

**Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum**

Nama Penerbit : PT. Asuransi Artarindo	Jenis Produk : Asuransi Kesehatan
Nama Produk : MyHealth Insurance	Deskripsi Produk : Produk yang dipasarkan adalah produk asuransi. MyHealth Insurance merupakan produk asuransi yang dipasarkan untuk kalangan menengah ke atas dan kalangan expatriat dengan limit yang tinggi dan benefit yang cukup luas untuk kebutuhan pemegang polis. PT. Asuransi Artarindo dalam pelayanan service terutama dalam penanganan klaim bekerjasama dengan APRIL Hong Kong Limited sebagai konsultan dan pihak ketiga dalam penanganan klaim (Third Party Claims Administration) yang berpengalaman lebih dari 29 tahun di bidang manajemen Healthcare.
Mata Uang : Rupiah	Periode / jangka waktu berlakunya produk polis MyHealth Insurance adalah 12 (dua belas) bulan atau 1 (satu) tahun sesuai yang tercantum pada Ikhtisar Polis.

**Fitur Utama MyHealth Insurance**

<b>Jenis Pertanggungan :</b> Rawat Inap, Bedah sesuai plan dan Rawat Jalan (Opsional)	<b>Limit Pertanggungan :</b> Mengikuti plan dengan limit tahunan yang dijamin
<b>Masa Pertanggungan :</b> 1 (satu) tahun	<b>Premi</b> Biaya untuk produk asuransi yang akan dibebankan kepada Tertanggung sesuai dengan Harta Benda yang dicover dan Jaminan yang diambil

**Manfaat**

**Risiko yang dijamin**  
menjamin kerugian dari semua risiko (unnamed perils) atas bangunan dan harta benda, kecuali risiko yang dikecualikan dalam polis asuransi.

**Manfaat**

**RAWAT INAP DAN BEDAH**

Salah satu dari paket Rumah Sakit dan Bedah ini harus dipilih untuk menjadi dasar pertanggungan Anda.

<b>LIMIT TAHUNAN</b>	<b>CORE</b>	<b>ESSENTIAL</b>	<b>EXTENSIVE</b>	<b>ELITE</b>
Limit tahunan per orang per periode Asuransi	\$300,000	\$1,000,000	\$2,500,000	\$3,000,000

**MANFAAT RUMAH SAKIT**

**Pemberitahuan awal diperlukan untuk layanan berikut:**

Pilihan Kamar Rumah Sakit	Kamar Pribadi Standar	Kamar Pribadi Standar	Kamar Pribadi Standar	Kamar Pribadi Standar
Intensive Care Unit (ICU)	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
Tambahan Tempat Tidur untuk Orang Tua Pasien	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		

Ruang Bedah	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
Laboratorium, Obat-Obatan, dan Perawatan Harian	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
Bedah Implan	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
MRI, Rontgen, CT Scan, dan Endoskopi	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
Sewa Kursi Roda atau Tongkat Penopang	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
Sepatu Ortopedi	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
Biaya Dokter	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
Biaya Rumah Sakit untuk pengobatan Sakit Jiwa	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 10 hari	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 10 hari	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 20 hari	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 30 hari
<b>MANFAAT PERAWATAN SEBELUM RAWAT INAP</b>	<b>CORE</b>	<b>ESSENTIAL</b>	<b>EXTENSIVE</b>	<b>ELITE</b>
Manfaat Perawatan Sebelum Rawat Inap	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 15 hari sebelum Rawat Inap	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 30 hari sebelum Rawat Inap	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 30 hari sebelum Rawat Inap	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 60 hari sebelum Rawat Inap
<b>MANFAAT PERAWATAN SETELAH RAWAT INAP</b>	<b>CORE</b>	<b>ESSENTIAL</b>	<b>EXTENSIVE</b>	<b>ELITE</b>
Manfaat Perawatan Setelah Rawat Inap	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 15 hari setelah Rawat Inap	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 30 hari setelah Rawat Inap	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 60 hari setelah Rawat Inap	Ditanggung Sepenuhnya, sampai dengan 90 hari setelah Rawat Inap
<b>TRANSPLANTASI ORGAN</b>	<b>CORE</b>	<b>ESSENTIAL</b>	<b>EXTENSIVE</b>	<b>ELITE</b>
Transplantasi Organ	Manfaat Rawat Inap, Manfaat	Manfaat Rawat Inap, Manfaat Perawatan	Manfaat Rawat Inap, Manfaat	Manfaat Rawat Inap, Manfaat

