



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum AXA Good Health



Penanggung	PT AXA Financial Indonesia
Nama Produk	AXA Good Health
Jenis Produk	Asuransi Kesehatan Individu
Mata Uang	Rupiah

Tentang Produk

AXA Good Health adalah produk Asuransi Kesehatan dari PT AXA Financial Indonesia bagi para individu yang membutuhkan solusi kesehatan yang dapat diakses secara digital dengan manfaat perlindungan Rawat Jalan serta Rawat Inap yang berdiri sendiri dan memberikan fasilitas Telekonsultasi tanpa batas penggunaan dengan dokter umum dari penyedia layanan Telekonsultasi di Indonesia.

FITUR UTAMA ASURANSI

Usia Masuk Tertanggung dan Pemegang Polis	: min. 18 tahun maks. 45 tahun
Manfaat Utama	: <ul style="list-style-type: none">- Telekonsultasi- Rawat Inap di Rumah Sakit- Rawat Jalan
Masa Pertanggungan Asuransi	: <ul style="list-style-type: none">- Tahunan- Maksimum usia perpanjangan polis hingga 54 tahun.
Plan	: <ol style="list-style-type: none">1. Komprehensif (1-3)2. Rawat Inap (1-3)3. Rawat Jalan (1-3)
Premi	: Min. Rp105.000/bulan
Cara Pembayaran Premi	: Tahunan dan Bulanan

DEFINISI

Pemegang Polis	Seseorang yang mengadakan perjanjian pertanggungan asuransi dengan Penanggung dan seperti tercantum pada Ikhtisar Polis.
Tertanggung	Seseorang yang berusia minimal 18 (delapan belas) tahun dan maksimal 55 (lima puluh lima) tahun yang terhadap dirinya diadakan pertanggungan asuransi, dan wajib memiliki hubungan kepentingan asuransi dengan Pemegang Polis.
Penanggung	PT AXA Financial Indonesia selaku Penanggung Manfaat asuransi.
Polis	Dokumen yang memuat perjanjian asuransi antara Pemegang Polis dan Penanggung yang terdiri dari Ikhtisar Polis, ketentuan umum dan/atau ketentuan khusus dan/atau ketentuan tambahan Polis dan/atau perubahan lain didalamnya yang ditandatangani oleh Penanggung, termasuk formulir pengajuan dan dokumen lain yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan atau dinyatakan sebagai bagian dari Polis.
Premi	Sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung berdasarkan ketentuan Polis ini, yaitu dengan cara pendebitan Kartu Kredit/Debit atau Rekening Tabungan Pemegang Polis pada setiap Tanggal Jatuh Tempo selama Masa Pembayaran Premi seperti tercantum dalam Ikhtisar Polis dan menjadi syarat berlakunya suatu pertanggungan asuransi sebagaimana diatur dalam Polis ini.
Masa Bebas Lihat (Cooling Off Period)	Periode waktu tertentu yang diberikan kepada Pemegang Polis terhitung sejak Tanggal Diterimanya Polis oleh Pemegang Polis, untuk mempelajari dan memastikan bahwa ketentuan yang termuat dalam Polis telah sesuai dengan kebutuhan dan keinginan dari Pemegang Polis.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

AXA Good Health



MANFAAT ASURANSI

1. Manfaat Telekonsultasi

Manfaat Asuransi yang diterima oleh Tertanggung dalam bentuk Telekonsultasi yang disediakan oleh penyedia layanan Telekonsultasi (percakapan secara tertulis, suara dan/atau video) yang merupakan hasil kerjasama AXA Financial Indonesia dengan penyedia layanan Telekonsultasi di Indonesia

a. Telekonsultasi Dokter Umum

Pelayanan konsultasi yang dilakukan oleh Dokter Umum dalam bentuk percakapan secara tertulis, suara dan/atau video dengan penyedia layanan Telekonsultasi yang ditunjuk oleh Penanggung tanpa Batasan pertahun

b. Telekonsultasi Dokter Spesialis

Pelayanan konsultasi yang dilakukan oleh Dokter Spesialis dalam bentuk percakapan secara tertulis, suara dan/atau video dengan penyedia layanan Telekonsultasi yang ditunjuk oleh Penanggung dengan batas konsultasi sesuai tabel manfaat

2. Manfaat Rawat Inap Rumah Sakit

Manfaat Asuransi ini berupa santunan harian yang diberikan jika Tertanggung melakukan Rawat Inap di Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Pertanggungan dan berlaku untuk jangka waktu yang tidak lebih dari 120 (seratus dua puluh) hari kalender dalam 1 (satu) periode Masa Pertanggungan, termasuk Rawat Inap dalam ruangan Unit Perawatan Intensif pada Rumah Sakit per tahun Polis.

