunan **Unit perawatan Intensif**, berlaku 2 (dua) kali **Rawat Inap** untuk diagnosa penyakit yang sama dan maksimal perawatan 20 (dua puluh) hari selama periode polis atau periode yang tercantum dalam **Ikhtisar Polis**.

Apabila masa Perawatan lebih dari 20 (dua puluh) hari, maka semenjak hari ke 21 (dua puluh satu) dijamin dalam manfaat **Kamar Rawat Inap** biasa yang menjadi hak **Peserta**. Jumlah hari **Rawat Inap** di **Unit Perawatan Intensif** akan mengurangi jumlah hari **Rawat Inap** pada Manfaat **Santunan Tunai Harian Rawat Inap**. **Peserta** berhak mendapatkan manfaat santunan **Rawat Inap Unit Perawatan Intensif** jika telah melakukan perawatan minimal 1x24 (satu kali dua puluh empat) jam di Rumah Sakit.

PASAL 3

KETENTUAN MANFAAT ASURANSI

Penanggung akan membayar **Manfaat Asuransi** sesuai jenis dan batas manfaat yang dimiliki oleh **Peserta**, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. **Manfaat Asuransi** ini hanya berlaku di seluruh wilayah Negara Republik Indonesia.
2. Dalam polis ini berlaku ketentuan Masa mempelajari **Polis** (*Free Look Period*) selama 14 (empat belas) hari kalender sejak polis diterima oleh **Peserta**.
3. Dalam polis ini berlaku masa tunggu selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak awal periode Asuransi. Ketentuan masa tunggu ini tidak berlaku jika **Peserta** mengalami **keadaan darurat** yang membutuhkan **Rawat Inap** ataupun **Pembedahan**.
4. **Santunan Tunai** akan dibayarkan penuh sesuai batas manfaat yang dimiliki oleh **Peserta**.
5. **Penyakit** dan atau **Kecelakaan** yang dialami **Peserta** terjadi dalam masa **Polis** dan Kepesertaan yang masih berlaku.
6. Jaminan atas manfaat berdasarkan **Polis** ini berlaku jika **Premi** atas **Polis** dan Kepesertaan telah dibayar lunas.
7. Biaya perawatan dan atau pengobatan ditimbulkan secara langsung dari **Penyakit** dan atau **Kecelakaan** yang dipertanggungjawabkan dalam **Polis**.
8. Apabila masa **Rawat Inap Peserta** melebihi tanggal berlakunya **Polis**, batas waktu berlakunya **Manfaat Asuransi** untuk **Peserta** yang bersangkutan akan diperpanjang sampai saat ia keluar dari **Rumah Sakit** untuk Perawatan tersebut dengan maksimal 10 (sepuluh) hari kalender sesudah tanggal berakhirnya **Polis**, peristiwa mana saja yang terjadi lebih dahulu;
9. **Peserta** tetap mendapatkan menerima manfaat ini, walaupun telah memiliki Asuransi lainnya.
10. Tunduk pada persyaratan-persyaratan, batasan-batasan, pengecualian-pengecualian dan ketentuan-ketentuan yang diatur dan ditetapkan dalam **Polis** ini.

PASAL 4

PENGECUALIAN

1. *Keadaan dan/atau Penyakit-Penyakit dan/atau Luka yang sudah ada sebelumnya (Pre-Existing Conditions) termasuk Penyakit-Penyakit Kritis (Critical Illness) yang sudah ada sebelumnya.*
2. *Luka dan atau sakit akibat perang atau bertugas aktif di militer atau angkatan bersenjata dari suatu negara atau Badan Internasional, pemogokan, kerusuhan, huru-hara (langsung dan tidak langsung), pemberontakan dan sejenisnya.*
3. *Naik ke dalam, turun dari, berada di dalam atau terbang dengan suatu alat angkutan di udara yang bermesin maupun yang tidak bermesin, melakukan penerbangan dengan pesawat udara carteran / militer / Polisi / helikopter, kecuali jika sedang menggunakan pesawat udara penerbangan komersial dengan jadwal dan jalur penerbangan yang tetap.*
4. *Penyakit atau luka yang disebabkan oleh atau berhubungan dengan radiasi ionisasi atau kontaminasi oleh radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau*

limbah nuklir dari proses fisi nuklir atau dari setiap bahan senjata nuklir.

5. *Biaya Perawatan di Rumah Perawatan atau sanatorium untuk memulihkan kesehatan, Klinik pengobatan tradisional atau yang sejenis untuk rawat istirahat atau dirawat di Rumah Sakit sehubungan dengan akan melakukan pemeriksaan kesehatan.*
6. *Bunuh diri, melukai diri sendiri, percobaan bunuh diri, baik dalam keadaan waras atau tidak waras, dengan sengaja melibatkan diri kedalam situasi yang membahayakan dirinya.*
7. *Melakukan tindakan percobaan melanggar hukum, kriminal, melawan penahanan yang sah dan diserang karena tindakan provokasi yang dilakukannya.*
8. *Perawatan dan atau pengobatan Penyakit dan atau Luka sebagai akibat dari penyalahgunaan obat, kecanduan obat, pemakaian dan atau konsumsi alkohol, narkotika, obat bius dan obat-obat psikotropika lainnya.*
9. *Olahraga tertentu yang membahayakan seperti namun tidak terbatas pada Panjat Tebing, Bungy Jumping, Hang Gliding, Balap Mobil / Motor / Sepeda / Lomba Kecepatan dengan kendaraan bermesin atau tidak bermesin lainnya, Parasut / Terjun Payung, Tinju / Bela Diri atau olahraga kontak fisik lainnya, Akrobatik, Menyelam, Gantole, Terbang Layang / Layang Gantung, Arung Jeram dan semua jenis olahraga berisiko lainnya.*
10. *Penyakit yang terjadi melalui Hubungan Kelamin / Sexual, AIDS dan ARC (Aids Related Complex) serta HIV Positif dan semua Penyakit yang disebabkan oleh atau berhubungan dengan Virus HIV Positif.*
11. *Screening Test yang berhubungan dengan HIV (Human Immunodeficiency Virus) atau AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), termasuk namun tidak terbatas pada Elisa Blood Test (Anti HIV), Antigen P24, dan PCR (Polymerase Chain Reaction).*
12. *Pengobatan dan tindakan medis yang masih dikategorikan eksperimental misalnya Ozon Therapy, Hyperbaric Therapy, tindakan Laser Eximer, metode Chiropractic, Mesotherapy, Hydrotherapy, Stem Cell dan metode sejenis atau pelayanan Kesehatan termasuk Obat yang belum diakui secara resmi oleh Departemen Kesehatan.*
13. *Pengobatan atau Perawatan yang berhubungan dengan Penyakit Khusus atau Penyakit yang telah ada yang berhubungan dengan Kelainan Bawaan (Congenital) yang ditemukan dan atau diketahui sesudah kelahiran dan atau Penyakit Keturunan (Hereditary Disease), misalnya: Hernia, VSD, ASD, Debil, Embicil, Mongoloid, Cretinism, Thalassemia, Haemophilia, Epilepsy / Ayan, Hidrocele dan lain-lain.*
14. *Biaya yang dikeluarkan untuk pemeriksaan fisik secara berkala (periodical medical checkup), Check Up Kesehatan (Medical Check Up) atau pemeriksaan penunjang yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosis atas Penyakit dan atau yang ditanggung, atau obat-obatan atau pemeriksaan pencegahan atau bersifat screening oleh seorang Dokter, atau setiap pengobatan yang tidak diperlukan secara medis serta setiap pengobatan preventif.*
15. *Tes kesehatan yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa dari ketidakmampuan secara fisik yang dijamin atau setiap Perawatan / Pengobatan yang tidak perlu secara medis, biaya yang tidak wajar atau*

tidak diperlukan untuk pengobatan suatu Penyakit serta setiap pengobatan preventif, pengobatan atau perawatan hormonal, biaya yang tidak termasuk biaya medis selama perawatan di Rumah Sakit dan perawatan untuk penurunan berat badan atau untuk menambah berat badan serta perawatan dan atau pengobatan itu telah mendapat penggantian dari setiap Asuransi lain atau pihak lain atau telah diberikan ganti rugi kepada Peserta.

- 16. Biaya pemberi jasa medis yang dikenakan oleh dirinya sendiri, keluarga dekat Peserta atau oleh seseorang yang secara normal tinggal dalam rumah tangga Peserta.*
- 17. Gangguan akibat Sinar Radio Aktif, Nuklir, Bencana Alam Katastropik (Gempa Bumi, Banjir, Letusan Gunung Berapi, Badai, Tsunami dan sejenisnya).*
- 18. Semua jenis biaya Imunisasi Lanjutan tidak dijamin. Termasuk perawatan dan atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.*
- 19. Semua jenis Perawatan yang berhubungan dengan gigi (termasuk bedah mulut), kecuali pengobatan gigi asli yang rusak karena Kecelakaan.*
- 20. Pengobatan dan perawatan apapun yang berhubungan dengan kehamilan, keguguran, atau melahirkan anak (termasuk pemeriksaan untuk diagnosa kehamilan), termasuk komplikasi yang berhubungan dengannya.*
- 21. Pengobatan terhadap Penyakit Kejiwaan Psikologis atau Gangguan Mental (Mental Disorder) dan gangguan syaraf lainnya termasuk setiap manifestasi yang berhubungan dengan Gangguan Psikologi atau Psikosomatik.*
- 22. Pengobatan sehubungan dengan Kondisi Geriatrik dan Psiko-Geriatrik.*
- 23. Segala jenis kelainan / Penyakit yang berhubungan sistem Reproduksi, misalnya: Dysmenorrhea, Amenorrhea, Oligomenorrhea / Polimenorrhea, Kista Coklat, Endometriosis, dan Varicocele.*
- 24. Sterilisasi, Pengobatan Kemandulan, Pengobatan untuk mendapatkan Kesuburan / Infertilitas termasuk Bayi Tabung, Impotensi, Obat-obatan Hormonal, pengobatan Toxoplasmosis dan lain-lain termasuk komplikasinya.*
- 25. Penyakit SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), MERS (Middle East Respiratory Syndrome), Flu Burung (Avian Influenza) dan Penyakit Pandemi lainnya yang sudah menjadi bagian dari Program Pemerintah.*
- 26. Perawatan dan atau pengobatan untuk gangguan tumbuh kembang termasuk namun tidak terbatas pada Failure to Thrive (FTT), Gangguan Makan (Anorexia), Gangguan Bicara, Hiperaktif, Gangguan Pemusatan Perhatian (Autisme), Disleksia, Retardasi Mental, Keterlambatan Berjalan.*
- 27. Pemeriksaan dan pengobatan yang berhubungan dengan Mendengkur (Snoring)*

PASAL 5

KEADAAN YANG SUDAH ADA

Kondisi **Penyakit** atau Luka yang telah ada sebelumnya (Pre-Existing Conditions) adalah **Penyakit** atau luka yang telah ada pada diri **Peserta** sebelum dan pada saat tanggal berlakunya asuransi, yang memerlukan pelayanan kesehatan lanjutan dan atau keadaan **Penyakit** yang secara medik akan muncul berulang berkaitan dengan **Penyakit** terdahulu dan atau **Penyakit** yang telah ada atau tidak diketahui oleh **Peserta** yang memenuhi syarat sebagai berikut:

- a. Telah mendapatkan diagnosa; atau
- b. Pada umumnya seseorang secara wajar akan berusaha untuk mendapat suatu diagnosa perawatan, pengobatan; atau
- c. Telah dianjurkan oleh **Dokter** untuk mendapat pengobatan medis, terlepas pengobatan sebenarnya telah dilakukan ataupun tidak.

Penyakit-Penyakit yang termasuk dalam **Pre-Existing Conditions** meliputi namun tidak terbatas pada:

1. Segala jenis Tumor Jinak, misalnya Ganglion, Cysta Atheroma dan lainnya yang sejenis,
2. **Penyakit** yang berhubungan dengan Fungsi Ginjal, misalnya Batu Ginjal, Batu Saluran Kemih, Batu Kandungan Kemih,
3. Segala jenis Hernia termasuk Hernia Nukleus Pulposus (HNP),
4. Hemorrhoid / Wasir dan Fistula Ani,
5. **Penyakit** THT yang memerlukan **Pembedahan** (THT = Telinga Hidung Tenggorokan), misalnya Sinus Paranasalis Kronis, Tonsilitis Kronis, Mastoiditis Kronis, dan lain-lain, Katarak / Kekeruhan Lensa,
6. Hypertensi / Tekanan Darah Tinggi,
8. Kencing Manis (Diabetes Mellitus) dan komplikasinya,
9. Tuberkulosis / TBC,
10. Luka / Ulkus pada Lambung / Usus 12 Jari (Gastric Ulcer / Duodenal Ulcer),
11. Infeksi Kandung Empedu, Batu Empedu dan Batu Saluran Empedu (Cholecystitis, Cholelithiasis, Choledocholithiasis),
12. **Penyakit** yang berhubungan dengan Fungsi Hati, misalnya Hepatitis Kronis / Menahun, Cirrhosis Hepatis, Melena,
13. **Penyakit-Penyakit** Degenaratif, misalnya: Spondhilloarthrosis, Osteoporosis,
14. Semua jenis **Penyakit** Paru Obstruktif Kronik, misalnya Asthma Bronchiale, Emfisema,
15. **Penyakit** Kolagen, misalnya: SLE (Systemic Lupus Eritomatosis), Kawasaki **Disease**,
16. Epilepsi / Ayan,
17. Semua Kelainan pada Kelenjar Gondok atau Tiroid dan Struma,
18. Appendicitis Kronis Eksaserbasi Akut serta **Pembedahannya**,
19. **Penyakit** akibat Asam Urat (Gout); Rematik,
20. Peningkatan Kadar Lemak dalam Darah (Dislipidemia).