	Perawatan Sebelum Rawat Inap, dan Manfaat Perawatan Setelah Rawat Inap berlaku	Sebelum Rawat Inap, dan Manfaat Perawatan Setelah Rawat Inap berlaku	Perawatan Sebelum Rawat Inap, dan Manfaat Perawatan Setelah Rawat Inap berlaku	Perawatan Sebelum Rawat Inap, dan Manfaat Perawatan Setelah Rawat Inap berlaku
Biaya untuk proses bedah transplan organ dari Pendoror	\$50,000	\$50,000	\$50,000	\$50,000
<b>PERAWATAN PRIBADI, PERAWATAN DIRUMAH</b>				
Biaya Perawat di Rumah Sakit yang disarankan oleh Dokter	Tidak ditanggung	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya
Biaya Perawat di Rumah yang disarankan oleh Dokter	Tidak ditanggung	Tidak ditanggung	Tidak ditanggung	\$135 per day up to 30 days
<b>MANFAAT TUNAI RUMAH SAKIT</b>	<b>CORE</b>	<b>ESSENTIAL</b>	<b>EXTENSIVE</b>	<b>ELITE</b>
Bila Anda Rawat Inap di Rumah Sakit dan tidak ada biaya yang dibebankan ke Artarindo.  Manfaat tunai rumah sakit tidak berlaku jika Anda mengklaim untuk layanan yang diberikan selama rawat inap.	\$100 per malam maksimum sampai dengan 30 malam per periode asuransi	\$150 per malam maksimum sampai dengan 30 malam per periode asuransi	\$200 per malam maksimum sampai dengan 30 malam per periode asuransi	\$250 per malam maksimum sampai dengan 30 malam per periode asuransi
<b>PERAWATAN REHABILITASI</b>				
<b>Pemberitahuan awal diperlukan untuk layanan berikut:</b>				
Manfaat perawatan rehabilitasi ini hanya berlaku bila dilakukan di pusat rehabilitasi, dan terjadi maksimum 2 minggu setelah rawat inap di rumah sakit.	Sampai dengan 15 hari	Sampai dengan 30 hari	Sampai dengan 60 hari	Sampai dengan 90 hari

<b>PROSTESIS EKSTERNAL</b>				
Prostesis eksternal dan layanan apa pun yang terkait dengan pemilihan, pemasangan, atau perbaikan	Tidak ditanggung	\$1,000	\$2,000	\$3,000
<b>PEMERIKSAAN BEDAH ENDOSKOPIK ATAU INVASIF DILAKUKAN SELAMA RAWAT INAP , DI KLINIK, ATAU DI TEMPAT PRAKTEK DOKTER</b>				
<p>Biaya Dokter, Biaya Scan Diagnosa, Obat-obatan termasuk 2 kali perawatan setelah bedah.</p> <p>Juga meliputi manfaat berikut ini, yang berhubungan langsung dengan badah atau Endoskopi: Kamar, Ruang Bedah,</p> <p>Manfaat berikut ini dijamin jika jaminan Rawat Inap dimiliki: laringoskopi, nasofaringoskopi, otoscopy; setiap operasi pada kulit dan jaringan subkutan untuk penyakit selain dari pembedahan setelah diagnosis kanker dikonfirmasi.</p>	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
<b>PENOBATAN KANKER</b>				
<b>Manfaat berikut ini, Hanya berlaku setelah diagnosa kanker yang ditegakkan secara medis.</b>				
Pengobatan Kanker aktif di Rumah sakit	Manfaat Rawat Inap di Rumah sakit	Manfaat Rawat Inap di Rumah sakit		
Biaya Dokter, pemeriksaan scan dan test laboratorium, obat obatan,	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		

kemotherapy, Radiotherapy yang berhubungan dengan pengobatan Kanker.				
<b>CUCI DARAH / DIALISIS GINJAL</b>	<b>CORE</b>	<b>ESSENTIAL</b>	<b>EXTENSIVE</b>	<b>ELITE</b>
Cuci Darah / Dialisis ginjal dapat dilakukan saat dirawat di rumah sakit atau di luar rumah sakit ( klinik dengan Ijin Dialisi Ginjal)	\$50,000	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya
<b>HIV/AIDS</b>	<b>CORE</b>	<b>ESSENTIAL</b>	<b>EXTENSIVE</b>	<b>ELITE</b>
Limit seumur hidup yang mencakup semua untuk layanan yang diberikan sehubungan dengan HIV/AIDS termasuk pengobatan antiretroviral, pengobatan dasar HIV, dan pemantauan atau pengobatan AIDS  Masa tunggu HIV/AIDS 3 tahun sebelum hasil tes HIV positif pertama anda, atau tanggal anda menerima pengobatan untuk HIV/AIDS (atau setelah kemungkinan terjangkit virus), mana yang lebih baru (Silahkan merujuk ke dalam bagian Masa Tunggu dalam syarat dan ketentuan polis.)	Tidak ditanggung	\$5,000 per periode asuransi	\$20,000 per periode asuransi	\$30,000 per periode asuransi
<b>PENGOBATAN RUANG DARURAT</b>				
Pengobatan Ruang Darurat  Perawatan sebagai akibat dari cedera dalam waktu 48 jam setelah kecelakaan; atau eksaserbasi akut kecacatan yang	Ditanggung Sepenuhnya			

membutuhkan intervensi medis atau bedah yang mendesak untuk menghindari kerusakan permanen pada kehidupan atau kesehatan anda				
<b>PERAWATAN GIGI DARURAT</b>				
Perawatan gigi darurat untuk memperbaiki kerusakan gigi alami dalam 14 hari setelah kecelakaan	Ditanggung Sepenuhnya			
<b>TRANSPORTASI OLEH AMBULANS</b>				
Transportasi dengan ambulans menuju dan dari rumah sakit yang diresepkan oleh dokter yang merawat	Ditanggung Sepenuhnya			
<b>PERAWATAN RUMAH SAKIT ATAU PALIATIF</b>				
Perawatan Rumah Sakit atau paliatif	\$10,000 manfaat seumur hidup	\$25,000 manfaat seumur hidup	\$50,000 manfaat seumur hidup	\$100,000 manfaat seumur hidup
<b>LIMIT KHUSUS YANG BERLAKU UNTUK DISABILITAS TERTENTU</b>				
Manfaat ini bergantung pada manfaat dan sub-limit yang dinyatakan di tempat lain, maksimum yang kami bayarkan untuk klaim langsung atau tidak langsung yang timbul akibat cacat sebagai berikut.				
<i>kondisi kronis</i>	Ditanggung Sepenuhnya			
<i>Komplikasi kehamilan</i>	Tidak ditanggung	Tidak ditanggung	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya
<i>Kondisi congenital dan hereditas atau bawaan/ turunan seumur hidup per orang</i>	Tidak ditanggung	Tidak ditanggung	\$100,000 manfaat seumur hidup	\$200,000 manfaat seumur hidup