3. Manfaat Rawat Jalan

Manfaat Asuransi ini hanya berlaku apabila Tertanggung telah melakukan Telekonsultasi terlebih dahulu dan mendapatkan referensi rawat jalan melalui Triase Perawatan Kesehatan secara digital oleh penyedia layanan Telekonsultasi yang ditunjuk oleh PT AXA Financial Indonesia.

a. Konsultasi Dokter Spesialis

Manfaat penggantian biaya konsultasi dan tindakan yang dibebankan oleh seorang Dokter Spesialis untuk 1 (satu) kali Kunjungan ke Ruang Praktik atau Klinik Dokter Spesialis, dan atau Telekonsultasi, termasuk biaya Administrasi kecuali memiliki manfaat terpisah yang tertera dalam uraian manfaat dengan ketentuan;

- Konsultasi Dokter Spesialis dapat dilakukan atas rujukan dari Dokter Umum dan Dokter Spesialis melalui Telekonsultasi.
- Konsultasi Dokter Spesialis harus dilakukan menggunakan Fasilitas Non-tunai (*Cashless*) pada Rumah Sakit Rekanan Penanggung dan tidak dapat di klaim secara Penggantian Dana (*Reimbursement*).
- Batas Manfaat adalah sesuai dengan *Plan* yang tercantum.

b. Obat atau Obat Resep

Manfaat penggantian biaya obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter Spesialis yang berhubungan langsung dengan ketidakmampuan Tertanggung saat dirawat jalan.

c. Pemeriksaan Penunjang

Manfaat penggantian biaya Pemeriksaan Penunjang yang dirujuk secara tertulis pada Telekonsultasi oleh Dokter umum atau Dokter Spesialis maupun secara konsultasi kunjungan ke ruang praktek atau klinik oleh Dokter Spesialis berdasarkan diagnosis yang berhubungan langsung dengan ketidakmampuan Tertanggung.

TABEL MANFAAT TIPE KOMPREHENSIF

Keterangan	Rawat Inap 1	Rawat Inap 2	Rawat Inap 3
Manfaat Online			
Batas Tahunan			
Telekonsultasi (Dokter Umum)	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Telekonsultasi (Dokter Spesialis)	Sesuai Tagihan Max 6 Telekonsultasi	Sesuai Tagihan Max 8 Telekonsultasi	Sesuai Tagihan Max 10 Telekonsultasi
Rawat Jalan			
Batas Tahunan			
	60,000,000	80,000,000	100,000,000
Kunjungan Dokter Spesialis	Sesuai Tagihan Max 6 Telekonsultasi	Sesuai Tagihan Max 8 Telekonsultasi	Sesuai Tagihan Max 10 Telekonsultasi
Obat/Obat Resep	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Pemeriksaan Penunjang	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Rawat Inap			
Maksimal (120 hari kalender) Per Tahun			
Fasilitas Non-tunai (<i>Cashless</i>)	500,000	750,000	1,000,000
Penggantian Dana (<i>Reimbursement</i>)	250,000	375,000	500,000



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

AXA Good Health



TABEL MANFAAT TIPE RAWAT INAP

Keterangan	Rawat Inap 1	Rawat Inap 2	Rawat Inap 3
Manfaat Online			
Batas Tahunan			
Telekonsultasi (Dokter Umum)	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Telekonsultasi (Dokter Spesialis)	Sesuai Tagihan Max 6 Telekonsultasi	Sesuai Tagihan Max 8 Telekonsultasi	Sesuai Tagihan Max 10 Telekonsultasi
Rawat Inap			
Maksimal (120 hari kalender) Per Tahun			
Fasilitas Non-tunai (Cashless)	500,000	750,000	1,000,000
Penggantian Dana (Reimbursement)	250,000	375,000	500,000

TABEL MANFAAT TIPE RAWAT JALAN

Keterangan	Rawat Jalan 1	Rawat Jalan 2	Rawat Jalan 3
Manfaat Online			
Batas Tahunan			
Telekonsultasi (Dokter Umum)	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Telekonsultasi (Dokter Spesialis)	Sesuai Tagihan Max 6 Telekonsultasi	Sesuai Tagihan Max 8 Telekonsultasi	Sesuai Tagihan Max 10 Telekonsultasi
Rawat Jalan			
Batas Tahunan			
	60,000,000	80,000,000	100,000,000
Kunjungan Dokter Spesialis	6x	8x	10x
Obat/Obat Resep	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Pemeriksaan Penunjang	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan

Pembayaran Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud di dalam produk ini akan dibayarkan kepada Pemegang Polis dalam waktu 5 (lima) hari kalender sejak tanggal persetujuan Penanggung.

RISIKO

1. Risiko Likuiditas

Risiko likuiditas merupakan risiko yang berkaitan dengan kemampuan Penanggung dalam rangka memenuhi kewajiban pembayaran kepada Tertanggung.

2. Risiko Ekonomi Dan Perubahan Politik

Risiko yang disebabkan oleh kondisi makro ekonomi dan perubahan politik di dalam maupun di luar negeri yang kurang kondusif sehingga mempengaruhi kinerja investasi.

3. Risiko Operasional

Risiko yang berkaitan dengan proses internal yang tidak memadai/gagal, pihak ketiga (termasuk namun tidak terbatas pada Tenaga Pemasar) dan sistem operasional, atau dari peristiwa eksternal (termasuk situasi kahar/force majeure namun tidak terbatas pada bencana alam, kebakaran, kerusuhan, dan lain-lain) yang dapat mempengaruhi kegiatan operasional perusahaan.

4. Pengecualian

Klaim tidak dibayarkan jika Tertanggung Meninggal Dunia disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan sebagaimana tercantum dalam Ketentuan Polis.