Juga termasuk dalam **Pre-existing condition**, adalah Penyakit-Penyakit Kritis (Critical Illness) yang sudah ada sebelumnya, termasuk namun tidak terbatas pada:

- 2.1 Stroke,
- 2.2 Kanker pada Wanita (Cancer),
- 2.3 Kanker pada Pria (Cancer),
- 2.4 Kanker Paru-paru (Lung Cancer),
- 2.5 Kanker Hati (Liver Cancer),
- 2.6 Kanker Kulit (Skin Cancer),
- 2.7 Kanker Nasofaring (Nasopharing Cancer),
- 2.8 Serangan Jantung = Myocardial Infarction / Kematian Otot Jantung,
- 2.9 Tindakan Bedah Bypass Pembuluh Darah Jantung (Coronary Artery Bypass Grafting),
- 2.10 Tindakan Bedah Katup Jantung,
- 2.11 Hepatitis Viral Fulminan,
- 2.12 Penyakit Hati Menahun / Kronik,

- 2.13 Hipertensi Arteri Pulmonalis (Disabling Primary Pulmonary Hypertension),
- 2.14 Penyakit Paru Menahun / Kronik,
- 2.15 Gagal Ginjal (Renal Failure),
- 2.16 Anemia Aplastik,
- 2.17 Transplantasi Organ Besar (Ginjal, Jantung, Hati, Paru-paru dan Pancreas),
- 2.18 Kebutaan (Blindness),
- 2.19 Ketulian, Hilangnya Fungsi Indra Pendengaran (Deafness),
- 2.20 Kehilangan Kemampuan Bicara (Loss of Speech),
- 2.21 Difisit Neurologis (Multiple Sclerosis),
- 2.22 Kelumpuhan (Paralysis),
- 2.23 Distrofi Otot (Muscular Dystrophy),
- 2.24 Penyakit Dimensia / Gangguan Otak Organik (Penyakit Alzheimer),
- 2.25 Penyakit Hati Tahap Akhir (Motor Neurone Disease),
- 2.26 Penyakit Parkinson,
- 2.27 Tindakan Bedah Pembuluh Darah Aorta,
- 2.28 Poliomyelitis,
- 2.29 Radang Otak (Encephalitis),
- 2.30 Tumor Otak Jinak (Benign Brain Tumor),
- 2.31 Kardiomiopati (Cardiomyopathy),
- 2.32 Penyakit Jantung Koroner Lain yang Serius,
- 2.33 Trauma Kepala Serius (Major Head Trauma),
- 2.34 Penyakit Radang Selaput Otak (Meningitis Bakterial),
- 2.35 HIV Yang didapatkan melalui Transfusi Darah (HIV by Blood Transfusion),
- 2.36 HIV yang didapatkan melalui Pekerjaan,
- 2.37 Penyakit Crohn (Cronh's Disease),
- 2.38 Kolitis Ulseratif (Ulcerative Colitis) Colitis Ulcerative Berat,
- 2.39 Angioplasti dan penatalaksanaan invasif lainnya untuk Penyakit Pembuluh Darah Jantung,
- 2.40 Lupus Eritematosus Sistemik (Systemic Lupus Erythematosus),
- 2.41 Rheumatoid Arthritis Berat,
- 2.42 Penyakit Kawasaki yang mengakibatkan Komplikasi pada Jantung,
- 2.43 Operasi Scoliosis Idiopatik,
- 2.44 Pankreatitis Menahun yang Berulang
- 2.45 Penyakit Kaki Gajah Kronis (Elephantiasis Chronic),
- 2.46 Hilangnya Kemandirian Hidup,
- 2.47 Kematian Selaput Otot atau Jaringan (Gangrene),
- 2.48 Penyakit Tak Tersembuhkan (Stadium Akhir) - Terminal Illness,
- 2.49 Skleroderma Progresif,
- 2.50 Penyakit Kista Medullary,
- 2.51 Aneurisma Pembuluh Darah Otak yang Mensyaratkan Pembedahan,
- 2.52 Terputusnya Akar-akar Syaraf Plexus Brachialis,
- 2.53 Stroke yang Memerlukan Operasi Arteri Carotid,
- 2.54 Apallic Syndrome,
- 2.55 Myasthenia Gravis,
- 2.56 Kehilangan Anggota Tubuh (Loss of Limbs),
- 2.57 Progressive Bulbar Palsy,
- 2.58 Progressive Supranuclear Palsy,
- 2.59 Trauma Kecelakaan pada Kepala - Geger Otak (Major Head Trauma),
- 2.60 Hydrocephalus,
- 2.61 Eisenmenger,
- 2.62 Amyotropic Lateral Schlerosis.

BAB III

KETENTUAN UMUM

PASAL 6

SYARAT KEPESERTAAN

Setiap calon **Peserta** yang hendak diikutsertakan dalam program Asuransi ini, wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. **Peserta** dalam keadaan **sehat**, berusia antara 6 (enam) bulan sampai dengan 60 (enam puluh) tahun pada saat didaftarkan. Dan dapat diperpanjang hingga usia 65 (enam puluh lima) tahun. Jika **Peserta** sedang sakit atau dalam perawatan di **Rumah Sakit** sampai dengan pada tanggal dimana seharusnya dapat diikutsertakan, maka tanggal efektif kepesertaan akan ditentukan sampai suatu tanggal sesudah yang bersangkutan tersebut sembuh sempurna dari **Penyakit** yang dideritanya.
2. Khusus untuk paket keluarga, terdiri dari **Keluarga Inti** yaitu Ayah, Ibu dan maksimal 2 (dua) orang **Anak**, yang terdaftar dalam satu Kartu Keluarga.
3. **Peserta** dapat melakukan Penambahan Kepesertaan sewaktu-waktu dengan syarat:
 - a. Melakukan pengajuan permohonan secara tertulis kepada **Penanggung** untuk penambahan kepesertaan tersebut, selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari sebelum tanggal efektif penambahan **Peserta**; dan
 - b. Calon **Peserta** dalam keadaan **sehat**, tidak sedang menjalani **Rawat Inap** dan memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh **Penanggung**; dan
 - c. Maksimal penambahan kepesertaan dapat dilakukan 3 (tiga) bulan sebelum pertanggungungan berakhir.
 - d. Mulai berlakunya kepesertaan tambahan tidak dapat berlaku surut.
4. **Peserta** dapat melakukan pengakhiran Kepesertaan sewaktu-waktu dengan melakukan pengajuan permohonan secara tertulis kepada **Penanggung**, selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kalender sebelum tanggal mulai berlakunya pengakhiran kepesertaan.

PASAL 7

MASA TUNGGU

Atas setiap **Peserta**, akan diberlakukan **Masa Tunggu** (Waiting Period) selama 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal mulai berlakunya kepesertaan yang bersangkutan.

Dalam hal perpanjangan **Polis**, **Masa Tunggu** tidak berlaku apabila:

1. Tidak ada perubahan syarat dan kondisi **Polis**, termasuk jenis dan batas manfaatnya; dan
2. **Peserta** telah memperpanjang masa berlaku dan melunasi **Premi Polis Perpanjangan** sebelum **Polis** lama berakhir; dan
3. Tidak ada penambahan **Peserta** baru dalam **Polis Perpanjangan**.

PASAL 8

MASA MEMPELAJARI POLIS

Peserta diberikan kesempatan untuk mempelajari isi **Polis** (Free Look Period) selama 14 (empat belas) hari kalender sejak **Polis** diterima oleh **Peserta**. Apabila **Peserta** tidak berkenan terhadap isi **Polis** maka **Peserta** dapat mengajukan pembatalan **Polis**.

Untuk pembatalan **Polis** akan dilakukan pengembalian **Premi** setelah dikenakan Biaya Admisitrasi sebelumnya.

Namun demikian apabila **Peserta** telah mengajukan **Klaim** atas **Manfaat Asuransi**, maka hak **Peserta** untuk mengajukan pembatalan **Polis** berdasarkan ketentuan ini menjadi gugur.

PASAL 9

MASA BERLAKU POLIS

Kepesertaan seseorang dimulai sejak seseorang disetujui dan dicantumkan sebagai **Peserta** sebagaimana tanggal mulai kepesertaan yang tercantum dalam **Ikhtisar Polis** ataupun **Endorsemen Polis**.

Dengan syarat **Peserta** telah membayar lunas seluruh tagihan **Premi** atas **Polis** sesuai syarat dan ketentuan pembayaran yang diatur dalam **Polis** ini, maka **Polis** dinyatakan mulai berlaku sejak tanggal yang tertera pada **Ikhtisar Polis** dan akan berakhir dengan sendirinya apabila terjadi salah satu dari peristiwa di bawah ini, peristiwa mana saja yang terjadi lebih dahulu:

1. **Premi** atas diri **Peserta** belum dibayarkan kepada dan diterima oleh **Penanggung** sesuai syarat dan ketentuan yang ditetapkan dalam **Polis**.
2. Telah dilakukan pembayaran manfaat secara penuh kepada **Peserta**. Dan pertanggungangan akan berhenti tanpa pengembalian **Premi** walaupun masa pertanggungangan belum berakhir.
3. Kepesertaan diakhiri lebih awal oleh **Peserta** dan atau **Penanggung**.
4. Jangka waktu pertanggungangan menurut **Polis** ini berakhir atau melampaui tanggal berakhirnya kepesertaan.
5. Pendebetan atau Penagihan **Premi** perpanjangan tidak berhasil dilakukan sebagaimana diatur dalam Pasal 15 bagian 2.a pada **Polis** ini.
6. Kartu Kredit dan/atau Kartu Debit milik **Peserta** ditutup.
7. **Peserta** meninggal dunia.

Kepesertaan ini juga dapat diperpanjang secara otomatis kecuali terjadinya kondisi sebagaimana yang disebutkan dalam Pasal 9 (Sembilan) ini.

PASAL 10

PENGAKHIRAN POLIS

1. Pembatalan Kepesertaan di masa mempelajari polis.
Apabila pembatalan dilakukan oleh **Peserta** karena alasan apapun, maka dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal **Polis** diterima oleh **Peserta**, maka **Peserta** harus mengembalikan **Polis** ini kepada **Penanggung** bersama dengan surat permohonan pembatalan **Polis**. Pembatalan mulai berlaku sejak awal Periode **Polis**. Dengan pembatalan tersebut, **Premi** yang sudah dibayarkan oleh **Peserta** akan dikembalikan dalam waktu selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari kalender sejak **Penanggung** menerima surat permohonan pembatalan **Polis**. Apabila terdapat biaya-biaya berkaitan dengan pengembalian **Premi** ini termasuk namun tidak terbatas pada biaya transfer dan biaya administrasi, maka biaya-biaya tersebut akan dibebankan kepada **Peserta**.
2. Penghentian Pertanggungan oleh **Peserta** atau **Penanggung**.
Peserta dan **Penanggung** dapat menghentikan pertanggungan dengan mengirimkan pemberitahuan tertulis.
 - a. Apabila penghentian dilakukan oleh **Peserta** maka:
 1. Jika pembayaran **Premi** dilakukan secara bulanan, penghentian tersebut mulai berlaku sejak tanggal berakhirnya periode pertanggungan berdasarkan **Premi** jatuh tempo yang terakhir dibayarkan oleh **Peserta**.
 2. Jika pembayaran **Premi** dilakukan secara tahunan, maka penghentian tersebut mulai berlaku 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal permintaan penghentian **Polis** diterima dari **Peserta**.
 - b. Apabila penghentian dilakukan oleh **Penanggung** :
Penanggung berhak setiap waktu untuk menghentikan pertanggungan asuransi ini dengan pemberitahuan secara tertulis terlebih dahulu kepada Tertanggung, dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kerja mengenai penghentian pertanggungan asuransi tersebut. Dalam hal ini, **Premi** akan dikembalikan secara prorata untuk jangka waktu pertanggungan yang belum dijalani, setelah dikurangi biaya akuisisi **Penanggung** (apabila ada). **Penanggung** dibebaskan dari segala kewajiban berdasarkan Polis ini saat polis sudah dihentikan. Ketentuan ini tidak berlaku untuk penghentian secara otomatis karena tidak adanya pembayaran **Premi** sebagaimana diatur dalam Pasal 9, Bagian 2.a.
3. Atas setiap pengakhiran **Polis** berdasarkan ketentuan dalam **Polis** ini, **Penanggung** dan **Peserta** sepakat untuk tidak memberlakukan ketentuan Pasal 1266 dan Pasal 1267 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerduta) dan penghentian pertanggungan dilakukan tanpa memerlukan persetujuan Pengadilan Negeri.

PASAL 11

PENGEMBALIAN PREMI KARENA PENGHENTIAN PERTANGGUNGAN

1. Penghentian Pertanggungan Oleh Peserta
 - a. Penghentian pertanggungan sebagaimana dimaksud pada pasal 10 butir 2.a, dengan syarat **Peserta** belum pernah menerima **Manfaat Asuransi** atau tidak

sedang mengajukan **Klaim**, maka Premi akan dikembalikan dengan Formula sebagai berikut:

Pengembalian **Premi** =
[50% Premi Tahunan Peserta x (Sisa Masa Kepesertaan yang Belum Dijalani / Masa Kepesertaan Seharusnya)]

Namun demikian, apabila sebelum Polis diakhiri **Peserta** telah menerima **Manfaat Asuransi** atau sedang mengajukan Klaim yang jumlah totalnya kurang dari 50% **Premi Polis** Tahunan, maka **Peserta** berhak atas pengembalian **Premi** sebesar 50% dari **Premi Polis** Tahunan secara prorata untuk jangka waktu pertanggungangan yang belum dijalani, setelah dikurang biaya **Klaim**, dengan Formula sebagai berikut:

Pengembalian **Premi** =

[50% Premi Tahunan Peserta x (Sisa Masa Kepesertaan yang Belum Dijalani / Masa Kepesertaan Seharusnya) – **Klaim** yang sudah dibayarkan]

- b. Dalam hal penghentian pertanggungangan dilakukan oleh **Peserta** dan selama jangka waktu pertanggungangan yang telah dijalani, telah terjadi **Klaim** yang jumlahnya melebihi jumlah **Premi** yang tercantum dalam **Ikhtisar Pertanggungangan**, maka **Peserta** tidak berhak atas pengembalian **Premi** untuk jangka waktu pertanggungangan yang belum dijalani.
2. Penghentian Pertanggungangan Oleh **Penanggung Peserta** berhak atas pengembalian premi pro rata yang berhubungan dengan periode Asuransi yang belum berakhir.

PASAL 12

PERTANGGUNGAN LAIN

Peserta tidak wajib memberitahukan kepada **Penanggung** pertanggungangan lain untuk kepentingan yang sama.

PASAL 13

MENGUNGKAPKAN FAKTA

1. **Peserta** wajib:
 - 1.1 Mengungkapkan fakta material yaitu informasi, keterangan, keadaan dan fakta yang mempengaruhi pertimbangan **Penanggung** dalam menerima atau menolak suatu permohonan penutupan asuransi dan dalam menetapkan nilai **Premi** apabila permohonan dimaksud diterima;
 - 1.2 Membuat pernyataan yang benar tentang hal-hal yang berkaitan dengan penutupan asuransi, yang disampaikan baik pada waktu pembuatan perjanjian asuransi maupun selama jangka waktu Asuransi.

2. Apabila pada saat pertanggungan telah berlaku ditemukan adanya pernyataan, keterangan atau penjelasan yang tidak benar atau kurang lengkap baik pada saat sebelum, selama atau pada saat penyelesaian **Klaim**, maka:
 - 2.1 Apabila pernyataan, keterangan atau penjelasan yang tidak benar atau kurang lengkap dilakukan tanpa kesengajaan dan tidak bersifat material terhadap risiko yang ditanggung oleh **Penanggung**, maka **Penanggung** berhak untuk melakukan penyesuaian dengan keadaan yang sebenarnya dengan atau tanpa pengenaan **Premi** tambahan,
 - 2.2 Namun apabila pernyataan, keterangan atau penjelasan yang tidak benar atau kurang lengkap tersebut bersifat material terhadap risiko yang akan ditanggung oleh **Penanggung**, maka **Penanggung** berhak untuk melakukan penyesuaian dengan keadaan yang sebenarnya dengan pengenaan **Premi** tambahan atau menolak **Klaim** dan membatalkan kepesertaan dan atau **Polis** dengan atau tanpa pengembalian **Premi**,
 - 2.3 Jika pernyataan, keterangan atau penjelasan yang tidak benar atau kurang lengkap tersebut dilakukan secara sengaja / curang dan bersifat material terhadap risiko yang akan ditanggung oleh **Penanggung**, maka **Penanggung** berhak menolak **Klaim** dan membatalkan kepesertaan dan atau **Polis** tanpa pengembalian **Premi**, atau
 - 2.4 Apabila pernyataan, keterangan atau penjelasan yang tidak benar atau kurang lengkap, akan menyebabkan ditolaknya calon **Peserta** dalam pertanggungan bila **Penanggung** mengetahui sebelumnya, maka **Penanggung** berhak untuk menolak **Klaim** dan membatalkan kepesertaan dengan pengembalian **Premi**.
3. Segala penyesuaian atau perubahan yang dimaksud pada ayat 2 di atas akan berlaku setelah **Penanggung** menerbitkan surat pembatalan atau menerbitkan Adendum **Polis**.
4. Ketentuan pada ayat (2) diatas tidak berlaku dalam hal fakta material yang tidak diungkapkan atau yang dinyatakan dengan tidak benar tersebut telah diketahui oleh **Penanggung**, namun **Penanggung** tidak mempergunakan haknya untuk menghentikan Asuransi dalam waktu 30 (tigapuluh) hari setelah **Penanggung** mengetahui pelanggaran tersebut.

PASAL 14

CATATAN MEDIS

Seluruh sertifikat, keterangan, laporan medis dan bukti-bukti yang diminta **Penanggung** harus diberikan atas biaya **Peserta**, dan dalam bentuk yang sesuai dengan yang diminta oleh **Penanggung**. Setiap kali meminta keterangan-keterangan, **Peserta** harus memberikannya secara tertulis dan mengalamatkannya pada **Penanggung**. Seorang **Peserta**, atas permintaan dan biaya **Penanggung**, harus bersedia untuk melakukan pemeriksaan medis kapan saja hal itu dianggap perlu.