Cacat neonatal seumur hidup (hanya berlaku untuk anak-anak yang ditambahkan di bagian Penambahan Bayi Baru Lahir dalam syarat dan ketentuan polis ini). Silahkan merujuk ke dalam bagian Masa Tunggu dalam syarat dan ketentuan polis.	Tidak ditanggung	Tidak ditanggung	\$100,000 manfaat seumur hidup	\$200,000 manfaat seumur hidup
<b>AREA PERTANGGUNGAN</b>	<b>CORE</b>	<b>ESSENTIAL</b>	<b>EXTENSIVE</b>	<b>ELITE</b>
Opsi area pertanggung	ASEAN selain Singapura	Seluruh Dunia; Seluruh Dunia selain USA, ASEAN selain Singapura		
Diluar area pertanggung	Hanya ditanggung untuk kecelakaan sampai dengan \$100,000	<p>Layanan yang diberikan di luar area pertanggung dijamin hingga \$100,000 per periode asuransi hanya jika anda secara langsung disebabkan oleh penyakit atau kecelakaan mendadak yang terjadi selama 30 hari perjalanan pertama dari setiap perjalanan di luar area pertanggung.</p> <p>Penyakit atau kecelakaan mendadak tidak termasuk kecacatan yang gejalanya sudah ada sebelum awal perjalanan dan yang akan menyebabkan anda mencari perawatan medis.</p> <p>Manfaat ini tidak berlaku untuk perjalanan yang dimulai atau dilanjutkan terhadap perintah atau saran dari dokter atau praktisi medis lainnya; atau dilakukan seluruhnya atau sebagian dengan tujuan mendapatkan perawatan medis.</p>		
<b>DEDUCTIBLE TAHUNAN</b>				
Hanya berlaku untuk manfaat Rawat Inap	Nil		Nil \$500 \$1,000 \$2,500 \$5,000 \$10,000	
<b>MANFAAT RAWAT JALAN</b>				

Manfaat Rawat Jalan berikut adalah opsional. Manfaat Rawat Jalan dapat diambil hanya dengan mengambil manfaat Rawat Inap. Semua manfaat dapat dipilih secara kombinasi.

<b>LIMIT TAHUNAN UNTUK MANFAAT RAWAT JALAN</b>	<b>CORE</b>	<b>ESSENTIAL</b>	<b>EXTENSIVE</b>	<b>ELITE</b>
Limit kumulatif tahunan untuk semua manfaat yang ditampilkan di bagian Rawat Jalan	\$2,500	\$5,000	Hingga limit per periode asuransi	Hingga limit per periode asuransi
<b>PRESENTASE COINSURANCE</b>				
Presentase Coinsurance rawat jalan	Memilih antara Nil atau 20%			
Penagihan langsung	Jika memilih Coinsurance, penagihan langsung akan dihapuskan pada penyedia penel network			
<b>BIAYA KONSULTASI DOKTER UMUM DAN SPESIALIS</b>				
Biaya konsultasi dokter umum	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
Biaya konsultasi dokter spesialis	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
<p><i>Fisioterapi</i></p> <p>Rujukan untuk fisioterapi harus diserahkan bersamaan dengan klaim anda. Perawatan dibatasi hingga 10 sesi per rujukan setelah itu rujukan baru dan laporan medis dari dokter anda harus diserahkan.</p> <p>Persyaratan rujukan dokter dihapuskan untuk 3 sesi pertaman per periode asuransi</p>	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya
<b>RAWAT JALAN KONDISI MENTAL DAN SARAF</b>				
<i>Biaya konsultasi dokter atau psikolog, diagnose scan dan tes, obat-obatan yang diresepkan oleh dokter untuk kondisi mental atau saraf</i>	Tidak ditanggung	\$2,000	\$3,500	\$5,000



<b>OBAT-OBATAN</b>				
<i>OBAT-OBATAN</i>	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
<b>DIAGNOSA SCAN DAN TES</b>				
<i>Diagnosa scan dan tes</i>	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
<b>PERLENGKAPAN MEDIS DAN ALAT BANTU JALAN</b>				
Membeli atau menyewa alat bantu jalan (tongkat atau kursi roda)	\$250	\$500	\$2,000	\$3,500
Perban	Maksimal dua alat bantu jalan per kecacatan	Maksimal dua alat bantu jalan per kecacatan	Maksimal dua alat bantu jalan per kecacatan	Maksimal dua alat bantu jalan per kecacatan
Membeli atau menyewa peralatan medis				
<b>PENGOBATAN TRADISIONAL TIONGKOK</b>	<b>CORE</b>	<b>ESSENTIAL</b>	<b>EXTENSIVE</b>	<b>ELITE</b>
Limit gabungan untuk semua manfaat yang tercantum pada bagian pengobatan tradisional tiongkok	\$250	\$500	\$1,500	\$3,000
Biaya konsultasi dokter untuk pengobatan berikut setelah mendapat rujukan:  Chiropactor, ahli gizi, ahli osteopati, ahli penyakit kaki, ahli terapi karena cedera  Rujukan dokter harus diserahkan bersamaan dengan pengajuan klaim anda.	Ditanggung sepenuhnya sampai dengan limit gabungan			
Biaya konsultasi dan obat-obatan atau bahan habis pakai yang dibagikan atau digunakan oleh Dokter berikut selama menjalani perawatan:	Hingga \$50 per kedatangan. Maksimal 1x konsultasi per hari. Hingga limit gabungan	Hingga \$50 per kedatangan. Maksimal 1x konsultasi per hari. Hingga limit	Hingga \$75 per kedatangan. Maksimal 1x konsultasi per hari. Hingga limit	Hingga \$150 per kedatangan. Maksimal 1x konsultasi per hari. Hingga limit