BIAYA-BIAYA

- Premi yaitu sejumlah uang yang dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung seperti tercantum dalam Data Polis.
- Biaya penerbitan Polis/administrasi

Catatan:

Besarnya biaya penerbitan Polis /administrasi dapat berubah sesuai dengan kebijakan PT AXA Financial Indonesia. Untuk informasi lebih lanjut mengenai biaya penerbitan Polis /administrasi dapat menghubungi *Customer Care Center* PT AXA Financial Indonesia.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

AXA Good Health



HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN TERKAIT DENGAN PENGECUALIAN

Polis ini tidak memberikan pertanggunggunaan bagi Perawatan, pelayanan, produk, keadaan-keadaan, hal-hal atau kegiatan-kegiatan berikut ini serta biaya perawatan medis dan biaya terkait yang timbul karenanya :

1. Apabila Pemegang Polis/Tertanggung menjawab “Tidak” untuk semua pertanyaan kesehatan dan menyatakan bahwa tidak ada Pernyataan yang Tidak Diungkapkan pada pertanyaan kesehatan, dimana Tertanggung dipertanggungguikan di dalam Polis ini, tidak ada Manfaat yang dapat diberikan pada Kondisi-kondisi Medis dan beserta Kondisi Medis Terkait sebagai berikut:
 - a. Kanker,
 - b. Diabetes mellitus,
 - c. Hipertensi,
 - d. Hepatitis B,
 - e. Hepatitis C
 - f. Penyakit pembuluh darah,
 - g. Stroke,
 - h. Penyakit kronis atau gagal fungsi pada organ ginjal, liver, paru-paru, jantung,
 - i. Kelumpuhan,
 - j. Thalasemia dan Hemofilia,
 - k. Penyakit autoimun (autoimmune),
 - l. Kongenital (Congenital),
 - m. Penyakit kejiwaan,
 - n. Penyakit jantung (termasuk namun tidak terbatas pada serangan jantung, gagal jantung, Penyakit jantung koroner, Penyakit jantung iskemik, Penyakit katup jantung, aritmia jantung).
2. Perawatan berkenaan dengan: penurunan berat badan atau penambahan berat badan, bulimia, anorexia nervosa, kesalahan refraksi mata, penggantian kelamin, perawatan kosmetik atau operasi plastik, Penyakit yang timbul dari penyimpangan seksual, atau komplikasi yang diakibatkannya, Perawatan dan operasi gigi kecuali disebabkan oleh kecelakaan.
3. Perawatan pengobatan atau perawatan terkait dengan Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), komplikasi terkait AIDS atau Human Immunodeficiency Virus (HIV);
4. Konsultasi atau Rawat Inap karena kehamilan, melahirkan (termasuk melahirkan secara pembedahan), keguguran, aborsi, kemandulan, dan gangguan ereksi dan

tes atau Perawatan yang berhubungan dengan impotensi atau sterilisasi dan semua komplikasi yang timbul daripadanya;

5. Perawatan sehubungan dengan sakit mental, keterbelakangan mental, neurosis, psikosomatik, psikosis atau perawatan yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa atau di bagian rumah sakit jiwa atau perawatan oleh psikiater
6. Kondisi yang muncul atau terjadi sebelum atau dalam Masa Tunggu kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan yang terjadi selama Masa Tunggu;
7. Penyakit, Cedera atau cacat yang dihasilkan secara langsung atau tidak langsung dari hal-hal berikut:
 - a. Tertanggung di bawah pengaruh narkotika, alkohol, obat-obatan psikotropika, racun, gas atau gangguan adiktif dari zat atau obat lain yang serupa selain untuk digunakan sebagai obat dengan resep yang dikeluarkan oleh Dokter;
 - b. terorisme, perang, invasi, tindakan atau permusuhan musuh asing, kekerasan (apakah perang dinyatakan atau tidak), perang saudara, pemberontakan, revolusi, partisipasi langsung dalam kerusuhan, pertempuran, pemogokan atau keributan sipil, militer, kekuatan yang direbut, tugas aktif di angkatan bersenjata atau polisi, reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasi;
 - c. kejahatan/pelanggaran atau percobaan kejahatan/ pelanggaran yang dilakukan oleh Tertanggung kecuali dibuktikan sebaliknya oleh pengadilan; atau
 - d. bunuh diri atau percobaan bunuh diri, melukai atau mencederai diri sendiri dengan sengaja atau usaha untuk melakukannya baik waras maupun tidak, sadar maupun tidak.
 - e. Olahraga atau kesenangan / hobi tertanggung / peserta yang mengandung bahaya seperti balap mobil, sepeda, sepeda motor, balap kuda, terbang layang, olahraga terbang, berlayar, berenang di lepas pantai, mendaki gunung, bertinju, bergulat serta olahraga dan kesenangan lainnya yang dapat dipersamakan dengan itu, sepanjang olahraga / hobi tersebut tidak dipertanggungguikan.
8. Perawatan eksperimental, termasuk obat-obatan dan / atau teknologi / prosedur medis yang tidak konvensional yang belum terbukti efektif berdasarkan praktik medis yang telah ada, dan yang belum disetujui oleh badan yang diakui di negara tempat Tertanggung menerima perawatan; atau
9. Perawatan yang tidak mengarah pada pemulihan, konservasi kondisi Tertanggung atau pemulihan kepada kondisi kesehatan Tertanggung sebelumnya.
10. Malpraktek serta komplikasi yang terkait, baik secara langsung maupun tidak langsung.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