Peserta memberikan hak sepenuhnya kepada **Penanggung** untuk meminta Data Medis (Medical Record) mengenai dirinya dari Pemberi Pelayanan Kesehatan.

PASAL 15

PREMI DAN BIAYA TAMBAHAN

1. Pembayaran **Premi**

- 1.1 Pembayaran **Premi** dapat dibayar penuh dimuka untuk jangka waktu 1 (satu) tahun atau dilakukan secara berkala setiap bulannya, dan harus dibayarkan di awal penerbitan **Polis** atau penambahan **Peserta**.
- 1.2 Merupakan prasyarat dari tanggung jawab **Penanggung** atas pertanggung Asuransi berdasarkan **Polis** ini, bahwa **Premi** sebagaimana tercantum dalam Data **Polis** harus sudah dibayar lunas dan secara nyata telah diterima seluruhnya oleh pihak **Penanggung** dalam tenggang waktu 30 (tiga puluh) hari kalender dihitung sejak **Peserta** menerima **Polis**.
- 1.3 Pembayaran **Premi** sebagaimana dapat dilakukan melalui pendebitan pada Kartu Debit/ Kartu Kredit **Peserta** atau transfer atau dengan cara lain yang disepakati oleh **Penanggung** dan **Peserta**.
- 1.4 **Premi** dianggap telah diterima oleh **Penanggung** apabila:
Premi tersebut telah diterima dan dibukukan di rekening **Penanggung** atau pendebitan sebagaimana diatur dalam poin 1.2 pasal ini telah berhasil dilakukan
- 1.5 Dalam hal pembayaran **Premi** mempergunakan cek dan atau bilyet giro, pembayaran dapat dikatakan terjadi apabila cek atau bilyet giro dimaksud dapat dicairkan.
- 1.6 Seluruh kewajiban pembayaran **Premi** harus sudah diterima **Penanggung** paling lambat pada masa jatuh tempo pembayaran **Premi** atau sebelum tanggal mulai berlakunya **Polis Perpanjangan**.
- 1.7 Dalam hal pertanggung telah berakhir dan tagihan **Premi** dan kewajiban lainnya yang belum dilunasi oleh **Peserta**, maka tagihan **Premi** dan kewajiban lainnya tersebut tetap menjadi kewajiban yang harus dibayar oleh **Peserta**.

2. Tenggang Waktu Pembayaran **Premi**

- a. Dalam hal pembayaran untuk **Premi** lanjutan (perpanjangan) tidak berhasil dilakukan pada tanggal jatuh tempo pembayaran **Premi**, **Penanggung** akan memberikan tenggang waktu selama 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal jatuh tempo pembayaran **Premi**. Apabila Tenggang Waktu sudah dilalui dan **Premi** belum berhasil dibayarkan, maka **Polis** menjadi batal terhitung sejak tanggal jatuh tempo pembayaran **Premi**.
 - b. Walaupun pada pasal 2 (a) **Polis** secara otomatis menjadi batal, **Penanggung** akan tetap melakukan upaya penagihan **Premi** dan apabila seluruh **Premi** yang terhutang berhasil dilakukan lebih dari 30 hari sejak jatuh tempo pembayaran premi, maka **Polis** secara dipulihkan pada tanggal berhasilnya penagihan dilakukan, namun harus mengikuti proses penutupan dari awal.
 - c. Dengan tetap memperhatikan syarat dan ketentuan lainnya dalam **Polis** ini dan selama tidak ada perubahan, pembayaran **Premi** rutin pada tanggal jatuh tempo yang dilakukan oleh **Peserta** menjadi bukti persetujuan **Penanggung** untuk memperpanjang masa pertanggung **Polis** ini. **Penanggung** tidak berkewajiban untuk menerbitkan dokumen apapun atas perpanjangan masa pertanggung dalam **Polis** ini dan oleh karenanya **Polis** ini merupakan bukti yang sah atas pertanggung yang diberikan.
3. Apabila terjadi kerugian yang dijamin oleh **Polis** dalam tenggang waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pasal ini, **Penanggung** hanya akan bertanggung jawab terhadap kerugian tersebut apabila **Peserta** melunasi **Premi** dalam tenggang waktu bersangkutan.

4. Penagihan **Premi**

- 4.1 Untuk keperluan penagihan **Premi, Penanggung** akan mengirimkan Tagihan **Premi** kepada **Peserta**.
 - 4.2 Apabila karena satu dan lain hal **Penanggung** tidak melakukan penagihan **Premi**, maka hal ini tidak membebaskan **Peserta** dari kewajibannya untuk membayar **Premi** dan atau untuk tidak melakukan pembayaran **Premi** tepat pada waktunya.
5. Biaya-biaya lainnya
Selain **Premi**, atas setiap penerbitan **Polis** dan/atau **endorsement**-nya, kepada **Peserta** juga akan dikenakan Biaya Administrasi.

PASAL 16

KEWAJIBAN PESERTA DALAM HAL TERJADI KERUGIAN

1. Sesudah mengetahui atau pada waktu **Peserta** dianggap seharusnya sudah mengetahui adanya **Klaim** yang dipertanggungkan dalam Polis ini, **Peserta** wajib segera memberitahukan hal itu kepada **Penanggung** secara tertulis atau secara lisan yang diikuti dengan tertulis selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak terjadinya **Klaim**.
2. Formulir **Klaim** yang sudah diisi dengan lengkap beserta dengan dokumen pendukung **Klaim** harus disampaikan kepada **Penanggung** dalam waktu 60 (enam puluh) hari kalender sejak **Peserta** atau yang orang yang dikuasakan oleh **Peserta** menerima formulir klaim dari **Penanggung**.
3. Segala hak atas manfaat dalam Polis ini menjadi hilang apabila ketentuan dalam pasal ini tidak dipenuhi oleh **Peserta**.

PASAL 17

PERUBAHAN RISIKO

1. Setiap saat selama periode **Polis**, jika terjadi perubahan data yang sifatnya material terhadap berbagai fakta non-medis yang ada pada saat tanggal permohonan asuransi, **Peserta** harus menyampaikan pemberitahuan tertulis kepada **Penanggung** dalam jangka waktu selambat-lambatnya 30 (tigapuluh) hari kalender terhitung sejak perubahan diketahui. Fakta-fakta non-medis tersebut termasuk namun tidak terbatas pada perubahan alamat, pada kartu identitas diri, status perkawinan, dan keadaan-keadaan lainnya
2. Dalam hal perubahan berkaitan dengan Jenis dan Batas **Manfaat Asuransi**, perubahan hanya dapat dilakukan pada saat perpanjangan **Polis**.
3. Sehubungan dengan butir 2, **Penanggung** berhak untuk meminta bukti atau keterangan tambahan kepada **Peserta** atas biaya **Peserta**.

PASAL 18

MATA UANG

Dalam hal **Premi** dan atau **klaim** berdasarkan Polis ini ditetapkan dalam mata uang asing tetapi pembayarannya dilakukan dengan mata uang Rupiah Republik Indonesia, maka pembayaran tersebut harus menggunakan kurs setara dengan kurs tengah yang dipublikasikan oleh Bank Indonesia pada saat pembayaran.

PASAL 19

WILAYAH HUKUM

1. Waktu dan Wilayah Berlaku
Jaminan dalam **Polis** ini berlaku 24 (dua puluh empat) jam per hari bagi **Peserta** yang menderita sakit di seluruh wilayah Negara Republik Indonesia.
2. Hukum yang berlaku
Polis ini diberlakukan dibawah hukum Indonesia dan sesuai dengan persyaratan yang diatur oleh hukum yang ada di Indonesia. Penggantian kerugian yang diberikan oleh **Polis** ini tidak dapat diberlakukan terhadap keputusan-keputusan yang tidak diberikan oleh atau didapat dari yuridiksi yang kompeten dari pengadilan Indonesia, tidak juga perintah- perintah yang didapat dari Pengadilan tersebut untuk pelaksanaan keputusan-keputusan yang dibuat diluar Indonesia, baik persetujuan-persetujuan timbal-balik ataupun persetujuan-persetujuan lainnya.

BAB IV

PASAL 20

SANTUNAN TUNAI

Semua Manfaat yang telah diberikan oleh **Penanggung** pada **Polis** ini dapat dilaksanakan dengan menggunakan Sistem **Santunan Tunai**, dimana **Peserta** mengajukan **Klaim** kepada Pihak **Penanggung** dengan melengkapi dokumen klaim sesuai dengan syarat yang tercantum dalam wording polis dan apabila dokumen klaim tersebut dinyatakan lengkap oleh **Penanggung**, **Penanggung** akan membayarkan **Santunan Tunai** kepada Peserta sesuai dengan tata cara pengajuan klaim sebagaimana tertera pada pasal 21.

BAB V

KLAIM

PASAL 21

TATA CARA PENGAJUAN KLAIM

1. **Pembayaran klaim** dilakukan oleh Penanggung dengan cara **Santunan Tunai**.
2. Pengajuan **Klaim** oleh **Peserta** dilakukan secara tertulis dan harus diterima oleh **Penanggung** dalam waktu 60 (enam puluh) hari kalender terhitung sejak selesai perawatan dengan melengkapi Formulir **Klaim** yang telah disediakan oleh **Penanggung**. **Klaim** yang diajukan melampaui jangka waktu tersebut akan ditolak oleh **Penanggung**.
3. Dalam hal **Peserta** mengajukan dokumen **Klaim** tidak secara lengkap, **Penanggung** memberikan tambahan waktu kepada **Peserta** untuk melengkapi dokumen tersebut selama 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung setelah pemberitahuan dari **Penanggung** dan jika lebih dari batas waktu untuk melengkapinya maka **Klaim** tersebut dianggap tidak ada.
4. Pembayaran **Klaim** akan dilakukan **Penanggung** selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja ke Rekening **Peserta**.
5. Apabila dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah pembayaran **Klaim** dilakukan tidak ada keluhan / komplain, maka pembayaran **Klaim** dianggap telah selesai dan **Penanggung** dibebaskan dari segala tuntutan hukum.

PASAL 22

DOKUMEN PENDUKUNG KLAIM

1. Dokumen-dokumen yang diperlukan dalam pengajuan **Klaim**:
 - 1.1 Pengisian Formulir **Klaim** dengan lengkap.
 - 1.2 Fotokopi Kwitansi Legalisir dari **Dokter** atau **Rumah Sakit** yang menerangkan.
 - 1.2.1. Nama **Peserta**.
 - 1.2.2. Tanggal pengobatan.
 - 1.2.3. Resume Medis.
 - 1.2.4. Lama dirawat inap.
 - 1.2.5. Perincian Biaya.
 - 1.3 Fotokopi Identitas Diri **Peserta** Asuransi (KTP/SIM/PASPOR/KITAS) yang masih berlaku.
 - 1.4 Fotokopi Akta Kelahiran (jika **Peserta** pada saat penutupan Asuransi belum berumur 17 tahun dan tidak memiliki Identitas Diri).
 - 1.5 Fotokopi Kartu Keluarga (jika **Peserta** mengambil paket Keluarga)
 - 1.6 Untuk kejadian **Kecelakaan** lalu lintas, harus disertai dengan fotokopi legalisir surat keterangan dari pihak yang berwenang.
 - 1.7 Dokumen tambahan lain yang dinyatakan perlu oleh **Penanggung** yang berkaitan dengan pengajuan **Klaim**.
2. Dokumen **Klaim** yang harus dilengkapi jika **Peserta** meninggal dunia, dan **Klaim** ditransfer ke **Ahli Waris**:
 - 2.1 Fotokopi Identitas **Ahli Waris** (KTP/SIM/PASPOR/KITAS) yang masih berlaku.
 - 2.2 Fotokopi Kartu Keluarga.
 - 2.3 Fotokopi Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit/Instansi Pemerintah Terkait.
 - 2.4 Dokumen tambahan lainnya yang relevan, jika diperlukan.

Bila fakta-fakta penting **Klaim** salah dinyatakan oleh **Peserta**, maka tanggung jawab **Penanggung** pada **Peserta** akan tidak berlaku lagi.

PASAL 23

KETENTUAN TAMBAHAN

1. **Peserta** tidak berhak mendapatkan Santunan atau Penggantian Biaya apabila dengan sengaja:
 - a. 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 **Kecelakaan** atau **Penyakit** yang terjadi.
 - b. Dengan sengaja memperbesar jumlah kerugian yang diderita.
 - c. Mempergunakan surat atau alat bukti palsu, dusta atau tipuan.
2. Hak **Peserta** atas **Manfaat Asuransi** berdasarkan **Polis** ini hilang, apabila **Peserta** tidak memenuhi kewajiban berdasarkan Pertanggungan ini.
3. Perlindungan atas data pribadi
Berhubungan dengan data pribadi yang dikumpulkan untuk asuransi ini, **Peserta** telah menyetujui dan mengetahui bahwa:
 - a. **Penanggung** boleh mengumpulkan, menggunakan dan mengungkapkan data pribadi untuk tujuan yang dinyatakan pada kebijakan kerahasiaan data **Penanggung**, yang meliputi underwriting dan administrasi **Polis** Asuransi (termasuk reasuransi/underwriting, proses **Klaim**, penyelidikan, pembayaran dan keperluan lain yang terkait dengan **Polis** dan/atau pengajuan **Klaim** atas **Polis** ini).
 - b. **Penanggung** tidak akan menggunakan, mengungkapkan atau memproses data pribadi untuk tujuan yang tidak tercantum pada kebijakan kerahasiaan data atau yang belum mendapatkan persetujuan **Peserta**. Jika **Penanggung** ingin menggunakan, mengungkapkan atau memproses data pribadi untuk tujuan lain maka Kami harus mendapatkan persetujuan tertulis dari **Peserta**.
 - c. **Penanggung** boleh mengungkapkan data pribadi untuk tujuan yang berkaitan dengan korporasi terkait, anak perusahaan, perusahaan holding atau perusahaan yang terasosiasi, atau afiliasinya, setiap biro kredit; dan orang lain yang Kepadanya diijinkan atau diwajibkan oleh hukum untuk mengungkapkan.
4. **Peserta** tidak dapat dipertanggungkan oleh lebih dari satu **Polis** sejenis yang dipertanggungkan oleh **Penanggung**. Jika hal itu terjadi, maka yang berlaku dan mengikat **Penanggung** adalah pertanggungan yang memberikan santunan yang terbesar bagi **Peserta**. Jika jumlah santunan untuk masing-masing Polis sama, maka Polis yang pertama kali diterbitkan yang berlaku.
5. Dalam hal terjadinya pertanggungan rangkap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pasal ini, **Penanggung** akan mengirimkan surat pemberitahuan tertulis kepada **Peserta** dengan merinci pertanggungan yang menjadi tidak berlaku. **Penanggung** akan mengembalikan Premi yang sudah dibayar oleh **Peserta** atas pertanggungan yang dihentikan tersebut selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari kalender setelah tanggal surat pemberitahuan tersebut. Biaya-biaya lainnya serta pajak (jika ada) yang telah dibayar oleh **Peserta** atas pertanggungan yang diakhiri tersebut tidak akan dikembalikan oleh **Penanggung**.

BAB VI

PENUTUP

PASAL 24

KEADAAN KAHAR

Peserta dan **Penanggung** dapat menghentikan pertanggung ini karena terjadinya keadaan memaksa (Force Majeure). Prosedur penghentian pertanggung mengikuti ketentuan sebagaimana diatur dalam Pasal 10 (sepuluh) bagian 3 (tiga).