Ahli akupuntur, ahli ayurveda, ahli homeopati, ahli tulang, praktisi pengobatan tiongkok		gabungan	gabungan	gabungan
Tidak perlu rujukan dokter				
<b>PERAWATAN KANKER</b>				
Manfaat ini akan ditanggung setelah selesai melakukan pengobatan kanker aktif:				
Obat-obatan yang diresepkan untuk mencegah kambuhnya kanker dan konsultasi spesialis kanker	Ditanggung Sepenuhnya	Ditanggung Sepenuhnya		
<b>PEMERIKSAAN DAN VAKSINASI MEDIS</b>				
Pemeriksaan medis termasuk pemutaran mandiri misalnya mamografi, skrining prostat				
Tidak perlu rujukan dokter	Tidak ditanggung	Tidak ditanggung	\$400	\$800
Vaksinasi				
Tidak perlu rujukan dokter	Tidak ditanggung	Tidak ditanggung	\$100	\$500
<b>MANFAAT RAWAT GIGI DAN OPTIK</b>				
<b>Tersedia hanya untuk tertanggung yang sudah mengambil manfaat In-Patient (Rawat Inap).</b>				
	<b>Core</b>	<b>ESSENTIAL</b>	<b>EXTENSIVE</b>	<b>ELITE</b>
Perawatan gigi minor	\$300	\$1,000		
Perawatan gigi Major, termasuk ortodontik				
Berlaku Masa Tunggu	Tidak ditanggung	Tidak ditanggung	\$2,500	

(Silahkan merujuk ke dalam bagian Masa Tunggu dalam syarat dan ketentuan polis)				
Pemeriksaan mata, lensa kontak dengan resep dokter	Tidak ditanggung	Tidak ditanggung	Tidak ditanggung	\$300
<b>MANFAAT KEHAMILAN</b>				
Tersedia untuk wanita yang berusia antara 19 hingga 45 tahun yang mengambil paket Extensive atau Elite dan sudah mengambil manfaat In-Patient (Rawat Inap) dan Out-Patient (Rawat Jalan)				
<b>Kehamilan</b>	<b>EXTENSIVE</b>		<b>ELITE</b>	
Limit manfaat kehamilan	\$8,000 per kehamilan		\$15,000 per kehamilan	
<p>Pelayanan sebelum dan setelah kelahiran berikut hingga 45 hari setelah kelahiran:</p> <p>Biaya konsultasi dokter, CT Scan, obat-obatan, kebidanan bersertifikasi, vitamin dan suplemen, terapi bersalin (tanpa rujukan)</p> <p>Persalinan, termasuk operasi Caesar elektif dan darurat hingga tujuh (7) hari perawatan bersalin.</p> <p>Komplikasi kehamilan setelah menggunakan bantuan konsepsi.</p> <p>Aborsi terapeutik.</p> <p>(Silahkan merujuk ke dalam bagian Masa Tunggu dalam syarat dan ketentuan polis)</p>	Ditanggung sepenuhnya sampai dengan limit manfaat kehamilan			
<b>Risiko</b>				

Risiko yang perlu diketahui Tertanggung/Pemegang Polis:

**1. Risiko Pembatalan**

Jika Polis dibatalkan oleh Penanggung maupun Tertanggung/Pemegang Polis sebelum berakhirnya Masa Pertanggungan, maka Premi yang sudah dibayarkan akan dikembalikan secara prorata untuk jangka waktu pertanggungan yang belum dijalani, setelah dikurangi biaya akuisisi Penanggung. Namun demikian, dalam hal penghentian pertanggungan dilakukan oleh Tertanggung dan selama jangka waktu pertanggungan yang telah dijalani, telah terjadi klaim yang jumlahnya melebihi jumlah premi yang tercantum dalam Ikhtisar Pertanggungan, maka Tertanggung tidak berhak atas pengembalian premi untuk jangka waktu pertanggungan yang belum dijalani.

**2. Risiko Pembayaran Klaim**

Tertanggung akan terekspos pada Risiko Kredit Penanggung sebagai penyeleksi risiko dari produk asuransi. Risiko ini berkaitan dengan kemampuan membayar kewajiban Penanggung terhadap Klaim yang diajukan oleh Tertanggung. Penanggung wajib mempertahankan kinerjanya untuk melebihi minimum kecukupan modal yang ditentukan oleh Pemerintah.

**3. Risiko Operasional**

Risiko akibat ketidakcukupan dan/atau tidak berfungsinya proses internal, kesalahan manusia, kegagalan sistem, dan/atau adanya kejadian-kejadian eksternal yang mempengaruhi operasional Penanggung.