AXA Good Health



11. **Penyakit yang bersifat epidemik yaitu suatu penyakit yang menyerang banyak orang disuatu wilayah dan tempat bersama, meluas dan menyebar dengan cepat dan dinyatakan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang berdasar ilmu kesehatan serta perawatannya memerlukan karantina/isolasi dan menjadi bagian program dari Pemerintah.**
12. **Perang (baik dideklarasikan atau tidak), operasi sejenis perang, setiap kegiatan yang mirip operasi perang, invasi, setiap senjata, atau alat yang mengakibatkan letusan fusi atom atau gas radioaktif, kontaminasi biologi, dan kimia, pelaku tindak kriminal, pelaku tindak terorisme, korban yang disebabkan oleh kegiatan teroris yang melibatkan nuklir.**
13. **Kejadian yang terjadi di negara – negara yang memiliki tingkat risiko tinggi di luar wilayah Indonesia, dalam hal politik dan situasi keamanan yang tidak stabil sesuai dengan ketentuan yang diatur oleh Kementerian Luar Negeri Republik Indonesia dan pihak berwenang lainnya dari waktu ke waktu.**

SYARAT PENGAJUAN POLIS

1. Pemegang Polis dan Tertanggung memenuhi syarat usia masuk.
2. Melampirkan foto KTP.

MASA BEBAS LIHAT (COOLING OFF PERIOD)

1. Pemegang Polis mempunyai Masa Bebas Lihat (*Cooling Off Period*) selama 20 (dua puluh) hari kalender sejak Tanggal Diterimanya Polis oleh Pemegang Polis untuk mempelajari dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Pemegang Polis.
2. Dengan tetap memperhatikan ketentuan mengenai Masa Tunggu sehubungan dengan berlakunya pertanggungan asuransi, selama Masa Bebas Lihat (*Cooling Off Period*) ini, Polis telah berlaku, namun demikian Pemegang Polis dapat mengajukan pembatalan Polis kepada Penanggung apabila Pemegang Polis tidak menyetujui syarat-syarat dan ketentuan yang dinyatakan pada ketentuan polis ini dan seluruh Manfaat asuransi termasuk Telekonsultasi dalam produk ini belum digunakan. Dalam hal Pemegang Polis mengajukan pembatalan, maka Polis secara otomatis menjadi

batal sejak Tanggal Berlakunya Polis dan tidak ada pertanggungan asuransi apapun yang menjadi kewajiban Penanggung kepada Pemegang Polis atau Tertanggung.

3. Jika pada Masa Bebas Lihat tersebut Pemegang Polis mengajukan pembatalan Polis dan Premi telah dibayarkan Pemegang Polis, maka Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayar tersebut setelah dikurangi biaya administrasi (jika ada) ke Rekening Tabungan Pemegang Polis.

MASA LELUASA

Dalam hal pembayaran Premi tidak berhasil dilakukan pada Tanggal Jatuh Tempo, Penanggung memberikan masa leluasa selama 30 (tiga puluh) hari kalender dimana pertanggungan masih berlaku (untuk selanjutnya disebut “Masa Leluasa”). Apabila pembayaran tidak berhasil dilakukan sampai dengan 30 (tiga puluh) hari kalender, maka pertanggungan menjadi berakhir sejak Tanggal Jatuh Tempo pembayaran Premi tertunggak dan tidak ada kewajiban apapun dari Penanggung terhadap Pemegang Polis dan/atau Tertanggung sehubungan dengan Polis yang bersangkutan.

SYARAT PENGAJUAN KLAIM

Dapatkan formulir klaim dengan cara menghubungi *Customer Care Centre* PT AXA Financial Indonesia. Formulir juga dapat diunduh di website <https://axa.co.id/formulir>

1. Prosedur Klaim

Untuk dapat menggunakan Manfaat Rawat Jalan dalam produk AXA Good Health, Tertanggung harus melakukan Telekonsultasi dengan Dokter Umum atau Dokter Spesialis sesuai mitra (*partner*) yang ditunjuk oleh Penanggung. Dimana setelah melakukan Telekonsultasi tersebut Tertanggung yang direkomendasikan secara medis untuk melakukan Rawat Jalan maupun Pemeriksaan Penunjang lainnya akan mendapatkan referensi Rawat Jalan yang berlaku maksimal 5 hari kalender sejak Telekonsultasi. Manfaat Rawat Jalan dan Rawat inap harus digunakan di Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Pertanggungan dan dapat digunakan dengan dua metode sebagaimana dijelaskan di bawah ini.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

AXA Good Health



1.1 Fasilitas Non-tunai (*Cashless*)

1.1.1 Penggunaan Fasilitas Non-tunai (*Cashless*)

- a) Tertanggung yang menggunakan Fasilitas Non-tunai (*Cashless*) untuk Rawat Inap akan mendapatkan pembayaran biaya sesuai *Plan* yang dipilih dan metode klaim yang digunakan oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Ikhtisar Polis.
- b) Fasilitas Non-tunai (*Cashless*) mulai berlaku sejak Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal perubahan Polis (mana yang lebih akhir), setelah melewati Masa Tunggu dan hanya dapat digunakan oleh Tertanggung dengan menunjukkan Kartu Peserta serta Kartu Identitas.
- c) Fasilitas Non-tunai (*Cashless*) dapat digunakan setelah Penanggung menerbitkan surat jaminan Rawat Inap kepada Rumah Sakit Rekanan untuk Manfaat Rawat Inap atau referensi Rawat Jalan ke Rumah Sakit Rekanan yang diberikan oleh Dokter umum atau Dokter Spesialis setelah Tertanggung melakukan Telekonsultasi untuk Manfaat Rawat Jalan sesuai *Plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Ikhtisar Polis.
- d) Penanggung mempunyai hak untuk tidak menerbitkan atau membatalkan surat jaminan Rawat Inap sesuai *Plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Ikhtisar Polis dan dalam hal tersebut maka Pemegang Polis dapat mengajukan klaim melalui fasilitas Penggantian Biaya (*Reimbursement*).
- e) Tertanggung harus menggunakan Rumah Sakit yang tercatat dalam Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Pertanggungan sesuai *Plan* yang dipilih Formulir pengajuan klaim Meninggal Dunia yang diisi lengkap, benar, dan akurat;
- f) Pembayaran biaya perawatan dan/atau pengobatan ke Rumah Sakit Rekanan oleh Penanggung sesuai *Plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Ikhtisar Polis ke Rumah Sakit melalui Fasilitas Non-tunai (*Cashless*):
 - i. Tidak menghapus hak Penanggung menyanggah kebenaran Polis termasuk untuk melakukan analisis atas klaim dan/atau melakukan seleksi ulang terhadap Polis Asuransi sebagaimana diatur pada Ketentuan Umum Polis.