Yang dimaksud dengan keadaan memaksa (Fore Majeure) adalah kejadian diluar kendali **Peserta** dan **Penanggung** termasuk tetapi tidak terbatas pada bencana alam, pemogokan, kerusuhan, perselisihan perburuhan, banjir, perang, sabotase, jatuhnya perekonomian, perubahan peraturan perundang-undangan pemerintah, ketentuan-ketentuan atau peraturan-peraturan atau penyebab lainnya yang serupa maupun yang lain yang berada diluar kendali **Penanggung** atau **Peserta**.

Apabila Force Majeure terjadi, pihak yang mengalami Force Majeure akan memberitahukan secara tertulis keadaan tersebut kepada pihak lainnya selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari kalender sejak terjadinya Force Majeure tersebut. Jika kondisi Force Majeure berlangsung selama lebih dari 7 (tujuh) hari secara terus menerus, maka pihak yang mengalami Force Majeure tersebut dapat meminta penghentian pertanggung sebagaimana diatur dalam **Polis** ini.

PASAL 25

PENYELESAIAN PERSELISIHAN

1. 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.
2. 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.

A. 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.

B. PENGADILAN

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

PASAL 26

PERUBAHAN PRODUK

Apabila dalam masa periode **Polis** terdapat perubahan yang mempengaruhi besaran **Premi, Manfaat Asuransi**, atau ketentuan-ketentuan dari produk ini, maka **Penanggung** akan menyampaikan suatu pemberitahuan tertulis tiga puluh (30) hari sebelumnya ke alamat Peserta yang ada pada catatan **Penanggung** untuk memberikan kesempatan kepada Peserta untuk memutuskan baik menyetujui atau tidak atas perubahan tersebut. Jika dalam waktu tiga puluh (30) hari setelah pemberitahuan tertulis diterima, **Penanggung** tidak menerima tanggapan apapun dari Peserta, maka **Penanggung** akan menganggap bahwa Peserta telah menyetujui perubahan tersebut.

PASAL 27

PENUTUP

1. Isi **Polis** ini telah disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan termasuk ketentuan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan.
2. Untuk hal-hal yang belum atau tidak cukup diatur dalam **Polis** ini, berlaku ketentuan Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan atau Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Klausula Tambahan

Klausul Tambahan untuk POLIS ASURANSI KESEHATAN SOMPO HOSPITAL CARE UNTUK ROOJAI

Untuk menghindari keragu-raguan, setiap ketentuan dalam Klausula Tambahan ini menggantikan ketentuan-ketentuan yang relevan dalam Polis Asuransi Kesehatan Sampo Hospital Care Untuk Roojai, sehingga dalam hal terjadi segala bentuk ketidaksesuaian antara Klausula Tambahan ini dan Polis Asuransi Kesehatan Sampo Hospital Care Untuk Roojai, ketentuan-ketentuan dalam Klausula Tambahan ini yang berlaku.

Keterangan untuk Klausula:

Mandatory adalah Klausula wajib yang dilekatkan pada polis ini.

Optional adalah Klausula Tambahan berdasarkan jenis perluasan manfaat yang dipilih dalam polis.

Klausula – klausula dalam daftar berikut ini dibuat dalam versi bahasa Indonesia, dalam hal terjadi perselisihan yang timbul dari penafsiran isi Klausula dalam versi bahasa asing, maka isi Klausula tersebut ditafsirkan berdasarkan versi asli dalam Bahasa Indonesia).

(Mandatory)

DEFERRED PREMIUM CLAUSE (Modifikasi untuk pemulihan dan klaim)

Meskipun polis ini diterbitkan sebagai kontrak untuk jangka waktu dua belas bulan. dengan ini dipahami dan disepakati bahwa premi harus dibayar dengan angsuran sebagai berikut :

Angsuran pertama jatuh tempo pada (% dari Total Premi)

Angsuran ke-2 jatuh tempo pada (% dari Total Premi)

Angsuran ke-3 jatuh tempo pada (% dari Total Premi)

Angsuran ke-4 jatuh tempo pada (% dari Total Premi)

Dan seterusnya

*Jatuh tempo angsuran dilihat pada lembar penagihan.

Namun demikian, selanjutnya dipahami dan disepakati bahwa: dalam hal pembayaran angsuran tidak diterima secara fisik oleh perusahaan sebelum, atau dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal jatuh tempo, pertanggungjawaban yang diberikan oleh Polis ini akan dianggap telah berakhir pada waktu yang sama dengan cara yang ditentukan pada polis, mengenai permulaan asli

sampul tanggal jatuh tempo tersebut di atas di bawah judul tanggal jatuh tempo, tanpa perusahaan berkewajiban untuk memberikan pemberitahuan wanprestasi apapun. Pertanggungjawaban tidak akan dipulihkan kembali pada ketika premi dibayarkan melewati jatuh tempo diterima secara fisik oleh perusahaan. Asuransi tidak berhak atas pengembalian premi sebagai akibat dari jangka waktu penangguhan tersebut.

Dalam hal timbul klaim berdasarkan Polis ini, semua angsuran premi yang terutang akan mengikuti jatuh tempo asli seperti dalam polis.

(Mandatory)

Klausula informasi kecukupan pendapatan untuk Jaminan Santunan Tunai Harian Rawat Inap

Dengan ini dicatat dan disepakati, jaminan Santunan Tunai Harian Rawat inap dikondisikan pada konfirmasi kecukupan antara pendapatan/penghasilan yang diberitahukan pada saat proses penutupan/underwriting dan bukti pendapatan/penghasilan yang diperlukan dalam waktu 14 hari setelah Polis dimulai. Dalam kasus kegagalan untuk memberikan dokumen-dokumen ini, atau perbedaan, maka manfaat kompensasi rawat inap kasus harian akan segera dibatalkan. Jika dibatalkan, premi yang dibayarkan pada polis ini akan dikembalikan sepenuhnya dan polis akan dibatalkan.

(Optional)

Klausula Perawatan Lanjutan (Rawat Inap) (Follow Up Care)

Dengan ini dicatat dan disetujui, **bahwa dengan pembayaran tambahan premi**, pertanggungjawaban ini diperluas dengan jaminan terhadap Santunan Tunai Harian untuk rawat inap lanjutan yang timbul karena sakit hingga batas 20 (dua puluh) hari segera setelah Peserta keluar dari Rumah Sakit untuk Penyakit yang sama, jika Penanggung telah menerima klaim Ganti Rugi Tunai Rawat Inap berdasarkan jaminan Santunan Rawat Inap sebagaimana yang diatur pada Pasal 2 angka 1 Polis ini (Santunan Tunai Rawat Inap). Kompensasi Perawatan lanjutan Rawat inap hanya dapat diklaim sebagai penggantian biaya (reimbursement).

Semua syarat dan ketentuan dalam Polis sepanjang tidak diubah melalui dokumen ini adalah tetap dan tidak berubah.

(Optional)

Klausula Masa Pengurangan pada Santunan Tunai Harian Rawat Inap dan Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensive (ICU / ICCU / HCU / PICU / NICU)

Dengan ini dicatat dan disepakati, bahwa pertanggungjawaban ini diperluas dengan masa pengurangan untuk manfaat Santunan Tunai Rawat Inap dan manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensive (ICU / ICCU / HCU / PICU / NICU). Masa Rawat Inap yang ditanggung selama di Rumah Sakit akan dikurangi dengan jumlah hari pengurangan yang dipilih dalam Polis ini.

Semua syarat dan ketentuan dalam Polis sepanjang tidak diubah melalui dokumen ini

adalah tetap dan tidak berubah.

Ilustrasi :

- a. 0 (nol) hari periode pengurangan, artinya lama masa Rawat Inap yang ditanggung selama di Rumah Sakit akan dipotong 0 hari.
- b. 1 (satu) hari periode pengurangan, artinya lama masa Rawat Inap yang ditanggung selama di Rumah Sakit akan dikurangi 1 hari.
- c. 2 (dua) hari periode pengurangan, artinya lama masa Rawat Inap yang ditanggung selama di rumah sakit akan dipotong 2 hari.

Demikian seterusnya sesuai dengan pilihan jangka waktu pengurangan minimum pada polis.

Pengurangan ini HANYA berlaku untuk manfaat Santunan Tunai Rawat Inap dan manfaat Santunan Tunai Harian Unit Perawatan Intensive (ICU / ICCU / HCU / PICU / NICU).

(Optional)

Klausula Jaminan Seluruh Dunia

Dengan ini dicatat dan disetujui, **bahwa dengan pembayaran tambahan premi**, pertanggungan ini berlaku untuk wilayah pertanggungan di seluruh dunia.

(Mandatory)

Klausul Penunjukan Jaringan Rumah Sakit dan Klinik

Semua klaim akan valid jika berhubungan dengan bagian penyedia jasa layanan medis dari jaringan penyedia medis versi terbaru yang diberikan oleh Roojai.

Setiap klaim yang diajukan yang menggunakan penyedia jasa medis di luar jaringan penyedia kami akan dianggap tidak memenuhi syarat untuk penggantian.

Aturan ini berlaku untuk semua prosedur klaim yang dilakukan di dalam dan di luar wilayah Indonesia:

- Tanpa uang tunai (Cashless)
- Surat jaminan
- Penggantian biaya

(Mandatory)

Pengembalian Premium (NCB) 20% Diskon Saat Renewal

Dengan ini dicatat dan disetujui, bahwa peserta akan mendapatkan potongan harga pada saat melakukan perpanjangan jika mereka tidak melakukan klaim sampai polis berakhir. Nilai potongan adalah sebesar 20% dari harga premi yang seharusnya dibayarkan.

(Optional)

Klausul Perpanjangan Otomatis

Menyimpang dari segala sesuatu yang bertentangan dalam polis, dengan ini dicatat dan disetujui bahwa asuransi ini dianggap diperpanjang secara otomatis pada tanggal ulang tahun setiap tahun berikutnya untuk jangka waktu 12 (dua belas) bulan yang sama. Premi yang dibayarkan untuk perpanjangan otomatis melalui kartu kredit atau kartu debit, yang akan didebet secara otomatis, atau melalui pembayaran virtual account pada setiap tanggal perpanjangan. Bagaimanapun juga, semua persyaratan perpanjangan akan mengikuti semua ketentuan dalam polis. Semua syarat dan ketentuan dalam Polis selama tidak diubah melalui dokumen ini adalah tetap dan tidak berubah.

Asuransi berhak untuk tidak melanjutkan perpanjangan jika ditemukan kecurangan selama masa polis, atau polis tidak lagi dijual, atau ada perubahan pada produk asuransi yang mengakibatkan kondisi pertanggungans mengalami perubahan.

(Mandatory)

Klausul Pengembalian Premi Karena Pengakhiran Tanggung Jawab

Menyimpang dari hal-hal yang bertentangan dalam Polis, dengan ini dicatat dan disepakati bahwa atas penghentian Polis berdasarkan ketentuan Polis ini, premi akan dikembalikan dengan formula sebagai berikut:

- a. Pengakhiran Asuransi oleh Peserta
 1. Jika peserta membatalkan polis. Pengembalian Premi = Premi Tahunan Peserta x Tarif Jangka Pendek (sesuai masa periode kepesertaan berakhir).
 2. Jika peserta telah berhenti membayar premi. Pengembalian Premi = Premi Tahunan Peserta x Tarif Jangka Pendek (masa kepesertaan sampai pembayaran terakhir diterima).
- b. Pengakhiran Asuransi oleh Penanggung
 1. Jika peserta melakukan penipuan selama periode polis = tidak ada pengembalian.
 2. jika peserta tidak memberikan dokumen persyaratan bukti penghasilan = perusahaan akan membatalkan polis, dan premi yang dibayarkan untuk polis ini akan dikembalikan secara penuh.
 3. Jika perusahaan harus mengakhiri tanggung jawab karena masalah regulasi, dan perubahan aturan dan sejenisnya. Pengembalian Premi = Premi Tahunan Peserta– (masa kepesertaan x Premi Pro Rate).

apabila terjadi klaim yang jumlahnya melebihi jumlah premi yang tercantum dalam Polis, Tertanggung tidak berhak atas pengembalian premi selama sisa masa asuransi yang tidak terpakai.

Tabel Premi Jangka Pendek	
No. of month Insured	% Premium Refund
1	85
2	75
3	65
4	55
5	45
6	35
7	25
8	20
9	15
10	10
11	5
12	0

Semua syarat dan ketentuan lain dari Polis Asuransi ini tetap tidak berubah.

(Mandatory)

Klausula Pembatalan (30 hari)

Polis ini akan tetap berlaku sampai dibatalkan oleh salah satu pihak dengan memberikan pemberitahuan tertulis kepada pihak lainnya tiga puluh (30) hari sebelumnya tentang maksud pembatalan.

Pembatalan tersebut akan menjadi efektif pada saat berakhirnya tiga puluh (30) hari terhitung dari tengah malam hari di mana pemberitahuan tersebut diberikan oleh atau kepada Perusahaan.

(Mandatory)

KLAUSULA BAHASA

Polis ini dibuat dalam Bahasa Indonesia dan Inggris sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2009 tentang Bendera, Bahasa, dan Lambang Negara serta Lagu Kebangsaan. Jika timbul Sengketa mengenai interpretasi dalam Polis ini antara versi Bahasa Indonesia dan Inggris, sejauh diizinkan oleh hukum maka yang berlaku adalah versi Bahasa Indonesia.

Berbeda dengan daftar klausula sebelumnya, Klausula – klausula dalam daftar berikut ini dibuat dalam versi bahasa Inggris, dalam hal terjadi perselisihan yang timbul dari penafsiran isi Klausula dalam versi bahasa asing, maka isi Klausula tersebut ditafsirkan berdasarkan versi aslinya yaitu Bahasa Inggris.

(Mandatory)

NUCLEAR ENERGY EXCLUSION CLAUSE 1994 - NMA 1975 (A) (WORLDWIDE EXCLUDING USA AND CANADA)

* Penjelasan klausula terdapat pada halaman klausula bahasa Inggris.

(Mandatory)

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Pandemic or Epidemic Exclusion Clause

* Penjelasan klausula terdapat pada halaman klausula bahasa Inggris.

(Mandatory)

Property Cyber and Data Exclusion LMA 5401

* Penjelasan klausula terdapat pada halaman klausula bahasa Inggris.

(Mandatory)

Sanction Limitation and Exclusion Clause

* Penjelasan klausula terdapat pada halaman klausula bahasa Inggris.

(Mandatory)

Terrorism Exclusion Endorsement Clause (NMA 2920)

* Penjelasan klausula terdapat pada halaman klausula bahasa Inggris.

(Mandatory)

War and Civil War Exclusion Clause NMA 464

* Penjelasan klausula terdapat pada halaman klausula bahasa Inggris.

(Mandatory)

Waiver Clause (article 1226 & 1227 The Indonesian Civil Code)

* Penjelasan klausula terdapat pada halaman klausula bahasa Inggris.

Policy Wording

INSURANCE POLICY

HOSPITAL CASH PLAN (HOSPITAL CARE)

WORDING

Whereas the **Insured** named in the **Policy Schedule** hereto has filed to PT Sampo Insurance Indonesia (hereinafter referred to as "**Insurer**") a written application together with other written statement being the basis of and incorporated into this **Policy**, provided that the **Insured** has paid the **Premium** to the **Insurer** as mentioned in the **Policy** and subject to the conditions, exclusions and terms contained herein or endorsed hereon, the **Insurer** will indemnify the **Insured** in the manner and to the extent hereinafter provided against Losses caused by the insured perils and described in the terms and conditions printed, attached and or contained in this **Policy**.

Please read the entire **Policy** thoroughly to determine the rights and obligations of the **Insured** as well as the coverages and exclusions. Words with special meaning are defined in Definition section or in the **Policy** part where those words are used.

CHAPTER I

ARTICLE 1

DEFINITIONS

The definitions of terms contained in this General Terms and Conditions shall remain valid and binding in this **Policy** unless stipulated or stated otherwise in the Provisions of **Additional Coverage, Endorsement** and/or other documents incorporated into this **Policy**.