**Pengecualian**

**Polis ini tidak menjamin:**

- 1.1. *Kondisi yang sudah ada sebelumnya dan segala kecacatan terkait, terkait atau konsekuensial yang tidak diungkapkan kepada kami sebelum periode asuransi dan yang kami belum sepakat secara tertulis untuk membahas berdasarkan polis ini. Pengecualian ini hanya berlaku untuk jenis polis full medical underwriting (FMU).*
- 1.2. *kondisi medis apa pun yang sudah ada atau terkait yang terjadi atau dirawat dalam jangka waktu 24 bulan sebelum tanggal efektif Anda atau memiliki salah satu karakteristik berikut akan dikecualikan dari pertanggungan:*
  - Sudah bisa diduga
  - Jelas menunjukkan dirinya
  - Anda memiliki tanda atau gejala atau Anda mengetahui kondisinya
  - Anda telah menerima perawatan untuk atau mencari nasihat medis tentang kondisi atau kondisi terkait (termasuk pemeriksaan kesehatan)
  - Sejauh pengetahuan Anda, Anda sadar Anda miliki kondisi tersebut
  - Memerlukan pemantauan sesuai dengan saran atau pendapat medis yang diterima secara umum
  - Setiap kondisi medis yang sudah ada atau kondisi medis terkait dapat ditutupi setelah Anda memiliki perlindungan terus-menerus 24 bulan dalam rencana dan dalam waktu itu Anda belum mengalami tanda atau gejala; meminta saran (termasuk pemeriksaan medis); atau diperlukan atau menerima perawatan, pengobatan, pemantauan, atau diet khusus. Jika dalam periode 24 bulan setelah tanggal efektif Anda, dalam kaitannya dengan kondisi yang sudah ada Anda telah mengalami tanda atau gejala; meminta saran (termasuk pemeriksaan medis); atau diperlukan atau menerima perawatan, pengobatan, pemantauan atau diet khusus; maka Anda akan harus menunggu sampai Anda telah menyelesaikan periode 24-bulan terus-menerus ketika tidak satupun dari ini berlaku untuk Anda. Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya atau kondisi medis yang terkait, kemudian dapat ditutupi. Pengecualian ini hanya berlaku untuk polis moratorium.
- 1.3. *Pengobatan, perawatan, atau tes yang tidak diperlukan secara medis*
- 1.4. *pengobatan yang belum diresepkan oleh dokter yang merawat kecuali dinyatakan lain pada tabel manfaat.*
- 1.5. *yang dijamin oleh asuransi atau sumber ganti rugi (tertagih atau sebaliknya) selain dari kontrak ini.*
- 1.6. *Services oleh dokter gigi, Selain layanan yang diklaim di bawah manfaat gigi di mana secara khusus diberikan pada tabel manfaat.*
- 1.7. *Rawat gigi darurat yang secara langsung maupun tidak langsung berhubungan dengan gigitan, kunyahan atau kertas gigi.*
- 1.8. *bedah rekonstruktif kecuali jika diperlukan sebagai akibat langsung dari Ketidakmampuan yang tercakup dalam polis ini.*
- 1.9. *prostesis eksternal kecuali bila diperlukan sebagai akibat langsung dari Ketidakmampuan pertama yang terjadi selama periode Asuransi*
- 1.10. *Pengobatan, perawatan, atau tes yang berhubungan dengan:*
  - 1.10.1. *Konsepsi buatan, kontrasepsi, sterilisasi, kesuburan atau Infertilitas, sejarah keguguran sebelumnya, hipogonadisme atau defisiensi testosteron, disfungsi seksual, atau aborsi selain untuk alasan terapeutik;*
  - 1.10.2. *komplikasi kehamilan setelah konsepsi buatan, Selain layanan diklaim di dalam manfaat bersalin atau bersalin rawat jalan rutin di mana secara khusus diberikan pada tabel manfaat;*
  - 1.10.3. *semua biaya yang berhubungan dengan operasi Caesar elektif sebelum minggu ke-38;*
  - 1.10.4. *penyakit kelamin*
  - 1.10.5. *kondisi bawaan dan penyakit turunan Selain layanan yang diklaim khusus terdapat pada table manfaat kondisi bawaan dan penyakit turunan*
  - 1.10.6. *Perawatan kosmetik*
  - 1.10.7. *terapi penggantian kelamin dan pembedahan;*
  - 1.10.8. *Lensa kontak, lensa kacamata, bingkai kacamata, kacamata hitam, tes penglihatan untuk penglihatan yang panjang atau pendek selain layanan yang diklaim dalam Manfaat Optik di mana secara khusus disediakan untuk tabel manfaat;*
  - 1.10.9. *LASIK (pengobatan mata)*
  - 1.10.10. *Pengobatan untuk penyakit terminal selain yang dijamin dalam manfaat hospice atau Pengobatan Paliatif yang*

tercantum di dalam tabel manfaat.