- ii. Bukan merupakan bentuk persetujuan Penanggung atas klaim yang diajukan. Persetujuan klaim yang diajukan akan disampaikan kemudian oleh Penanggung dalam bentuk tertulis.

1.1.2 Kewajiban Pemegang Polis

- a) Pemegang Polis dan/atau Tertanggung bertanggung jawab untuk melunasi semua kerugian akibat penggunaan Kartu Peserta yang tidak seharusnya, termasuk namun tidak terbatas pada penggunaan Kartu Peserta oleh pihak selain Tertanggung.
- b) Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib untuk membayar kelebihan klaim dan/atau kelebihan biaya (jika ada).

1.1.3 Kelebihan Biaya dan Kelebihan Klaim

- a) Setiap kelebihan biaya yang timbul menjadi tanggung jawab penuh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, tidak dapat dialihkan dan/atau ditagihkan kepada Penanggung kecuali apabila disetujui sebaliknya oleh Penanggung.
- b) Apabila Tagihan Rumah Sakit lebih kecil dari Manfaat dengan Fasilitas Non-tunai (*Cashless*) (sesuai *Plan*) yang didapat, maka proses pembayaran disesuaikan dengan tagihan Rumah Sakit, dan Penanggung tidak berkewajiban untuk membayarkan/transfer sisa dari kelebihan Manfaat yang didapat.

1.1.4 Berakhirnya Fasilitas Non-tunai (*Cashless*)

Terdapat penggunaan Kartu Peserta sesuai dengan poin 1.1.1 di atas; atau Surat Jaminan sesuai *Plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada Ikhtisar Polis dibatalkan oleh Penanggung kepada Rumah Sakit Rekanan. Biaya yang timbul akibat pembatalan ini diperhitungkan sebagai Kelebihan Klaim

1.1.5 Berhenti sementara Fasilitas Non-tunai (*Cashless*)

- a) Fasilitas Non-tunai (*Cashless*) akan berhenti sementara apabila Premi atas pertanggungan asuransi ini tidak dibayarkan setelah melewati 5 (lima) hari kalender dari Tanggal Jatuh Tempo tagihan asuransi.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

AXA Good Health



- b) Fasilitas Non-tunai (*Cashless*) dapat dipergunakan oleh Pemegang Polis/Tertanggung, setelah Pemegang Polis/Tertanggung sudah melakukan pembayaran Premi dengan jangka waktu proses pengaktifan kembali dalam waktu 2 (dua) hari kerja.

1.2 Klaim Penggantian (*Reimbursement*)

- 1.2.1 Pemegang Polis/Tertanggung dapat mengajukan klaim penggantian (*Reimbursement*) pembayaran manfaat sesuai *Plan* yang dipilih sebagaimana tercantum pada Ikhtisar Polis, kecuali untuk manfaat Konsultasi Dokter Spesialis pada Rawat Jalan. Sesuai dengan ketentuan polis.
- 1.2.2 Apabila Tertanggung memiliki asuransi lain dan metode penagihan langsung tidak dapat dilakukan maka Pemegang Polis dapat mengajukan klaim penggantian (*Reimbursement*) untuk manfaat rawat inap, dengan ketentuan perawatan dilakukan di Rumah Sakit Rekanan serta melengkapi dokumen-dokumen yang dipersyaratkan sesuai dengan ketentuan pada Polis.
- 1.2.3 Apabila Tertanggung memiliki asuransi lain dan ada biaya Rawat Jalan yang tidak ditanggung oleh asuransi lain, maka Pemegang Polis dapat mengajukan klaim penggantian (*Reimbursement*), dengan melengkapi dokumen-dokumen yang dipersyaratkan sesuai dengan ketentuan pada Polis.
- 1.2.4 Apabila Pemegang Polis mengajukan klaim Penggantian (*Reimbursement*) untuk manfaat Rawat Inap dikarenakan Tertanggung telah dibayarkan langsung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), maka Penanggung akan membayarkan manfaat Rawat Inap sesuai *Plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis dengan metode pembayaran Fasilitas Non-tunai (*Cashless*) sebagaimana tercantum pada Ikhtisar Polis.
- 1.2.5 Apabila Pemegang Polis mengajukan klaim Penggantian (*Reimbursement*) untuk manfaat Rawat Jalan dikarenakan Tertanggung telah dibayarkan langsung oleh asuransi lain, maka Penanggung mempunyai hak mengkoordinasikan manfaat yang akan dibayarkan sehingga:

- a. Jumlah manfaat seluruhnya yang diterima oleh Pemegang Polis dari Penanggung dan/atau pihak lain, maksimum sebesar 100% (seratus persen) dari biaya yang dikeluarkan, dan
- b. Seluruh biaya yang dibayarkan Penanggung tidak melebihi batas maksimum sesuai yang tercantum dalam tabel manfaat.