Notwithstanding different meaning that may be given by the prevailing law provision, for the purpose of this **Policy** all words and or sentences in bold in this Article shall be defined as described below:

1. **Heir** is the party appointed by the **Participant** as the beneficiary of the insurance when the **Participant** dies while being treated at the Hospital. Approval from the **Insurer** is not required for the appointment of an **Heir** by the **Participant**. The **Insurer** is not responsible for the validity of the appointment of an **Heir** and the **Participant** releases the **Insurer** from all legal obligations arising from the appointment of this **Heir**. In the event that the designated **Heir** has died, the deceased beneficiary will be determined in accordance with the applicable legal provisions.
2. **Child** is any person born in or as a result of a legal marriage in accordance with applicable laws and regulations, not married or working.
3. **Natural Disaster** is an event or series of events caused by nature including but not limited to earthquakes, tsunamis, volcanic eruptions, floods, droughts, hurricanes, and landslides. These disasters can threaten and disrupt people's lives and livelihoods, resulting in human casualties, environmental damage, property losses, and psychological impacts.
4. **Surgical costs** are **reasonable and necessary costs** in a surgical procedure

consisting of **surgical costs**, anesthesia costs and operating rooms including medicines and surgical equipment.

5. **Reasonable and Necessary Costs** are costs incurred in connection with Health services or necessary treatment, in accordance with the diagnosis and according to applicable medical standards, cannot be ignored, because they will have unexpected consequences for the **Participant's** health condition and these costs do not exceed the general fee charged by most Health services in the area.
6. **Doctor** is a General Practitioner, Specialist **Doctor**, Dentist, Specialist Dentist, graduate of medical education or dentistry both at home and abroad who is recognized by the Government of the Republic of Indonesia in accordance with applicable laws and regulations and has a **Doctor's** practice license. valid and still valid issued by the competent authority.
7. **The treating Doctor** is the **Doctor** who treats the **Participant** while undergoing **Hospitalization**.
8. **Fraud** is a fraudulent act that is carried out intentionally to gain benefit from another party committed by a **Participant** which may result in a loss to the **Insurer**.
9. **Summary of Policy/Insurance** is an inseparable part and is an integral part of the **Policy** which contains summary data/information, **Participant** data, scope of coverage/insurance, amount of **Premium**, and others.
10. **Room** is a health care room for **inpatient purposes**.
11. **Emergency** is a sudden, serious, and unforeseen acute Medical Condition or injury requiring immediate medical Treatment, that without Treatment commencing within 48 hours of the emergency event could result in death or serious impairment of bodilyfunction.
12. **Force Majeure** means certain circumstances beyond the reach of the **Insurer**, including, but not limited to war (whether declared or not), war-like operations, invasions, acts of foreign enemies, conflicts, rebellions, demonstrations, riots, declarations state of war, declaration of a state of national emergency, revolution, natural disaster, epidemic conditions as declared by the competent authority, disruption or closure or discontinuation of stock exchanges, banks or sending institutions, strikes, riots, civil wars, fires, explosions, sabotage, terrorism, embargo or any changes or actions of the Government in the fields of insurance, investment, capital market, or other fields that may directly affect the implementation of this **Policy**.
13. **Accident** is a condition or event that occurs due to an element of violence originating from outside the body, suddenly, unintentionally, cannot be predicted beforehand, the consequences of which can be medically proven, and are the only cause of bodily injury and constitute the only cause of the event where the cause can be seen. These include: poisoning in a sudden form due to ingress of gases, vapours, toxic substances, electric shock, and drowning.
14. The **Main family** is:
 - a. A wife/husband who is legally bound by a valid marriage with the Main **Participant**, registered as a **Participant**, is a maximum age of 60 (sixty) years at the time of registration, except when the **Policy** is effective between them and they are legally divorced.
 - b. The legal child of the **Participant** includes a child who is legally adopted based on the decision of the District Court.
15. **Congenital Abnormalities / Congenital Disability or Congenital Disease** is a medical disorder that has been present at birth or a physical abnormality of a newborn (neonatal). This abnormality may persist and or be discovered in adulthood, except for those caused by trauma arising after the date on which the **Participant** has been continuously covered by this **Policy**.
16. **Incapacity** is a physical condition that requires health care/medication caused by illness or **Accident**. It is considered as 1 (one) event if:
 - a. Within a period of 30 (thirty) days the **Participant** experiences an illness and an **Accident** at the same time which causes a disability.
 - b. Within a period of 15 (fifteen) days the **Participant** at different times experiences an illness and/or **Accident** that causes an incapacity.
17. **Claim** is a claim submitted by **Participant** or **Heir** (in case **Participant** has died) to

the **Insurer** to obtain Insurance Benefit.

18. **Injury** is an injury to a limb as a direct result of an **Accident** that can be proven by the presence of bruises or wounds that can be seen on the outside of the body or internal injuries that can be medically proven.
19. **Insurance Benefit** is reimbursement of costs by the **Insurer** for health care services for **Participant** carried out in accordance with the terms and conditions of this **Policy**.
20. **Policy Look Period (Free Look Period)** is a certain period of time commencing 14 (fourteen) calendar days since the **Policy** is received by the **Participant**, which is the time given by the **Insurer** to the **Participant** to study and ensure that the contents and the **Policy** issued are in accordance with the wishes of the **Participant** and needs of **Participant**.
21. **Waiting Period** is a certain deadline set by the **Insurer** which is calculated from the effective date of Participation or Change of benefits, during which time the **Participant** is not entitled to obtain Insurance Benefits based on the terms and conditions of this **Policy**.
22. **Surgery** is a specialist medical action, both invasive and non-invasive, using incisions in body organs, with or without Anesthesiologists in a certain room, with or without the use of certain tools, such as laser beams.
23. **Medical Services or Medically Necessary** are medical services that are in line with the usual medical diagnosis and treatment for covered Disability, in accordance with good and standard medical practice, not for the convenience of **Participant** or **Doctor** and all costs charged are reasonable for treatment an incapacity.
24. **Surgery** is a surgical action or surgery on the recommendation of a **Doctor**.
25. **Insurer** is PT Sampo Insurance Indonesia as an insurance company that runs a health insurance program based on the terms and conditions of this **Policy**.
26. **Disease** is an abnormal condition or deviation or interruption of the normal structure or function of any part of the body, organ or system in the human body which is characterized by a characteristic collection of clinical signs and symptoms.
27. **Chronic Disease** is a **Disease** that has been going on for a long time and continuously.
28. **Participant** is the Main **Participant** and nuclear family who have been registered in this insurance program and are therefore entitled to receive **Policy** benefits according to the terms and conditions set out in this **Policy**.
29. **Policy** is this written health insurance agreement along with its attachments and notes or endorsements containing provisions containing insurance terms governing the rights and obligations between the **Insurer** and the **Participant** on a reciprocal basis and has been signed by the **Insurer**.
30. **Renewal Policy** is a **Policy** whose Insurance Validity has ended, to be extended again for the next 1 (one) year without being interrupted from the maturity of this **Policy** with the same type and limit of benefits as well as terms and conditions as the previous year's **Policy**.
31. **Premium** is the amount of money stated in the **Policy** that must be paid by the **Participant** to the **Insurer** at a predetermined time so that the Insurance coverage remains valid, which is calculated based on but not limited to the **Participant's** age, **Participant's** gender, and **Participant's** Insurance Benefits.
32. **Hospitalization** means a Physical Disability requiring all of the following:
 - a. Requires special measures and special equipment installed at a hospital that provides inpatient facilities for a certain period, due to illness or **Accident**, so it is recommended by a **Doctor** at the hospital to get health care.
 - b. Treatment as a patient stays at the hospital for at least 1x24 (one time twenty four) hours or more for medically necessary treatment for physical disability that is guaranteed and the hospital charges room and stay costs in full, on advice/recommendation and under the supervision and regular presence of a **Doctor**. In the case of Surgery due to **Accident**, the period of 1x24 (one time twenty four) hours applies.

33. **Hospital** is an institution that runs a health care business, which has obtained an operational permit from the authorized agency in accordance with the applicable legislation, and has met the following requirements:
 - a. Its main activities are providing health care and medical services, with inpatient facilities, for sufferers of illness or **Accident**;
 - b. Have well-maintained and well-organized facilities to carry out health diagnoses, treatment of **Diseases** or **Accidents** and provide facilities (if needed) for major surgery as long as it does not exceed the limits determined by the facilities under the supervision of the authorities;
 - c. Providing 24 (twenty four) hour care and treatment services by certified nurses, under the leadership of **Doctors**;
 - d. Having a **Doctor** or more with a valid **Doctor's** permission and always ready at all times;
 - e. **Hospitals** or **Clinics** for Mental Treatment, Treatment of Drug Addiction, Beauty Treatments, Treatment for Old Age (**Hospitals** for the Elderly) as well as traditional care and treatment institutions are not included in the category of **Hospitals** or **Clinics**.
 - f. **Clinics** with an operating license from the the authorized authority, as well as traditional **clinics** are not included in the category of **Hospital** in the definition of this article.
33. **Cash Compensation** is an amount of money given by the **Insurer** to **Participant** as a substitute for the loss of the benefits guaranteed in this **Policy**.
34. **SPPA** is an Application for Insurance Closure which must be filled out with complete and true information by the prospective **Participant** in order to enter into an Insurance agreement which forms the basis of this **Policy** agreement.
35. **Benefit Table** is the attached table which explains clearly and in detail the category and maximum limit for the value of the Insurance Benefit which is an integral part of the **Policy**.
36. **Policy Year** is the year the insurance **Policy** is effective for a period of 1 (one) calendar year including the effective date from the start of the insurance and immediately after that date, or it can be extended for another year by agreement between the **Insurer** and the **Participant**.
37. **Medical Personnel** is a person who has carried out formal education in the health sector, is recognized and has permission from the Ministry of Health to practice his field of knowledge to the public, including but not limited to **Doctors**, Midwives, Nurses.
38. **Intensive Care Unit** is part of health services in hospital operations that are permanently provided for the care of people who are medically categorized as sick or critically injured who require continuous supervision both manually and audio-visually, including the ICU (Intensive Care Unit). Care Unit), ICCU (Intensive Cardiac Care Unit), HCU (High Care Unit), NICU (Neonatal Intensive Care Unit), and PICU (Pediatric Intensive Care Unit).

CHAPTER II

ARTICLE 2

COVERAGE

The **Insurer** will pay for **Participants** who are sick due to illness or **Accident** in accordance with the limits of the Benefit Table in the attachment.

These benefits include:

1. **Daily Cash Hospitalization Compensation**

This **Policy** provide daily **Cash Compensation** to **Participants** as stated in the **Policy Schedule** if during the Insurance period, the **Participant** is affected by an illness or has an **Accident** and requires **Hospitalization** in the Hospital.

For Daily Cash Hospitalization compensation benefits, it is valid for 2 (two) times of **Hospitalization** for diagnosis of the same disease and a maximum of 90 (Ninety) days of treatment during the **Policy** period or the period listed in the **Policy** Summary. **Participants** are entitled to compensation benefits if they have received treatment for at least 1x24 (one time twenty-four) hours at the hospital.

2. **Surgical Cash Compensation**

This **Policy** provide **cash compensation** to **Participants** as stated in the **Policy Schedule** if during the Insurance period, the **Participant** is exposed to **Disease**, or critical illness due to an **Accident** and requires surgery or Hospital Operation.

It is valid only for 1 (one) time during the **Policy** period. This Surgical Fee compensation benefit applies if the **Participant** has undergone Inpatient treatment.

3. **Daily Cash Intensive Care Unit (ICU / ICCU / HCU / PICU / NICU)**

This **Policy** provide cash compensation to **Participants** as stated in the **Policy** Summary if during the Insurance period, the **Participant** is exposed to an illness or experiences a critical incident as a result of an **Accident** and requires treatment in the Intensive Care Unit (ICU / ICCU / HCU / PICU / NICU) room.

For this benefit, the maximum 2 (two) two **Hospitalizations** are valid for diagnosis of the same disease and a maximum of 20 (twenty) days of treatment during the **Policy** period or the period listed in the **Policy** Summary.

If the Treatment period is more than 20 (twenty) days, then from the 21st (twenty-first) day it is covered in the benefits of the ordinary Inpatient Room which is the right of the **Participant**. The number of days of **Hospitalization** in the Intensive Care Unit will reduce the number of days of **Hospitalization** in the Daily **Cash Hospitalization Benefit**. **Participants** are entitled to benefits of Intensive Care Unit Inpatient compensation if they have been treated for at least 1x24 (one time twenty-four) hours at the Hospital.

ARTICLE 3

TERM & CONDITIONS

The **Insurer** will pay the Insurance Benefits according to the type and limit of benefits owned by the **Participant**, with the following conditions:

1. This insurance benefit is only valid in the entire territory of the Republic of Indonesia.
2. This **Policy** applies the provisions of the **Policy** Study Period (Free Look Period) for 14 (fourteen) calendar days since the **Policy** is received by the **Participant**
3. This **Policy** applies a waiting period of 30 (thirty) calendar days from the start of the Insurance period. This waiting period provision does not apply if the **Participant** has an **Emergency** that requires **Hospitalization** or Surgery.
4. Cash Compensation will be paid in full according to the limit of benefits owned by the **Participant**.
5. Illness and/or **Accident** experienced by the **Participant** occurs during the **Policy** period and the Membership is still valid.
6. The benefit under this **Policy** applies if the **Premium** on the **Policy** and Membership

- has been paid in full.
7. Treatment and or medical expenses incurred directly from the **Disease** and or **Accident** insured in the **Policy**.
 8. If the **Participant's Hospitalization** period exceeds the **Policy** effective date, the validity period of the Insurance Benefit for the **Participant** concerned will be extended until he is discharged from the Hospital for such Treatment with a maximum of 10 (fifteen) calendar days after the **Policy** expiration date, whichever event which occurred first.
 9. **Participants** still receive this benefit, even though they already have other insurance.
 10. Subject to the terms, limitations, exclusions and conditions set forth and set forth in this **Policy**.