- 1.10.11. penurunan berat badan atau manajemen berat badan selain dari layanan yang diberikan oleh ahli gizi yang diklaim berdasarkan Manfaat Pengobatan Pelengkap atau;
- 1.10.12. mencederai diri sendiri, bunuh diri atau percobaan bunuh diri;
- 1.10.13. penyalahgunaan alkohol, obat-obatan terlarang, atau obat-obatan yang tidak diresepkan oleh dokter yang merawat atau dikonsumsi melebihi jumlah yang ditentukan;
- 1.10.14. gangguan tidur; atau gangguan perkembangan perilaku selain yang secara khusus diberikan pada tabel manfaat di bawah manfaat perilaku rawat jalan dan gangguan perkembangan; Dan
- 1.10.15. cedera yang berkaitan dengan partisipasi dalam olahraga profesional secara penuh atau paruh waktu;
- 1.10.16. Ketidakmampuan sebagai akibat dari partisipasi dalam pendakian gunung atau trekking di atas 3.000 meter; caving atau potholing, ski off-pist downhill; olahraga motor di darat; berperahu dalam kapal yang dirancang untuk melakukan perjalanan dengan kecepatan 30 knot atau lebih; menyelam scuba; kegiatan penerbangan selain sebagai penumpang yang membayar biaya; atau paparan yang disengaja untuk bahaya luar biasa kecuali dalam upaya untuk menyelamatkan hidup manusia
- 1.11. pembelian atau Penyewaan prostesis, perangkat korektif, atau peralatan medis tahan lama selain implan bedah, prostesis eksternal atau peralatan medis yang ditampilkan pada tabel manfaat yang tercakup dalam polis ini
- 1.12. biaya pembelian organ untuk transplantasi.
- 1.13. Layanan berikut, yang direkomendasikan atau tidak direkomendasikan atau diresepkan oleh dokter:
  - 1.13.1. Experimental atau perawatan yang belum terbukti;
  - 1.13.2. Perawatan non-barat atau non-allopathic kecuali sejauh yang secara khusus dinyatakan dalam bagian Pengobatan Komplementer dan Pengobatan Tradisional Cina dari tabel manfaat;
  - 1.13.3. Perawatan yang melibatkan transplantasi atau pemanenan sel induk selain di mana secara khusus diberikan pada tabel manfaat di bawah manfaat Stem Cell Treatment;
  - 1.13.4. Pemanenan sel induk untuk perawatan masa depan, tidak direncanakan atau tidak diketahui
  - 1.13.5. setiap layanan yang diberikan sementara Tertanggung asuransi adalah narapidana penjara, penjara atau fasilitas pemsarakatan termasuk rumah di tengah atau sarana serupa, atau sementara pasien dari lembaga mental apa pun;
  - 1.13.6. Panggilan rumah, pengiriman obat-obatan atau barang-barang lainnya, atau layanan apa pun yang diberikan di rumah seseorang, kantor, kamar hotel, atau tempat serupa selain layanan yang diklaim dalam Manfaat Bersalin di mana secara khusus disediakan untuk tabel manfaat;
  - 1.13.7. Layanan atau perawatan sementara pasien tidur di fasilitas yang bukan rumah sakit, termasuk lembaga seperti fasilitas perawatan menengah atau panti jompo;
  - 1.13.8. vitaminsnutritional suplemen, Terapi Chelation, terapi bioresonance atau diagnosis, atau hidroterapi kolon;
  - 1.13.9. penjaga atau perawatan pemeliharaan atau obat istirahat;
  - 1.13.10. pengobatan rawat inap rumah sakit untuk pemulihan, rehabilitasi, pengawasan atau yang menurut pendapat penasihat medis kami, dapat diperlakukan dengan benar sebagai pasien rawat jalan;
  - 1.13.11. Perawatan rawat jalan dari kondisi mental dan saraf selain dari layanan yang diklaim dalam Manfaat Kondisi Jiwa dan Saraf Rawat Jalan di mana secara khusus disediakan pada tabel manfaat;
  - 1.13.12. Perawatan gigi dengan menggunakan batu mulia (hanya berlaku ketika tunjangan gigi dicakup dalam polis);
  - 1.13.13. Perawatan ortodontik yang dimulai setelah usia 16 (hanya berlaku ketika manfaat Gigi dicakup dalam polis);
  - 1.13.14. Layanan oleh psikolog atau konselor selain dari yang secara khusus disediakan pada tabel manfaat di bawah Manfaat Kondisi Mental dan Saraf.
- 1.14. Ketidakmampuan yang diderita saat bertugas sebagai anggota dari kekuatan polisi atau unit militer dari negara atau otoritas internasional, atau karena partisipasi dalam perang (baik dinyatakan atau tidak dinyatakan), perang saudara, invasi, pemberontakan, revolusi, penggunaan kekuatan militer, pereaksi kekuasaan pemerintah atau militer, atau tindakan teroris yang diketahui atau dicurigai, pemanfaatan senjata nuklir, senjata kimia atau biologis penghancuran massal atau partisipasi tindakan ilegal apapun.
- 1.15. Ketidakmampuan sebagai akibat dari paparan: untuk mengionisasi radiasi atau kontaminasi oleh radioaktivitas dari bahan bakar nuklir atau dari limbah nuklir dari pembakaran bahan bakar nuklir. sifat radioaktif, beracun, eksplosif atau berbahaya atau kontaminasi lainnya dari setiap instalasi nuklir, reaktor atau perakitan nuklir lainnya atau komponen nuklir daripadanya; senjata perang menggunakan fisi Atom atau nuklir dan/atau fusi atau lain seperti reaksi atau kekuatan radioaktif atau materi.
- 1.16. biaya perjalanan yang dikeluarkan untuk mendapatkan perawatan medis selain dalam proses evakuasi medis darurat yang telah kami setuju sebelumnya, atau yang telah disetujui oleh penyedia bantuan darurat.
- 1.17. perawatan di luar area perlindungan Anda seperti yang tertera pada tabel manfaat Anda kecuali ada penambahan perlindungan area dan tercantum dalam tabel manfaat Anda.
- 1.18. Semua Biaya-biaya;
  - 1.18.1. Yang tidak wajar dan lazim
  - 1.18.2. untuk sertifikat medis atau biaya administrasi seperti biaya untuk menyediakan formulir klaim atau catatan medis;
  - 1.18.3. terjadi di luar periode asuransi atau selama periode asuransi dimana premi belum terbayarkan dengan sesuai;
  - 1.18.4. terjadi selama jangka waktu asuransi untuk obat-obatan dan/atau jasa medis yang dikonsumsi atau diberikan setelah periode asuransi berakhir; Atau
  - 1.18.5. untuk layanan yang dilakukan atau barang yang dijual oleh Anda, orang tua Anda, anak Anda, atau setiap entitas di mana Anda, orang tua Anda, atau anak Anda, baik karyawan atau Direktur atau memiliki kepentingan kepemilikan lebih dari 1%

#### **Biaya**

Biaya-biaya yang akan dibebankan kepada Tertanggung yang membeli produk Asuransi Property All Risk/Industrial All Risk adalah Premi dan Biaya Administrasi Polis.