2. Dokumentasi Klaim

2.1 Dokumen pengajuan Manfaat Rawat Inap:

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit, maka pengajuan klaim Manfaat asuransi harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen sebagai berikut:

1. Formulir pengajuan klaim (asli),
2. Identitas diri resmi (KTP/SIM/Paspor),
3. Kuitansi asli Rawat Inap berikut bukti-bukti penunjang (untuk fotokopi harus dilegalisasi oleh Rumah Sakit yang bersangkutan),
4. Nama atau rincian obat-obatan yang diberikan selama perawatan,
5. Fotokopi hasil pemeriksaan/dokumen penunjang diagnosis lainnya (seperti laboratorium, Elektrokardiogram (EKG), Ultrasonografi (USG), dan lain-lain) yang dilakukan selama Rawat Inap,
6. Formulir surat keterangan dokter untuk klaim Rawat Inap yang ditandatangani oleh dokter yang merawat (asli),
7. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang berkaitan dengan klaim dan dianggap perlu oleh Penanggung,
8. Apabila Tertanggung sebagai peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan): surat keterangan dari BPJS Kesehatan bahwa Perawatan telah dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan

2.2 Dokumen Pengajuan Manfaat Rawat Jalan:

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Jalan di Rumah Sakit, maka pengajuan klaim Manfaat Asuransi harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen sebagai berikut:

1. Formulir pengajuan klaim (asli) yang telah diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh Tertanggung dan Dokter yang memberikan Rawat Jalan dengan disertai cap dari Rumah Sakit,
2. Identitas diri resmi (KTP/SIM/Paspor),



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

AXA Good Health



3. Bukti rekomendasi konsultasi yang berasal dari aplikasi mitra (*partner*) yang ditunjuk oleh Penanggung serta referensi rawat jalan yang diberikan.
4. Kuitansi asli pembayaran konsultasi lengkap dengan keterangan diagnosis penyakit dari Dokter, rekomendasi Obat atau Obat resep (jika ada) berikut bukti-bukti penunjang (untuk fotokopi harus dilegalisasi oleh Rumah Sakit yang bersangkutan),
5. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang berkaitan dengan klaim dan dianggap perlu oleh Penanggung.

Dokumen-dokumen tersebut harus diterima oleh Penanggung selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal terakhir Tertanggung menjalani Rawat Inap atau tanggal konsultasi Rawat Jalan.

Dokumen klaim yang diberikan secara lengkap akan membuat klaim Pemegang Polis/Tertanggung diproses dengan segera. Dokumen klaim yang tidak lengkap dapat menunda penyelesaian klaim dan dalam beberapa hal dapat mengakibatkan formulir klaim dikembalikan kepada Pemegang Polis/Tertanggung untuk dilengkapi atau penolakan klaim.

3. Pengajuan dokumen klaim dapat dilakukan melalui media digital baik email, *Whatsapp* ataupun portal ataupun media digital lainnya (jika ada) dengan mengirimkan dalam bentuk salinan elektronik/*softcopy* (scan/foto) dari dokumen asli atau fotokopi yang telah dilegalisir. Pemegang Polis wajib menyimpan dokumen asli/fotokopi yang sudah dilegalisir dan harus mengirimkan apabila dibutuhkan oleh Penanggung.
4. Apabila terdapat hal-hal yang bertentangan dalam dokumen-dokumen seperti yang di maksud dalam Polis, maka Penanggung berhak untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dari Pemegang Polis atau Tertanggung. Dan atas hal tersebut Penanggung mempunyai hak untuk melakukan investigasi atau penelusuran termasuk untuk melakukan pemeriksaan ulang atas diri Tertanggung pada Dokter atau laboratorium yang ditunjuk oleh Penanggung pada saat proses penyelesaian klaim.