ARTICLE 4

EXCEPTION

1. ***Pre-existing Conditions and/or Diseases and/or Injuries (Pre-Existing Conditions) including Critical Illness Pre-Existing Condition.***
2. ***Wounded and or sick due to war or active duty in the military or armed forces of a country or international agency, strikes, riots, riots (direct and indirect), rebellion and the like.***
3. ***Boarding, disembarking from, being in or flying with an engine or non-engine means of air transportation, flying with chartered aircraft / military / police / helicopters, except when using commercial aircraft with scheduled flights. and a fixed flight path.***
4. ***Illness or injury caused by or related to ionizing radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from nuclear fission processes or from any nuclear weapons material.***
5. ***The cost of treatment in a nursing home or sanatorium to restore health, traditional medicine clinics or the like for rest treatment or hospitalization in connection with a medical examination.***
6. ***Suicide, self-injury, attempted suicide, whether sane or insane, intentionally involving oneself in a situation that endangers oneself.***
7. ***Performing an attempted unlawful, criminal, against lawful detention and being attacked for his provocation.***
8. ***Treatment and or treatment of Diseases and or Injuries as a result of drug abuse, drug addiction, use and or consumption of alcohol, narcotics, anesthetics and other psychotropic drugs.***
9. ***Certain dangerous sports such as but not limited to Rock Climbing, Bungy Jumping, Hang Gliding, Car / Motorcycle / Bike / Speed Race with other motorized or non-motorized vehicles, Parachute / Parachuting, Boxing / Martial arts or physical contact sports others, Acrobatics, Diving, Hanging, Kite Flying / Hanging Kite, Rafting and all kinds of other risky sports.***

- 10. Diseases that occur through Sexual Relations, AIDS and ARC (Aids Related Complex) as well as HIV Positive and all Diseases caused by or associated with the HIV Positive Virus.**
- 11. Screening Tests related to HIV (Human Immunodeficiency Virus) or AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), including but not limited to Elisa Blood Test (Anti HIV), P24 Antigen, and PCR (Polymerase Chain Reaction).**
- 12. Treatment and medical procedures that are still categorized as experimental, such as Ozone Therapy, Hyperbaric Therapy, Laser Eximer procedures, Chiropractic methods, Mesoteraphy, Hydrotherapy, Stem Cell and similar methods or health services, including drugs that have not been officially recognized by the Ministry of Health.**
- 13. Treatment or Treatment related to Specific Diseases or existing Diseases related to Congenital Disorders found and or known after birth and or Hereditary Diseases, for example: Hernia, VSD, ASD, Debilitation, Embicil, Mongoloid, Cretinism, Thalassemia, Haemophillia, Epilepsy / Apoplexy, Hydrocele and others.**
- 14. Costs incurred for periodical medical checkups, medical check-ups or supporting examinations that are not related to treatment or diagnosis of Disease and/ or being covered, or medicines or preventive examinations or are screening by a Doctor, or any treatment that is not medically necessary as well as any preventive treatment.**
- 15. Medical tests that are not related to the treatment or diagnosis of covered physical disability or any Medically unnecessary Treatment / Treatment, unreasonable or unnecessary costs for the treatment of a Disease as well as any preventive treatment, hormonal treatment or treatment, expenses which does not include medical expenses during hospitalization and treatment for weight loss or to gain weight as well as treatment and or treatment that has been reimbursed by any other Insurance or other party or has been compensated to the Participant.**
- 16. Medical service provider fees charged by himself, the Participant's immediate family or by someone who normally lives in the Participant's household.**
- 17. Interference due to Radioactive Rays, Nuclear, Catastrophic Natural Disasters (Earthquakes, Floods, Volcanic Eruptions, Hurricanes, Tsunamis and the like).**
- 18. All types of Advanced Immunization costs are not covered. Including treatment and/or treatment related to its complications.**
- 19. All types of treatment related to teeth (including oral surgery), except the treatment of natural teeth damaged by accident.**
- 20. Any treatment and care related to pregnancy, miscarriage, or childbearing (including examinations to diagnose pregnancy), including complications related thereto.**
- 21. Treatment of Psychological Mental Illness or Mental Disorders (Mental Disorder) and other nervous disorders including any manifestations associated with Psychological or Psychosomatic Disorders.**

22. *Treatment of Geriatric and Psycho-Geriatric Conditions.*
23. *All kinds of disorders / Diseases related to the reproductive system, for example: Dysmenorrhea, Amenorrhea, Oligomenorrhea / Polymenorrhagia, Chocolate Cysts, Endometriosis, and Varicocele.*
24. *Sterilization, Infertility Treatment, Treatment to get Fertility / Infertility including IVF, Impotence, Hormonal Drugs, Toxoplasmosis treatment and others including its complications.*
25. *SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), MERS (Middle East Respiratory Syndrome), Bird Flu (Avian Influenza) and other Pandemic Diseases that have become part of the Government Program.*
26. *Treatment and/or treatment for growth and development disorders including but not limited to Failure to Thrive (FTT), Eating Disorders (Anorexia), Speech Disorders, Hyperactivity, Attention Disorders (Autism), Dyslexia, Mental Retardation, Walking Delays.*
27. *Examination and treatment related to Snoring.*

ARTICLE 5

PRE-EXISTING CONDITIONS

Pre-existing Conditions of **Disease** or Injuries (Pre-Existing Conditions) are **Diseases** or injuries that already existed in the **Participant** before and at the date of validity of the insurance, which requires continued health services and or medical conditions that will appear repeatedly related to the **Disease**. and/or **Diseases** that have existed or are unknown to **Participant** who meet the following requirements:

- a. Have received a diagnosis; or
- b. In general, a person will naturally try to get a diagnosis, treatment, treatment; or
- c. It has been recommended by the **Doctor** to get medical treatment, regardless of the actual treatment has been carried out or not.

Diseases included in Pre-Existing Conditions include but are not limited to:

1. All types of Benign Tumours, such as Ganglion, Cysta Atheroma and others similar,
2. **Diseases** related to kidney function, such as kidney stones, urinary tract stones, urinary bladder stones,
3. All types of Hernias including Hernia Nucleus Pulposus (HNP),
4. Haemorrhoids / Haemorrhoids and Anal Fistula,
5. ENT **Diseases** that require surgery (ENT = Ear Nose Throat), such as Chronic Paranasal Sinus, Chronic Tonsillitis, Chronic Mastoiditis, and others,
6. Cataract / Lens Opacity,
7. Hypertension / High Blood Pressure,
8. Diabetes (Diabetes Mellitus) and its complications,
9. Tuberculosis / TB,
10. Sores / Ulcers in the Stomach / Intestines 12 Fingers (Gastric Ulcer / Duodenal Ulcer),
11. Gallbladder Infections, Gallstones and Gallstones (Cholecystic, Cholelithiasis, Choledocholithiasis),

12. **Diseases** related to liver function, such as chronic / chronic hepatitis, liver cirrhosis, melena,
13. Degenerative **Diseases**, for example: Spondylarthrosis, Osteoporosis,
14. All types of Chronic Obstructive Pulmonary **Disease**, for example Bronchial Asthma, Emphysema,
15. Collagen **Diseases**, for example: SLE (Systemic Lupus Erytomatosis), Kawasaki **Disease**,
16. Epilepsy / Epilepsy,
17. All Disorders of the Thyroid or Thyroid and Goitre,
18. Acute Exacerbation of Chronic Appendicitis and its Surgery,
19. **Diseases** due to uric acid (Gout); rheumatism,
20. Increased Levels of Fat in the Blood (Dyslipidaemia).

Also included in **Pre-existing condition** is Pre-Existing Critical Illness, including but not limited to:

- 2.1 Strokes,
- 2.2 Cancer in Women (Cancer),
- 2.3 Cancer in Men (Cancer),
- 2.4 Lung Cancer (Lung Cancer),
- 2.5 Liver Cancer (Liver Cancer),
- 2.6 Skin Cancer (Skin Cancer),
- 2.7 Nasopharyngeal Cancer (Nasopharyngeal Cancer),
- 2.8 Heart Attack = Myocardial Infarction / Heart Muscle Death,
- 2.9 Coronary Artery Bypass Grafting Surgery
- 2.10 Cardiac Valve Surgery,
- 2.11 Fulminant viral hepatitis,
- 2.12 Chronic / Chronic Liver Disease,
- 2.13 Pulmonary Arterial Hypertension (Disabling Primary Pulmonary Hypertension),
- 2.14 Chronic / Chronic Lung Disease,
- 2.15 Renal Failure,
- 2.16 Aplastic Anemia,
- 2.17 Large Organ Transplant (Kidney, Heart, Liver, Lung and Pancreas),
- 2.18 Blindness,
- 2.19 Deafness, Loss of Hearing Functions (Deafness),
- 2.20 Loss of Speech,
- 2.21 Neurological Deficits (Multiple Sclerosis),
- 2.22 Paralysis,
- 2.23 Muscular Dystrophy,
- 2.24 Dementia Disease / Organic Brain Disorders (Alzheimer's Disease),
- 2.25 End Stage Liver Disease (Motor Neurone Disease),
- 2.26 Parkinson's Disease,
- 2.27 Aortic Vascular Surgery,
- 2.28 Poliomyelitis,
- 2.29 Inflammation of the brain (Encephalitis),
- 2.30 Benign Brain Tumor
- 2.31 Cardiomyopathy (Cardiomyopathy),
- 2.32 Other Serious Coronary Heart Disease,
- 2.33 Serious Head Trauma (Major Head Trauma),
- 2.34 Inflammatory Diseases of the Meninges (Bacterial Meningitis),
- 2.35 HIV acquired through Blood Transfusion (HIV by Blood Transfusion),
- 2.36 Occupational acquired HIV,
- 2.37 Crohn's Disease,
- 2.38 Ulcerative Colitis Severe Ulcerative Colitis,
- 2.39 Angioplasty and other invasive treatments for Cardiovascular Disease,
- 2.40 Systemic Lupus Erythematosus (Systemic Lupus Erythematosus),
- 2.41 Severe Rheumatoid Arthritis,
- 2.42 Kawasaki Disease resulting in Cardiac Complications,
- 2.43 Idiopathic Scoliosis Surgery,

- 2.44 Recurrent Chronic Pancreatitis
- 2.45 Chronic Elephantiasis (Chronic Elephantiasis),
- 2.46 Loss of Independence of Life,
- 2.47 Death of Muscular or Tissue (Gangrene),
- 2.48 Incurable Disease (Late Stage) - Terminal Illness,
- 2.49 Progressive Scleroderma,
- 2.50 Medullary Cyst Disease,
- 2.51 Cerebral Vascular Aneurysm Requiring Surgery,
- 2.52 Disconnection of the Brachial Plexus Nerve Roots,
- 2.53 Stroke Requiring Carotid Artery Surgery,
- 2.54 Apallic Syndrome,
- 2.55 Myasthenia Gravis,
- 2.56 Loss of Limbs,
- 2.57 Progressive Bulbar Palsy,
- 2.58 Progressive Supranuclear Palsy,
- 2.59 Trauma to the Head Accident - Major Head Trauma,
- 2.60 Hydrocephalus,
- 2.61 Eisenmenger,
- 2.62 Amyotropic Lateral Schlerosis.

CHAPTER III

GENERAL REQUIREMENTS

ARTICLE 6

PARTICIPATION TERMS

Each prospective **Participant** who wants to be included in this Insurance program must meet the following requirements:

1. **Participant** are in good health, aged between 6 (six) months to 60 (sixty) years at the time of registration. And can be extended until the age of 65 (sixty five) years. If the **Participant** is sick or under treatment at the Hospital up to the date when he/she should be able to participate, the effective date of participation will be determined until a date after the **Participant** has fully recovered from the illness he/she is suffering from.
2. Especially for the family package, consisting of the main family, which is father, mother and a maximum of 2 (two) children, who are registered in one family card.
3. **Participant** may add Membership at any time with the following conditions:
 - a. Submit a written application to the **Insurer** for the addition of such participation, no later than 14 (fourteen) days prior to the effective date of addition of **Participant**; and
 - b. Prospective **Participant** are in good health, not currently undergoing Hospitalization and meet the requirements set by the **Insurer**; and
 - c. Maximum addition of membership can be done 3 (three) months before the end of the coverage.
 - d. The entry into force of additional membership cannot be retroactive.
4. **Participant** may terminate their Participation at any time by submitting a written application to the **Insurer**, no later than 14 (fourteen) calendar days prior to the effective date of termination of participation.

ARTICLE 7

WAITING PERIOD

For each **Participant**, a **Waiting Period** of 30 (thirty) calendar days will be applied starting from the effective date of the relevant participation.

In the case of renewal of the **Policy**, the Waiting Period does not apply if:

1. There is no change in the terms and conditions of the **Policy**, including the types and limits of benefits; and
2. The **Participant** has extended the validity period and paid the Extended **Policy Premium** before the old **Policy** expires; and
3. There is no addition of new **Participant** in the **Renewal Policy**.

ARTICLE 8

FREE LOOK PERIOD

Participant are given the opportunity to study the contents of the **Policy** (Free Look Period) for 14 (fourteen) calendar days since the **Policy** is received by the **Participant**. If the **Participant** is not satisfied with the contents of the **Policy**, the **Participant** may apply for the cancellation of the **Policy**.

For the cancellation of the **Policy**, the **Premium** will be refunded after being charged the previous Admission Fee.

However, if the **Participant** has submitted a Claim for Insurance Benefits, the **Participant's** right to apply for **Policy** cancellation based on this provision will be void.

ARTICLE 9

POLICY VALIDITY

A person's participation begins when a person is approved and listed as a **Participant** according to the participation start date listed in the **Policy** Summary or **Policy** Endorsement.

With the condition that the **Participant** has paid in full the entire **Premium** bill of the **Policy** in accordance with the terms and conditions of payment stipulated in this **Policy**, the **Policy** is declared to be effective as of the date stated in the **Policy** Summary and will end automatically if one of the events below occurs, whichever comes first:

1. The **Premium** for the **Participant** has not been paid to and received by the **Insurer** in accordance with the terms and conditions stipulated in the **Policy**.
2. Full benefit payments have been made to the **Participant**. And the coverage will stop without a **Premium** refund even though the insurance period has not ended.
3. Participation is terminated early by the **Participant** and or the **Insurer**.
4. The term of coverage under this **Policy** ends or exceeds the expiration date of

- participation.
5. Debiting or Collection of Extended **Premium** is not successful as regulated in Article 15 section 2.a of this **Policy**.
 6. The **Participant**'s Credit Card and/or Debit Card is closed.
 7. The **Participant** dies.

This participation can also be extended automatically unless the conditions as mentioned in Article 9 (Nine) occur.

ARTICLE 10

POLICY TERMINATION

1. Membership Cancellation at the Free look period
If the cancellation is made by the **Participant** for any reason, then within 14 (fourteen) calendar days from the date the **Policy** is received by the **Participant**, the **Participant** must return this **Policy** to the **Insurer** along with a letter of request for **Policy** cancellation. Cancellation takes effect from the beginning of the **Policy** Period. With such cancellation, the **Premium** that has been paid by the **Participant** will be returned no later than 60 (sixty) calendar days after the **Insurer** receives the request for **Policy** cancellation. If there are costs associated with returning this **Premium** including but not limited to transfer fees and administration fees, these costs will be charged to the **Participant**.
2. Termination of Insurance by the **Participant** or the **Insurer**.**Participant** and the **Insurer** may terminate the coverage by sending written notice.
 - a. If the termination is made by the **Participant** then:
 1. If the **Premium** payment is made on a monthly basis, the termination will take effect from the end of the coverage period based on the last maturity **Premium** paid by the **Participant**.
 2. If the **Premium** payment is made on an annual basis, then the termination is effective 30 (thirty) days from the date the request for **Policy** termination is received from the **Participant**.
 - b. If termination is made by the **Insurer**:

The **Insurer** has the right at any time to terminate this insurance coverage with prior written notification to the Insured, within 30 (thirty) working days regarding the termination of such insurance coverage. In this case, the **Premium** will be returned on a pro-rata basis for the period of coverage that has not been served, after deducting the **Insurer**'s acquisition costs (if any). The **Insurer** is released from all obligations under this **Policy** when the **Policy** is terminated. This provision does not apply to automatic termination due to non-payment of **Premium** as regulated in Article 9, Section 2.a.
3. Upon any termination of the **Policy** based on the provisions of this **Policy**, the **Insurer** and the **Participant** agree not to apply the provisions of Article 1266 and Article 1267 of the Civil Code (KUHPerdata) and termination of coverage is carried out without requiring the approval of the District Court.

ARTICLE 11

RETURN OF PREMIUM DUE TO TERMINATION OF LIABILITY

1. Termination of Insurance by **Participant**

- a. Termination of coverage as referred to in article 10 point 2.a, provided that the **Participant** has never received Insurance Benefits or is not submitting a Claim, the **Premium** will be returned with the following Formula:

Premium Return =

[50% of **Participant's** Annual **Premium** x (Remaining Unfinished Participation Period/Should Participation Period)]

However, if before the **Policy** is terminated the **Participant** has received the Insurance Benefit or is submitting a Claim with a total amount of less than 50% of the Annual **Policy Premium**, the **Participant** is entitled to a **Premium** refund of 50% of the Annual **Policy Premium** on a prorated basis for the period of coverage that has not been served, after deducting Claim fees, with the following formula:

Premium Return =

[50% of **Participant's** Annual **Premium** x (Remaining Unfinished Participation Period / Presumed Participation Period) – Claims that have been paid]

- b. In the event that the termination of coverage is carried out by the **Participant** and during the period of coverage that has been served, there has been a Claim that exceeds the amount of **Premium** listed in the Schedule of Insurance, the **Participant** is not entitled to a refund of the **Premium** for the period of coverage that has not been served.

2. Termination of Insurance by the **Insurer**

Participant are entitled to a pro rata **Premium** refund related to the insurance period that has not yet ended.