## Persyaratan dan Tata Cara

### 1. Kewajiban Tertanggung dalam hal Pengajuan Penutupan Asuransi

Untuk mengajukan penutupan MyHealth Insurance, Tertanggung diwajibkan melengkapi dokumen pendukung berupa :

- 1) Surat Permohonan Penutupan Asuransi (SPPA) yang telah diisi sesuai dengan fakta material yang ada
- 2) Fotokopi kartu identitas yang masih berlaku (KTP) untuk Tertanggung Individu
- 3) Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) untuk Tertanggung Perusahaan

### 2. Tata Cara Pengajuan Penutupan Asuransi

- 1) Calon Tertanggung dapat mengisi surat permohonan penutupan asuransi (SPPA) produk MyHealth Insurance.
- 2) Setelah semua memenuhi persyaratan, dokumen lengkap, dan benar maka SPPA akan dianalisa oleh underwriter PT. Asuransi Artarindo.
- 3) Calon Tertanggung akan menerima konfirmasi apakah memenuhi persyaratan dan jika sudah, maka calon Tertanggung akan menerima penawaran asuransi, syarat dan ketentuan beserta tarif premi produk MyHealth Insurance yang akan dibayarkan.
- 4) PT. Asuransi Artarindo akan menerbitkan polis asuransi.

## Prosedur Pengajuan Klaim

### 1. Kewajiban Tertanggung dalam Hal Klaim

Semua dokumen klaim yang diperlukan harus diterima oleh kami dalam waktu 365 hari sejak tanggal layanan diberikan atau 45 hari sejak tanggal berakhirnya polis mana pun yang lebih dulu. Apabila tidak mungkin secara wajar untuk menyerahkan dokumen klaim yang diperlukan kepada kami dalam periode ini, mereka harus diterima oleh kami dalam waktu 365 hari sejak tanggal Anda mengeluarkan biaya. Jika dokumen tersebut tidak diberikan berdasarkan jangka waktu di atas, kami tidak akan memiliki kewajiban berdasarkan polis ini.

### 2. Dokumen Pendukung Klaim

Sebagai kondisi yang mendahului kewajiban, semua klaim penggantian biaya harus mencakup yang berikut ini ("dokumen klaim yang disyaratkan"):

- i. tagihan dan dokumen pendukung yang menunjukkan rincian biaya dan diagnosa kondisi yang ditangani
- ii. bukti pembayaran oleh Anda, dan
- iii. formulir klaim dengan semua bagian yang relevan selesai diisi.

Klaim dapat diajukan kepada kami :

- i. Melalui alamat email [claim@artarindo.co.id](mailto:claim@artarindo.co.id) termasuk dokumen penunjang; atau
- ii. Melalui surat ke alamat PT. Asuransi Artarindo Head Office, Hermina Tower Lt. 12, Jl. HBR Motik Blok B-10 Kav. 4, Gunung Sahari Selatan, Kemayoran, Jakarta Pusat 10610 dengan melampirkan dokumen asli;
- iii. Menghubungi call center di nomor +62 811-1688-318.

## Prosedur Pengajuan Pertanyaan atau Keluhan

- i. Tertanggung dapat melakukan pengaduan terkait polis (Manfaat Asuransi dan Ketentuan) dapat menghubungi kontak dibawah ini:

E-mail : [kontak@artarindo.co.id](mailto:kontak@artarindo.co.id)

Hp : +62 811-1688-318.

- ii. Pengaduan tersebut selanjutnya akan diproses oleh bagian terkait untuk dapat ditanggapi dan diselesaikan.

## Simulasi

### 1. Simulasi Perhitungan Premi

Nama : Ichsan Effendi  
Tanggal lahir : 12 April 1972

Periode asuransi : 1 Desember 2019 – 30 November 2020  
 Paket : Extensive Inpatient (EXIP) / Rawat Inap  
 Area : Worldwide / Seluruh Dunia  
 Deductible : USD 500  
 Coinsurance : No / Tidak  
 Premi : USD 3,872 x (100% - 10% diskon) = USD 3,484.80

**2. Ilustrasi Pembayaran Klaim\***

Pasien : Ichsan Effendi  
 Treatment date : 5 January 2020  
 Diagnosa : Caries  
 Treatment : simple extraction  
 Biaya : IDR 800,000 ( biaya dokter + tindakan + Obat)  
 Dokter : Drg. Ayu

Pasien : Ichsan Effendi  
 Treatment date : 30 Desember 2019  
 Diagnosa : Low Back Pain ( syaraf tulang belakang kejejit)  
 Treatment : obat analgetic ( Ibu profen 400 mg XII ( 3x2) + surat referral ke physiotherapy  
 Biaya : IDR 800,000 ( biaya dokter + tindakan + Obat)  
 Dokter : Dr. Christine

Pasien : Ichsan Effendi  
 Treatment date :  
 1. 2 January 2020  
 2. 9 January 2020  
 3. 11 January 2020  
 4. 15 January 2020  
 5. 22 January 2020

Diagnosa : Low Back Pain ( syaraf tulang belakang kejejit)  
 Treatment : Physiotherapy  
 Biaya : IDR 3,500,000 ( Paket 5 kali pertemuan)  
 Rumah Sakit : Global Physiotherapy treatment.  
 Rujukan dari : Dr. Christine

\*) Ilustrasi Pembayaran Klaim diatas hanya sebagai contoh. Segala ketentuan tetap mengacu pada Polis.