5. Pembayaran klaim akan dilakukan setelah dokumen yang diperlukan telah diterima dengan lengkap dan proses analisa telah selesai dilakukan oleh Penanggung.
6. Semua informasi terkait proses klaim akan disampaikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis melalui *E-mail/SMS/Telepon/Whatsapp/Surat*.
7. Pembayaran klaim akan dibayarkan ke rekening Pemegang Polis atau ke rekening Tertanggung.
8. Rawat Inap atau Rawat Jalan yang bukan atas anjuran dan/atau persetujuan dokter (Telekonsultasi) sehubungan dengan diagnosis dan/atau perawatan yang diperlukan, maka Penanggung berhak menyatakan bahwa perawatan dan/atau pengobatan tersebut dinyatakan tidak berlaku dan Penanggung tidak memiliki kewajiban dalam bentuk apapun untuk memenuhi permintaan pembayaran atau hal lain yang terkait sehubungan dengan Manfaat Asuransi ini.
9. Penanggung berhak untuk tidak membayarkan Manfaat dalam Polis ini apabila diketahui klaim yang diajukan berdasarkan Polis ini ternyata tidak benar atau terdapat dugaan unsur kecurangan dan/atau manipulasi atau dipalsukan. Apabila di kemudian hari Penanggung mengetahui bahwa santunan telah dibayarkan berdasarkan klaim yang dipalsukan atau dimanipulasi, maka Penanggung berhak melakukan segala tindakan hukum yang diperlukan untuk menuntut dikembalikannya seluruh Manfaat yang telah dibayarkan tersebut. Dengan terjadinya peristiwa sebagaimana dimaksud dalam poin ini maka Penanggung berhak mengakhiri pertanggungan atas Polis ini.
10. Batas waktu penetapan persetujuan atau penolakan pembayaran klaim adalah 14 (empat belas) hari kerja setelah dokumen klaim diterima lengkap atau 60 (enam puluh) hari kerja untuk klaim yang memerlukan investigasi lebih lanjut.
11. Apabila pengajuan dokumen klaim tidak lengkap, maka batas waktu Pemegang Polis untuk melengkapi dokumen klaim adalah 90 (sembilan puluh) hari kalender dimulai dari tanggal pengajuan klaim. Jika Pemegang Polis tidak melengkapi dokumen klaim sampai melewati batas waktu yang ditentukan, maka Pemegang Polis dianggap telah membatalkan pengajuan klaim tersebut dan dokumen yang sama sudah tidak dapat diajukan kembali, serta membebaskan PT AXA Financial Indonesia dari seluruh tanggung jawab dan kewajiban hukum terkait proses klaim ini.
12. Realisasi pembayaran Manfaat klaim adalah 5 (lima) hari kerja sejak klaim disetujui oleh Penanggung.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum AXA Good Health



13. Dokumen-dokumen yang dipersyaratkan di dalam pengajuan klaim tersebut di atas wajib diajukan dalam Bahasa Indonesia.

TATA CARA LAYANAN DAN KELUHAN

Pemegang Polis dapat menghubungi *Customer Care Centre* sebagai berikut:

PT AXA Financial Indonesia
Tel: 1500 940 |Email: customer@axa-financial.co.id
<https://axa.co.id>

Customer Care Centre Jakarta
AXA Tower Lt. 18
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

Customer Care Centre Surabaya
Tunjungan Plaza 5 (Pakuwon Center 15th Floor Unit 1&2)
Jl. Embong Malang no 1, 3, 5, Surabaya 60261



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

AXA Good Health



SIMULASI

Nama Pemegang Polis	Alvian
Usia Pemegang Polis / Jenis Kelamin	27 tahun / Laki – laki
Nama Tertanggung	Alvian
Usia Tertanggung / Jenis Kelamin	27 tahun / Laki – laki
Plan	Komprehensif 3
Masa Pertanggungan Asuransi	Tahunan
Cara Pembayaran Premi	Tahunan
Premi	Rp3.850.000

MANFAAT	Plan Komprehensif 3 (Rp)
1. Manfaat Online	
a. Telekonsultasi Dokter Umum Pelayanan konsultasi yang dilakukan oleh Dokter Umum dalam bentuk Telekonsultasi (tertulis, suara dan/atau video dengan mitra (<i>partner</i>) yang ditunjuk oleh Penanggung.	Sesuai tagihan
b. Telekonsultasi Dokter Spesialis Pelayanan konsultasi yang dilakukan oleh Dokter Spesialis dalam bentuk tertulis, suara dan/atau video dengan mitra (<i>partner</i>) yang ditunjuk oleh Penanggung.	Sesuai tagihan maksimal 10 telekonsultasi/tahun
2. Manfaat Rawat Inap Rumah Sakit	
Manfaat Asuransi ini berupa santunan harian yang diberikan jika Tertanggung melakukan Rawat Inap di Rumah Sakit Rekanan dalam Wilayah Pertanggungan dan berlaku untuk jangka waktu yang tidak lebih dari 120 (seratus dua puluh) hari kalender dalam 1 (satu) periode Masa Pertanggungan, termasuk Rawat Inap dalam ruangan Unit Perawatan Intensif pada Rumah Sakit per tahun Polis.	1,000,000
3. Manfaat Rawat Jalan	
Batas Tahunan Manfaat Rawat Jalan	100,000,000
a. Konsultasi Dokter Spesialis Penggantian biaya konsultasi dan tindakan yang dibebankan oleh seorang Dokter Spesialis untuk 1 (satu) kali Kunjungan ke Ruang Praktik atau Klinik Dokter Spesialis, dan atau Telekonsultasi, termasuk biaya Administrasi kecuali memiliki manfaat terpisah yang tertera dalam uraian manfaat dengan ketentuan;	Sesuai tagihan maksimal 10 kunjungan/tahun



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY)

Versi Umum

AXA Good Health



<ul style="list-style-type: none">Konsultasi Dokter Spesialis dapat dilakukan atas rujukan dari Dokter Umum dan Dokter Spesialis melalui Telekonsultasi.Konsultasi Dokter Spesialis harus dilakukan menggunakan Fasilitas Non-tunai (<i>Cashless</i>) pada Rumah Sakit Rekanan Penanggung dan tidak dapat diklaim secara penggantian dana (<i>reimbursement</i>).Batas Manfaat adalah sesuai dengan <i>Plan</i> yang tercantum	
b. Obat atau Obat Resep Penggantian biaya obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter Spesialis yang berhubungan langsung dengan Kondisi Medis Tertanggung saat Rawat Jalan.	Sesuai tagihan dengan Biaya Wajar dan Umum
c. Pemeriksaan Penunjang Penggantian biaya Pemeriksaan Penunjang yang dirujuk secara tertulis pada Telekonsultasi oleh Dokter umum atau Dokter Spesialis maupun secara konsultasi kunjungan ke ruang praktek atau klinik oleh Dokter Spesialis berdasarkan diagnosis yang berhubungan langsung dengan ketidakmampuan Tertanggung	Sesuai Tagihan dengan Biaya Wajar dan Umum

Note: Manfaat no.2 akan dibayarkan sesuai dengan ketentuan tabel manfaat sesuai dengan Plan dan cara klaim yang digunakan.