ARTICLE 12

OTHER LIABILITY

Participant are not obliged to notify other **Insurers** for the same interest.

ARTICLE 13

OBLIGATION TO DISCLOSE FACTS

1. The **Participant** is obligated:

- 1.1. to disclose material facts, namely any information, statements, circumstances and facts that may affect the **Insurer's** consideration in accepting or rejecting

an application for insurance coverage and in determining the rate of **Premium** if application is accepted,

- 1.2. to make correct statement of the particulars related to the insurance coverage, either those made at the time of execution of the insurance contract or during the insurance period.
2. If at the time the insurance is in effect it is found that there are statements, descriptions or explanations that are incorrect or incomplete either before, during or at the time of claim settlement, then:
 - 2.1 If a statement, statement or explanation that is incorrect or incomplete is made without intention and is not material to the risk borne by the **Insurer**, the **Insurer** has the right to make adjustments to the actual situation with or without the imposition of additional **Premium**,
 - 2.2 However, if the statement, information or explanation that is incorrect or incomplete is material to the risk to be borne by the **Insurer**, the **Insurer** has the right to make adjustments to the actual situation by imposing additional **Premium** or rejecting Claims and canceling participation and or **Policy** with or without **Premium** refund,
 - 2.3 If the statement, information or explanation that is incorrect or incomplete is done intentionally / fraudulently and is material to the risk to be borne by the **Insurer**, the **Insurer** has the right to reject the Claim and cancel the participation and or **Policy** without refund of the **Premium**, or
 - 2.4 If the statement, description or explanation is incorrect or incomplete, it will result in the rejection of the prospective **Participant** in the coverage if the **Insurer** knows beforehand, the **Insurer** has the right to reject the Claim and cancel the participation with the return of the **Premium**.
3. Any adjustments or changes referred to in paragraph 2 above will take effect after the **Insurer** issues a letter, or issues a **Policy** Addendum.
4. The provisions in paragraph (2) above do not apply in terms of material that is not known to the **Insurer**, but the **Insurer** does not have the right to know about the event above 30 (thirty) days after the **Insurer** finds out.

ARTICLE 14

MEDICAL NOTES

All certificates, statements, medical reports and evidence requested by the **Insurer** must be provided at the **Participant**'s expense, and in a form as requested by the **Insurer**. Whenever requesting information, the **Participant** must provide it in writing and address it to the **Insurer**. A **Participant**, at the request and expense of the **Insurer**, must be willing to carry out a medical examination whenever it is deemed necessary.

Participant give full rights to the **Insurer** to request Medical Data (Medical Record) about himself from the Health Service Provider.

ARTICLE 15

PREMIUM AND ADDITIONAL FEES

1. **Premium Payment**
 - 1.1 Payment of **Premium** can be paid in full in advance for a period of 1 (one) year or periodically every month, and must be paid at the beginning of **Policy** issuance or addition of **Participant**.
 - 1.2 It is a prerequisite of the **Insurer's** responsibility for Insurance coverage under this **Policy**, that the **Premium** as stated in the **Policy** Data must have been paid in full and has actually been received in full by the **Insurer** within a grace period of 30 (thirty) calendar days from the time the **Participant** receives the **Policy**.
 - 1.3 Payment of **Premium** as may be made by debiting the **Participant's** Debit/ Credit Card or by transfer or by other means agreed by the **Insurer** and the **Participant**.
 - 1.4 **Premium** is deemed to have been received by the **Insurer** if:
The **Premium** has been received and recorded in the **Insurer's** account or the debit as regulated in point 1.2 of this article has been successfully carried out
 - 1.5 In the case of **Premium** payment using check and or bilyet giro, payment can be said to have occurred if the said check or bilyet giro can be cashed.
 - 1.6 All **Premium** payment obligations must be received by the **Insurer** no later than the **Premium** payment due date or before the commencement date of the **Renewal Policy**.
 - 1.7 In the event that the coverage has ended and the **Premium** bill and other obligations have not been paid by the **Participant**, the **Premium** bill and other obligations remain the obligations that must be paid by the **Participant**.
2. **Premium Payment Deadline**
 - a. In the event that payment for Renewal (extension) **Premium** is not successfully made on the due date of **Premium** payment, the **Insurer** will give a grace period of 30 (thirty) calendar days from the due date of **Premium** payment. If the grace period has passed and the **Premium** has not been paid successfully, the **Policy** will be canceled starting from the due date for **Premium** payment.
 - a. Even though in the article 2 (a), the **Policy** is automatically canceled, the **Insurer** will continue to make efforts to collect the **Premium** and if all the **Premiums** owed are successfully carried out more than 30 calendar days after the due date of premium payment, the **Policy** will be reinstated on the date the collection is successful, but must follow the order process from the beginning.
 - b. With due regard to other terms and conditions in this **Policy** and as long as there are no changes, regular **Premium** payments on the due date made by the **Participant** are proof of the **Insurer's** approval to extend the coverage period of this **Policy**. The **Insurer** is not obliged to issue any documents for the extension of the coverage period in this **Policy** and therefore this **Policy** is a valid proof of the coverage provided.
3. If there is a loss covered by the **Policy** within the grace period as referred to in paragraph (1) of this Article, the **Insurer** will only be responsible for the loss if the **Participant** pays the **Premium** within the relevant grace period.
4. **Premium Billing**
 - 2.1 For **Premium** collection purposes, the **Insurer** will send **Premium** Bills to

Participant.

- 2.2 If for one reason or another the **Insurer** does not collect the **Premium**, then this does not relieve the **Participant** from his obligation to pay the **Premium** and or not to pay the **Premium** on time.
5. Other costs
In addition to the **Premium**, for each issuance of the **Policy** and/or its endorsement, the **Participant** will also be charged an Administration Fee.

ARTICLE 16

PARTICIPANT'S LIABILITY IN THE EVENT OF A DAMAGE

1. After knowing or at the time the **Participant** is deemed to have known about the existence of a Claim insured under this **Policy**, the **Participant** must immediately notify the **Insurer** in writing or orally followed by writing no later than 30 (thirty) calendar days since the occurrence of the Claim. .
2. Completely completed Claim Form along with supporting Claim documents must be submitted to the **Insurer** within 60 (sixty) calendar days from the **Participant** or a person authorized by the **Participant** receives the claim form from the **Insurer**.
3. All rights to benefits in this **Policy** will be lost if the provisions in this article are not fulfilled by the **Participant**.

ARTICLE 17

RISK CHANGES

1. At any time during the **Policy** period, if there is a material change in data regarding various non-medical facts that existed at the date of the insurance application, the **Participant** must submit written notification to the **Insurer** within a period of no later than 30 (thirty) calendar days as of changes are known. These non-medical facts include but are not limited to change of address, on identity cards, marital status, and other circumstances.
2. In the event that changes are related to the Type and Limit of Insurance Benefits, changes can only be made at the time of **Policy** renewal.
3. In relation to point 2, the **Insurer** has the right to request additional evidence or information from the **Participant** at the **Participant's** expense.

ARTICLE 18

CURRENCY

In the event that the **Premium** and or claim under this **Policy** is determined in a foreign currency but the payment is made in the Indonesian Rupiah currency, the

payment must use an exchange rate equivalent to the middle rate published by Bank Indonesia at the time of payment.

ARTICLE 19

JURISDICTION

1. Time and Region Applicable
The guarantee in this **Policy** is valid 24 (twenty four) hours per day for **Participant** who are sick throughout the territory of the Republic of Indonesia.
2. Applicable law
This **Policy** is enforced under Indonesian law and in accordance with the requirements stipulated by existing law in Indonesia. The indemnification provided by this **Policy** shall not apply to decisions not rendered by or obtained from the competent jurisdiction of the Indonesian courts, nor to orders obtained from such Courts for the implementation of decisions made outside Indonesia, whether -mutual agreement or other agreements.

CHAPTER IV

ARTICLE 20

CASH COMPENSATION

All Benefits that have been provided by the **Insurer** on this **Policy** can be implemented using the Cash Compensation System, where the **Participant** submits a Claim to the **Insurer** by completing the claim document in accordance with the conditions stated in the **Policy** wording and if the claim document is declared complete by the **Insurer**, the **Insurer** will pay Cash Compensation to **Participant** in accordance with the procedure for submitting a claim as stated in article 21.

CHAPTER V

CLAIM

ARTICLE 21

PROCEDURE OF CLAIMS

1. Payment of claims is made by the **Insurer** by means of Cash Compensation.
2. Claims submitted by **Participant** are made in writing and must be received by the **Insurer** within 60 (sixty) calendar days from the completion of treatment by

completing the Claim Form provided by the **Insurer**. Claims submitted beyond that time period will be rejected by the **Insurer**.

3. In the event that the **Participant** submits an incomplete Claim document, the **Insurer** gives the **Participant** additional time to complete the document for 30 (thirty) calendar days after notification from the **Insurer** and if it is more than the time limit to complete it then the Claim is considered non-existent.
4. Claim payment will be made by the **Insurer** no later than 14 (fourteen) working days to the **Participant's** Account.
5. If within 30 (thirty) calendar days after the claim payment is made there is no complaint / complaint, then the claim payment is considered to have been completed and the **Insurer** is released from all lawsuits.

ARTICLE 22

CLAIMS SUPPORTING DOCUMENTS

1. Documents required to submit a Claim:
 - 1.1. Complete the Claim Form.
 - 1.2. Photocopy of Legalized Receipt from **Doctor** or Hospital explaining.
 - 1.2.1. **Participant** Name.
 - 1.2.2. Treatment date.
 - 1.2.3. Medical Resume.
 - 1.2.4. Length of hospitalization.
 - 1.2.5. Detailed cost breakdown.
 - 1.3. Photocopy of Insurance **Participant's** Identity (KTP/SIM/ PASPOR/KITAS) which is still valid.
 - 1.4. Photocopy of Birth Certificate (if the **Participant** at the time of insurance closing is not yet 17 years old and does not have a Personal Identity).
 - 1.5. Photocopy of Family Card (if **Participant** take the Family package).
 - 1.6. For the event of a traffic accident, it must be accompanied by a photocopy of a legalized certificate from the competent authority.
 - 1.7. Other additional documents that the **Insurer** deems necessary relating to the submission of a Claim.
2. Claim Documents that must be completed if the **Participant** dies, and the Claim is transferred to the Heirs:
 - 2.1 A valid photocopy of the identity of the heirs (KTP/SIM/ PASPOR/KITAS).
 - 2.2 Copy of Family Card.
 - 2.3 Photocopy of Death Certificate from Relevant Hospital/ Government Agency.
 - 2.4 Other relevant additional documents, if required.

If the important facts of the Claim are incorrectly stated by the **Participant**, the **Insurer's** liability to the **Participant** will no longer apply.

ARTICLE 23

ADDITIONAL TERMS

1. **Participant** are not entitled to compensation or reimbursement of costs if they intentionally:
 - a. Disclosing facts and or making false statements regarding matters relating to the application submitted at the time of making this **Policy** and relating to the Accident or Illness that occurred.

- a. Deliberately increase the amount of loss suffered.
 - c. Using false, false or deceitful letters or evidence.
2. **Participant's** rights to Insurance Benefits under this **Policy** are lost, if the **Participant** does not fulfill obligations under this Insurance.
3. Protection of personal data
In relation to the personal data collected for this insurance, the **Participant** agrees and acknowledges that:
 - a. The **Insurer** may collect, use and disclose personal data for the purposes stated in the **Insurer's** data confidentiality **Policy**, which includes underwriting and administration of the Insurance **Policy** (including reinsurance/underwriting, Claims processing, investigation, payment and other purposes related to the **Policy** and/or submission of Claims). on this **Policy**).
 - b. The **Insurer** will not use, disclose or process personal data for purposes not stated in the data confidentiality **Policy** or for which the **Participant's** consent has not been obtained. If the **Insurer** wishes to use, disclose or process personal data for other purposes then We must obtain written consent from the **Participant**.
 - c. **Insurers** may disclose personal data for purposes relating to the related corporation, subsidiary, holding company or associated company, or its affiliates, any credit bureau; and others to whom it is permitted or required by law to disclose.
4. **Participant** cannot be insured by more than one similar **Policy** that is insured by the **Insurer**. If that happens, then what applies and binds the **Insurer** is the insurance that provides the largest compensation for the **Participant**. If the amount of compensation for each **Policy** is the same, then the **Policy** that was first issued will prevail.
5. In the event of double coverage as referred to in paragraph (1) of this Article, the **Insurer** will send a written notification to the **Participant** detailing the coverage that has become invalid. The **Insurer** will return the **Premium** that has been paid by the **Participant** for the terminated coverage no later than 60 (sixty) calendar days after the date of the notification letter. Other fees and taxes (if any) which have been paid by the **Participant** for such terminated coverage will not be refunded by the **Insurer**.

CHAPTER VI

CLOSING

ARTICLE 24

FORCE MAJEURE

Participant and the **Insurer** may terminate this coverage due to a force majeure event. The procedure for termination of coverage follows the provisions as stipulated in Article 10 (ten) section 3 (three).

"Force Majeure" means events beyond the control of the **Participant** and the **Insurer** including but not limited to natural disasters, strikes, riots, labor disputes, floods, wars, sabotage, economic collapse, changes in government laws and regulations, or regulations or other similar or other causes which are beyond the control of the

Insurer or Participant.

If Force Majeure occurs, the party experiencing Force Majeure will notify the other party in writing of the situation no later than 7 (seven) calendar days since the occurrence of the Force Majeure. If the Force Majeure condition lasts for more than 7 (seven) days continuously, the party experiencing the Force Majeure may request termination of coverage as stipulated in this **Policy**.

ARTICLE 25

DISPUTES

1. In the event of any dispute arising between the **Insurer** and the Insured as consequence of the interpretation of liability or amount of indemnity of this **Policy**, the dispute shall be settled amicably by the complaint handling and resolution unit of the **Insurers** within 60 (sixty) calendar days from the dispute arose. The dispute arises since the Insured has expressed disagreement in writing on the subject matter of the dispute.
2. If the dispute could not be settled amicably as provided in item 1 above, both the **Insurer** and the Insured shall make statement of disagreement in writing. Then the Insured shall choose to settle the dispute through out of the court or court settlement by selecting either one of the following dispute settlement clauses as stated below.

A. ALTERNATIVE DISPUTE RESOLUTION BODY

It is hereby declared and agreed that the Insured and the **Insurer** shall settle the dispute through Alternative Dispute Resolution Body under the Financial Services Authority.

B. COURT

It is hereby declared and agreed that the Insured and the **Insurer** shall settle the dispute through the Court (Pengadilan Negeri) within the territory of the Republic of Indonesia.

ARTICLE 26

PRODUCT CHANGES

If during the **Policy** period there is a change that affects the amount of **Premium**, Insurance Benefits, or the provisions of this product, the **Insurer** will deliver a written notification thirty (30) days in advance to the **Participant's** address listed on the **Insurer's** records to provide an opportunity to the **Participant** to decide whether or not to approve the changes. If within thirty (30) days after written notification is received, the **Insurer** does not receive any response from the **Participant**, the **Insurer**

will deem that the **Participant** has agreed to the change.

ARTICLE 27

CLOSING

1. The contents of this **Policy** have been adjusted to the laws and regulations including the provisions of the Financial Services Authority Regulation.
2. For matters that have not been or are not sufficiently regulated in this **Policy**, the provisions of the Civil Code, the Commercial Law and or the applicable Laws and Regulations shall apply.

Additional Clause

Additional Clauses for HEALTH INSURANCE WORDING SOMPO HOSPITAL CARE FOR ROOJAI

For any avoidance of doubt, the each of the provisions of this Additional Clauses shall replace the relevant provisions in the Health Insurance Wording Sompoo Hospital Care For Roojai, so that in the event of any inconsistencies between this Additional Clauses and the Health Insurance Wording Sompoo Hospital Care For Roojai, the provisions of this Additional Clauses shall prevail.

Explanation for the Clauses:

Mandatory is a mandatory clause attached to this policy.