**Kinerja Historis (Performance)**

Informasi kinerja untuk lini bisnis MyHealth Insurance berdasarkan data statistik yang dimiliki oleh APRIL Hong Kong Limited selama 3 (tiga) tahun terakhir di Indonesia adalah sebagai berikut.

	2016	2017	2018
<i>loss ratio</i>	57,95%	56,5%	45,93%
hasil underwriting	-	-	-

**Informasi Tambahan**

Adapun syarat dan ketentuan umum yang berlaku pada MyHealth Insurance sebagai berikut :

1. Masa Tunggu
 

Pertanggungungan untuk manfaat dan ketidakmampuan berikut akan dimulai setelah Tertanggung secara terusmenerus dijamin dalam polis ini dan setiap perpanjangannya untuk periode berikut sehubungan dengan tertanggung mendapatkan:

  - 1.1. Manfaat bersalin : 366 hari sebelum tanggal Layanan;
  - 1.2. Penambahan bayi baru lahir : 366 hari sebelum tanggal kelahiran;
  - 1.3. Perawatan Gigi Utama : 300 hari sebelum tanggal Layanan;
  - 1.4. Perlindungan HIV/AIDS akan berlaku hanya jika tanda atau gejala yang muncul untuk pertama kalinya setelah tiga tahun periode perlindungan Asuransi berkelanjutan dalam polis ini dan polis perpanjangannya.

2. jika Anda telah mengubah perlindungan untuk Tertanggung asuransi setelah dimulainya periode pertama jaminan, manfaat untuk ketidakmampuan atau layanan yang tunduk pada masa tunggu akan menjadi yang ditunjukkan pada tabel manfaat untuk ketidakmampuan atau layanan tersebut pada hari pertama waktu tunggu, atau yang ditampilkan pada tabel manfaat saat ini, mana pun yang muncul terlebih dahulu.
2. Pembatalan
  - 2.1 minimum periode asuransi adalah 12 bulan. Jika polis ini dibatalkan di pertengahan periode pertanggungungan, maka tidak ada pengembalian premi kecuali sebagaimana dinyatakan dalam ayat 2.1 dan 11.3.
  - 2.2 Kedua belah pihak dapat mengajukan pembatalan polis ini dengan alasan apa pun, selama kurun waktu 14 hari kalender pemberitahuan pembatalan diberikan dari masing-masing pihak kepada pihak lain secara tertulis.

Pengembalian premi akan dihitung secara prorata.

2.3 pembatalan polis ini tidak dapat dilakukan oleh tertanggung apabila terjadi klaim sebelum permintaan pembatalan.

3. Hak Memeriksa Tertanggung

Kami berhak meminta Tertanggung asuransi untuk menjalani pemeriksaan kesehatan dengan biaya kami oleh dokter tertanggung asuransi meninggal dunia, kami berhak untuk melakukan pemeriksaan paska-mortem kecuali dilarang oleh hukum.

4. Koasuransi dan risiko sendiri

Semua biaya-biaya akan dibayarkan setelah dikurangi oleh risiko sendiri yang berlaku dan setelah disesuaikan dengan presentase koasuransi, dikenal pula sebagai persentase pembayaran bersama. Jika terdapat tiga atau lebih anggota keluarga Anda yang mengalami cedera dalam kecelakaan yang sama ketika dijamin dalam polis ini, maka Kami akan membayarkan biaya-biaya yang telah dikurangi oleh satu risiko sendiri, yang merupakan risiko sendiri terbesar yang akan dinyatakan berlaku

5. Perpanjangan Polis

Polis ini akan diperpanjang secara otomatis kecuali:

5.1. Kami menawarkan Anda penambahan pertanggungan atau ketentuan pertanggungan yang baru ; atau

5.2 Kami melakukan perubahan produk yang didasarkan pada kontrak ini dan menawarkan pertanggungan pengganti; atau

5.3 Kami belum menerima premi pada atau sebelum tanggal jatuh tempo yang tertera pada nota debit

5.4 Sebelum polis Anda berakhir, Anda akan menerima pemberitahuan perpanjangan dan nota debit dari kami melalui email. Jika Anda tidak ingin memperpanjang, Anda dapat memberitahu kami pada atau sebelum tanggal kadaluwarsa Polis Anda saat ini. Jika Anda ingin memperpanjang polis Anda, kami harus menerima premi Anda pada atau sebelum tanggal jatuh tempo yang tertera pada nota debit. Jika tidak, maka akan dianggap bahwa Anda telah memutuskan untuk tidak memperbaharui Polis Anda dengan kami.

6 Produk yang dipasarkan adalah Produk Asuransi.

7 Terdapat syarat dan ketentuan yang berlaku. Detail syarat dan ketentuan diatur di dalam Polis MyHealth Insurance dan dapat diakses di situs [www.artarindo.co.id](http://www.artarindo.co.id) .

**Disclaimer :**

1. PT. Asuransi Artarindo dapat menolak permohonan produk Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan ketentuan yang berlaku.
2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan berhak bertanya kepada PT. Asuransi Artarindo atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.



Tanggal terbit dokumen :

27-10-2021