Skenario 1

Tertanggung Melakukan Telekonsultasi

Apabila Bapak Alvian merasakan gejala demam dan melakukan Telekonsultasi pada masa pertanggungan, maka Manfaat yang akan diterima sebagai berikut:

- Telekonsultasi yang diberikan oleh penyedia layanan Telekonsultasi yang di tentukan PT AXA Financial Indonesia
- Dapat melakukan pemeriksaan Laboratorium jika disarankan oleh dokter Telekonsultasi

Skenario 2

Tertanggung Rawat Inap dalam masa pertanggungan

Apabila Bapak Alvian merasakan gejala demam berkepanjangan lalu melakukan Telekonsultasi dan kemudian oleh dokter Telekonsultasi di diagnosis gejala tifus (*typhus*) lalu dirujuk untuk melakukan rawat inap dan Bapak Alvian dirawat di Rumah Sakit selama 3 hari, dengan tagihan Rumah Sakit sebesar Rp4 juta maka Manfaat yang diterima adalah:

- Santunan harian rawat inap rumah sakit sebesar Rp3 juta dengan klaim Non-tunai (*Cashless*), karena ada kelebihan tagihan Rumah Sakit maka nasabah perlu membayar sisa tagihan sebesar Rp1 juta sesuai dengan prosedur Rumah Sakit; **ATAU**;
- Santunan harian rawat inap rumah sakit sebesar Rp1,5 juta dengan klaim penggantian dana (*Reimbursement*).

Skenario 3

Jika Tertanggung Rawat Jalan dalam masa pertanggungan

Apabila Bapak Alvian merasakan mual serta kembung berkepanjangan serta nyeri pada ulu hati lalu melakukan Telekonsultasi kemudian oleh dokter Telekonsultasi dirujuk untuk melakukan rawat jalan, maka Manfaat yang diterima adalah:

- Konsultasi dengan dokter Spesialis penyakit dalam di Rumah Sakit rekanan PT AXA Financial Indonesia
- Penggantian obat-obatan yang diresepkan oleh dokter spesialis penyakit dalam sesuai dengan diagnosis bapak Alvian



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum AXA Good Health



Skenario 4

Jika diperlukan Pemeriksaan Penunjang

Apabila Bapak Alvian setelah melakukan Telekonsultasi kemudian oleh dokter Telekonsultasi dirujuk untuk melakukan tes Laboratorium, maka bapak Alvian berhak untuk mendapatkan penggantian biaya Laboratorium atas rujukan dokter spesialis penyakit dalam tersebut.

Catatan:

Ilustrasi ini menggunakan asumsi bahwa semua Premi telah dibayar lunas pada setiap Tanggal Jatuh Tempo pembayaran Premi.



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum AXA Good Health



CATATAN PENTING

1. Produk asuransi ini telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK).
2. PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).
3. Informasi yang tercantum pada Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini adalah akurat sampai dengan adanya perubahan yang dilakukan oleh PT AXA Financial Indonesia.
4. Syarat, kondisi dan hal-hal yang dapat menyebabkan klaim menjadi tidak dibayarkan/pengecualian produk AXA Good Health dijelaskan secara rinci dan lengkap dalam Polis yang akan dikirimkan kepada Anda setelah permohonan pengajuan asuransi diterima oleh PT AXA Financial Indonesia.
5. Pemegang Polis wajib membaca dan tunduk pada syarat dan ketentuan yang tercantum dalam Polis.
6. Produk asuransi ini memiliki syarat dan ketentuan yang berlaku dimana informasi tersebut dapat dilihat dalam RIPLAY Umum dan RIPLAY Personal.
7. Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah termasuk komisi.
8. PT AXA Financial Indonesia akan menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini atau perubahan lainnya (apabila ada) melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. PT AXA Financial Indonesia akan mengirimkan pemberitahuan 30 (tiga puluh) Hari Kerja sebelum perubahan tersebut berlaku.
9. PT AXA Financial Indonesia hanya menerima pembayaran premi pertama, premi lanjutan (*renewal*), Penambahan Dana (*Top Up*) dan biaya-biaya terkait polis melalui *rekening resmi milik PT AXA Financial Indonesia. PT AXA Financial Indonesia tidak bertanggung jawab atas kerugian yang timbul terhadap pembayaran yang

dilakukan diluar dari ketentuan tersebut diatas. Apabila Tenaga Pemasar meminta Nasabah untuk melakukan pembayaran ke rekening diluar rekening resmi milik PT AXA Financial Indonesia, Nasabah dapat melaporkan kepada kami melalui email customer @axa-financial.co.id atau di nomor telepon 1500 940.

*Dapat dilihat di sini (<https://axa.co.id/pembayaran-premi>)

DISCLAIMER (PENTING UNTUK DIBACA)

1. PT AXA Financial Indonesia dapat menolak permohonan pengajuan produk asuransi Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) ini dan berhak bertanya kepada Tenaga Pemasar atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) ini.