Optional is an Additional Clause based on the type of benefit expansion selected in the policy.

The clauses in the following list are made in the Indonesian language version, in the event of a dispute arising from the interpretation of the contents of the Clauses in a foreign language version, the contents of the Clauses are interpreted based on the original version in Indonesian).

(Optional)

DEFERRED PREMIUM CLAUSE (Modification for reinstatement and claim)

Notwithstanding that this policy is issued as contract for a period of twelve months. it is hereby understood and agreed that the premium shall be payable in the following installments:

1st installment due on (...% of Total Premium)

2nd installment due on (...% of Total Premium)

3rd installment due on (...% of Total Premium)

4th installment due on (...% of Total Premium)

etc

**Installment due date can be seen on the billing sheet*

Nevertheless, it is further understood and agreed that: in the event of any installments payment not being physically received by the company prior to, or within 30 (thirty) calendar days after its due date, the cover afforded by this Policy shall be deemed to have ceased at same time as in the manner stipulated on the policy, as regard the original inception of the cover of such

due date as stipulated above under heading due dates, without the company being obliged to give notice of default whatsoever.

The Insurance shall not be reinstated when the premium is paid past the due date physically received by the company. The insurance shall not be entitled to any refund of premium in consequence of the period of such suspension.

In the event of a claim arising hereunder on this policy, all the installment of premium then outstanding shall follow original due as in the policy.

(Mandatory)

Income adequacy information clause for Inpatient Daily Cash Benefit Coverage

It is hereby noted and agreed, the Daily Cash Hospitalization benefit is conditioned to the confirmation of adequacy between declared income at the point of underwriting and proof of revenue required within 14 days following the Policy start. In case of failure to deliver these documents, or discrepancy, then the daily case hospitalization compensation benefits will be cancelled immediately. If cancelled, the premium paid for this policy will be returned in full and this Policy will be cancelled.

(Optional)

Follow Up Care Clause

It is hereby noted and agreed, that with the payment of additional premiums, this coverage is extended with coverage of Daily Cash Compensation for further hospitalization arising from illness up to a limit of 20 (twenty) days immediately after the Participant leaves the Hospital for the same Disease, if the Insurer has received a claim for Inpatient Cash Compensation based on the Inpatient Compensation Cover as stipulated under Article 2 of this Policy. Compensation Follow-up Care Hospitalization can only be claimed as reimbursement. All other terms and conditions in the Policy as long as it is not modified through this document are fixed and unchanged.

(Optional)

Deductible period for Daily Cash Hospitalization Compensation and Daily Cash Intensive Care Unit (ICU / ICCU / HCU / PICU / NICU)

It is hereby noted and agreed, whereas this coverage is extended with a deductible period for Deductible period for Daily Cash Hospitalization Compensation benefit and Daily Cash Intensive Care Unit (ICU / ICCU / HCU / PICU / NICU) benefit.

Length of Hospitalization covered while in the Hospital will be reduced by the number of deductible days selected in this Policy. All other terms and conditions in the Policy as long as it is not modified through this document are fixed and unchanged.

Illustration:

- a. *0 (zero) days of deductible period, meaning that length of Hospitalization period covered while at the hospital will be deducted of 0 days.*
- b. *1 (one) day of deductible period, meaning that length of Hospitalization period covered while at the hospital will be deducted of 1 days.*
- c. *2 (two) days of deductible period, meaning that length of Hospitalization period covered while at the hospital will be deducted of 2 days.*

And so on according to choice of the minimum deductible period on the policy.

This deductible applies ONLY to Deductible period for Daily Cash Hospitalization Compensation benefit and Daily Cash Intensive Care Unit (ICU / ICCU / HCU / PICU / NICU) benefit.

(Optional)

Worldwide Territory Option Clause

It is hereby noted and agreed, that with the payment of additional premiums, this coverage is valid to Worldwide territory.

(Mandatory)

Hospital and Clinic Network Designation Clause

All claims will only be valid if associated to a medical provider part of the last update of medical providers network shared by Roojai.

Any claim submitted involving a medical provider outside of our provider network will be deemed ineligible for reimbursement.

This rule is applicable to all claiming procedure made in and outside of Indonesia area:

- *Cashless*
- *Letter of guarantee*
- *Reimbursement*

(Mandatory)

Return Premium (NCB) 20% Discount For Renewal

It is hereby noted and agreed that the participants will get a discount at the time of renewal if they never make a claim until the policy is finished. The discount value is 20% of the premium that should be paid.

(Mandatory)

Automatic Renewal Clause

Notwithstanding anything to the contrary contained in the policy, it is hereby noted and agreed that this insurance is deemed to be automatically renewed on anniversary date of each subsequent year for a similar period of 12 (twelve) months. The premium is payable for the automatic renewal shall be through credit card or debit card payment, which will be automatically deducted, or through virtual account payment, as of each renewal date. However, all renewal terms will follow all provisions in the policy. All terms and conditions in the Policy as long as it is not modified through this document are fixed and unchanged.

The insurance has the right not to continue with the renewal if fraud is found during the policy period, or the policy is no longer sold, or there is a change in the insurance product that causes the condition of the coverage to change.

(Mandatory)

Return of Premium Due To Termination of Liability Clause

Notwithstanding anything to the contrary contained in the policy, it is hereby noted and agreed that upon any termination of the policy based on the provisions of this policy, the premium will be returned with the following formula:

- a. Termination of Insurance by Participant
 - 1. If the participant cancel the policy. $\text{Premium Return} = \text{Participant Annual Premium} \times \text{Short Period Rate (in period of participation)}$.
 - 2. If the participant has stopped paying the premium. $\text{Premium Return} = \text{Participant Annual Premium} \times \text{Short Period Rate (in period of participation until the last of payment has been received)}$.
- b. Termination of Insurance by Insurer
 - 1. If the participant commit fraud during policy period = No Refund.
 - 2. if the participant failed to provide requirement document proof of income = the company will cancel policy, and the premium paid for this policy will be returned in full.
 - 3. If the company has to terminate the liability due to regulatory issues, and changes to the rules and the like. $\text{Premium Return} = \text{Participant Annual Premium} - (\text{period of participation} \times \text{Pro Rate Premium})$.

if there is a claim the amount of which exceeds the amount of the premium listed in the Policy, the Insured is not entitled to returned premium for the insurance period remaining unused.

Short Period Premium Refund Table	
No. of month Insured	% Premium Refund
1	85
2	75
3	65

4	55
5	45
6	35
7	25
8	20
9	15
10	10
11	5
12	0

All other term and conditions of this Insurance Policy remain unaltered.

(Mandatory)

Currency Clause

It is hereby understood and agreed that in case a claimable loss hereunder, if any, is determined in currency other than the currency stated in the Policy Schedule, then the conversion rate shall be the middle rate for bank notes published by the Bank Indonesia on the date of agreement between the Insurer and Insured as to the amount of loss.

(Mandatory)

Cancellation Clause (30 days)

This Policy shall continue to remain in force until it shall be canceled by either party giving to the other a thirty (30) days prior written notice of the intention of cancellation.

Such cancellation shall become effective on the expiry of thirty (30) days counting from midnight of the day on which such notice is given by or to the Company.

Unlike the previous list of clauses, the clauses in the following list are made in the English version, in the event of a dispute arising from the interpretation of the contents of the Clauses in a foreign language version, the contents of the Clauses are interpreted based on the original version, namely English.

(Mandatory)

NUCLEAR ENERGY EXCLUSION CLAUSE 1994 - NMA 1975 (A) (WORLDWIDE EXCLUDING

USA AND CANADA)

This Reinsurance shall exclude Nuclear Energy Risks whether Such risks are written directly and/or by way of reinsurance and/or via Pools and/or Associations.

For all purposes of this Reinsurance Nuclear Energy Risks shall be defined as all first party and/or third party insurance (other than Workers Compensation and/or Employers Liability) in respect of:

(I) All Property on the site of a nuclear Reactors, reactor buildings and plant equipment therein on any site other than a nuclear power station.

(II) All Property, on any site (Including but not limited to the sites referred to in (i) above) used or having been used for :

a. The generation of nuclear energy ; or

b. The Production, Use or storage of Nuclear Material

(III) Any other Property eligible for Insurance by the relevant local Nuclear Insurance Pool and/or Association but only to the extent of the requirements of that local Pool and/or Association.

(IV) The supply of goods and service to any of the sites, described in (I) to (iii) above, unless such Insurances or reinsurances shall exclude the perils of Irradiation and contamination by Nuclear Material.

Except as undemoted, Nuclear Energy Risks shall not Include:

(i) Any Insurance or reinsurance in respect of the construction or erection or installation or replacement or repair or maintenance or decommissioning of property as described in (I) to (III) above (including contractors plant and equipment)

(ii) Any Machinery Breakdown or other Engineering Insurance or reinsurance not coming within the scope of (a) above:

Provided always that such insurance or reinsurance shall exclude the perils of irradiation and contamination by Nuclear Material.

However, the above exemption shall not extend to:

1. The provision of any Insurance or reinsurance whatsoever in respect of :

a. Nuclear Material:

b. Any Property in the High Radioactivity Zone or Area of any Nuclear Installation as from the introduction of Nuclear Material or - for reactor installations as from fuel loading or first critically where so agreed with the relevant local Nuclear Insurance Pool and/or Association

2. The provision of any insurance or reinsurance for the undernoted perils:

- Fire, Lightning, explosion;*
- Earthquake;*
- Aircraft and other aerial devioss or articles dropped therefrom;*
- Irradiation and radioactive contamination;*
- Any other peril Insured by the relevant local Nuclear Insurance Pool and/or*

Association:

In respect any other Property not specified in (1) above which directly involves the Production, Use or Storage of Nuclear Material as from the introduction of Nuclear Material into such Property.

Definitions

“Nuclear Material” means;

(i) Nuclear fuel, other than natural uranium and depleted uranium, capable of producing energy by a self-sustaining chain process of nuclear fission outside a Nuclear Reactor, other alone or in combination with some other material; and

(ii) Radioactive Product or Waste.

“Radioactive Products or Waste” means any radioactive material produced in, or any material made radioactive by exposure to the radiation incidental to the production or utilisation of nuclear fuel, but does not include radioisotopes which have reached the stage of fabrication so as to be usable for any scientific, medical, agricultural, commercial or industrial purpose

“Nuclear Installation” means;

(I) Any Nuclear Reactor;

(II) Any factory using nuclear fuel for the production of Nuclear Material, or any factory for the processing of Nuclear Material, including any factory for the reprocessing of irradiated nuclear fuel ; and

(III) Any facility where Nuclear Material is stored, other than storage incidental to the carriage of such material.

“Nuclear Reactor” means any structure containing nuclear fuel in such an arrangement that a self-sustaining chain process of nuclear fission can occur therein without and additional source of neutrons.

“Production, Use or Storage of Nuclear Material” means the production, manufacture enrichment, conditioning, processing, use, storage handling and disposal of Nuclear Material.

“Property” shall mean all land, buildings, structures, plant, equipment, vehicles, contents (including but not limited to liquids and gases) and all materials of whatever description whether fixed or not.

“High Radioactivity Zone or Area” means;

(I) For nuclear power stations and Nuclear Reactors, the vessel or Structure which immediately contains the core (Including its support and shrouding) and all the contents thereof, the fuel elements, the control rods the irradiated fuel store; and

(II) For non-reactor Nuclear Installations any area where the level of radioactivity

requires the provision of biological shield.

(Mandatory)

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Pandemic or Epidemic Exclusion Clause

Notwithstanding any provision to the contrary, this insurance excludes any compensation, injury, sickness, disease, death or any other medical expenses directly or indirectly caused by, in connection with, or in any way involving or arising out of any of the following

- Coronavirus (COVID-19) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) including any mutation or variation thereof; or
- Pandemic or epidemic, as declared as such by the World Health Organization or any governmental authority;

If the Insurer alleges that, by reason of this exclusion, any amount is not covered by this agreement, the burden of proving the contrary shall rest on the Insured.

(Mandatory)

Property Cyber and Data Exclusion LMA 5401

1. Notwithstanding any provision to the contrary within this Policy or any endorsement thereto this Policy excludes any:
 - 1.1. Cyber Loss;
 - 1.2. Loss, damage, liability, claim, cost, expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, contributed to by, resulting from, arising out of or in connection with any loss of use, reduction in functionality, repair, replacement, restoration or reproduction of any Data, including any amount pertaining to the value of such Data; regardless of any other cause or event contributing concurrently or in any other sequence thereto.
2. In the event any portion of this endorsement is found to be invalid or unenforceable, the remainder shall remain in full force and effect.
3. This endorsement supersedes and, if in conflict with any other wording in the Policy or any endorsement thereto having a bearing on Cyber Loss or Data, replaces that wording.

Definitions

4. Cyber Loss means any loss, damage, liability, claim, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, contributed to by, resulting from, arising out of or in connection with any Cyber Act or Cyber Incident including, but not limited to, any action taken in controlling, preventing, suppressing or remediating any Cyber Act or Cyber Incident.
5. Cyber Act means an unauthorized, malicious or criminal act or series of related unauthorized, malicious or criminal acts, regardless of time and place, or the

threat or hoax thereof involving access to, processing of, use of or operation of any Computer System.

6. *Cyber Incident means:*
 - 6.1 *any error or omission or series of related errors or omissions involving access to, processing of, use of or operation of any Computer System; or*
 - 6.2 *any partial or total unavailability or failure or series of related partial or total unavailability or failures to access, process, use or operate any Computer System.*
7. *Computer System means:*
 - 1.1 *any computer, hardware, software, communications system, electronic device (including, but not limited to, smart phone, laptop, tablet, wearable device), server, cloud or microcontroller including any similar system or any configuration of the aforementioned and including any associated input, output, data storage device, networking equipment or back up facility, owned or operated by the Insured or any other party.*
8. *Data means information, facts, concepts, code or any other information of any kind that is recorded or transmitted in a form to be used, accessed, processed, transmitted or stored by a Computer System.*

LMA5401

11 November 2019

(Mandatory)

Sanction Limitation and Exclusion Clause

No insurer shall be deemed to provide cover and no insurer shall be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, Japan, United Kingdom or United States of America.

(Mandatory)

Terrorism Exclusion Endorsement Clause (NMA 2920)

Notwithstanding any provision to the contrary within this insurance or any endorsement thereto it is agreed that this insurance excludes loss, damage, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, resulting from or in connection with any act of terrorism regardless of any other cause or event contributing concurrently or in any other sequence to the loss.

For the purpose of this endorsement an act of terrorism means an act, including but not limited to the use of force or violence and/or the threat thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with

any organization(s) or government(s), committed for political, religious, ideological or similar purposes including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear.

This endorsement also excludes loss, damage, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, resulting from or in connection with any action taken in controlling, preventing, suppressing or in any way relating to any act of terrorism.

If the Underwriters allege that by reason of this exclusion, any loss, damage, cost or expense is not covered by this insurance the burden of proving the contrary shall be upon the Assured.

In the event any portion of this endorsement is found to be invalid or unenforceable, the remainder shall remain in full force and effect.

(Mandatory)

War and Civil War Exclusion Clause NMA 464

Notwithstanding anything to the contrary contained herein this policy does not cover loss or damage directly or indirectly occasioned by, happening through or in consequence of war, invasion, acts of foreign enemies, hostilities or war-like operation (whether war declared or not), civil war, mutiny, civil commotion assuming the proportions of or amounting to popular rising, military rising, insurrection, rebellion, revolution, military or usurped power, martial law, confiscation or ationalization or requisition or destruction of or damage to property by or under the order of any Government or public or local authority.

(Mandatory)

Waiver Clause (article 1226 &1227 The Indonesian Civil Code)

It is hereby declared that in the event of the Insured or the Insurer terminates this insurance, then both parties agree to waive articles 1266 and 1267 of the Indonesian Civil Code and such termination shall be made without requiring any consent of the Court (Pengadilan Negeri) within the territory of the Republic of Indonesia.



