



PaninDai-ichiLife

By your side, for life

Panin Health Guard Plus

Tetap Sehat, Tetap Hemat





Panin Health Guard Plus

Panin Health Guard Plus adalah produk Asuransi Kesehatan yang memberikan manfaat penggantian biaya yang timbul dari pelayanan dan perawatan apabila Tertanggung menjalani rawat inap, rawat jalan, dan manfaat tambahan lainnya dengan maksimum sebesar total manfaat yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan Anda.

Manfaat Pertanggungungan

Manfaat Rawat Inap	Manfaat Rawat Jalan (Terkait Rawat Inap)	Manfaat Rawat Jalan	Manfaat Tambahan Lainnya
<ul style="list-style-type: none">• Biaya Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit• Unit Perawatan Intensif/ICU• Biaya Obat-obatan dan Aneka Perawatan Rumah Sakit• Kunjungan Dokter Umum di Rumah Sakit• Kunjungan Dokter Spesialis di Rumah Sakit• Biaya Laporan Medis• Biaya Ambulan Lokal• Biaya Tindakan Bedah• Biaya Akomodasi Penunggu Pasien	<ul style="list-style-type: none">• Perawatan Sebelum Rawat Inap• Perawatan Setelah Rawat Inap• Biaya Perawatan oleh Juru Rawat setelah Rawat Inap• Fisioterapi• Protesa	<ul style="list-style-type: none">• Rawat Jalan Cuci Darah (Hemodialysis)• Perawatan Kanker• Biaya Pembedahan Pulang Hari (one day surgery)• Biaya Perawatan Sebelum Pembedahan Pulang Hari• Biaya Perawatan Setelah Pembedahan Pulang Hari• Perawatan Luka Bakar• Biaya Rawat Jalan akibat Kecelakaan• Rawat Jalan Lanjutan karena Kecelakaan	<ul style="list-style-type: none">• Biaya Perawatan Psikiatri dan Psikologis• Biaya Perawatan Paliatif• Santunan Tunai• Santunan Pemakaman



Wilayah Pertanggungan Lebih Luas

Pilihan wilayah Pertanggungan mulai dari Asia (kecuali Singapura, Hongkong, Jepang) sampai dengan seluruh dunia.



Limit Manfaat Lebih Besar

Maksimum Manfaat per tahun sampai dengan Rp 10 Milyar dengan Tambahan Maksimum Manfaat Seumur Hidup sampai dengan Rp 20 Milyar.



Fitur No Claim Discount

No Claim Discount adalah *reward* yang diberikan oleh Penanggung yang dapat dikenakan setiap tahunnya kepada Premi pada suatu Tahun Pertanggungan jika memenuhi syarat-syarat yang ditentukan dalam Polis



Fitur Multiplier

Multiplier adalah suatu pengali Premi yang dikenakan setiap tahunnya pada suatu tahun Pertanggungan yang ditentukan berdasarkan riwayat klaim Manfaat Pertanggungan yang disetujui oleh Penanggung yang terjadi pada Periode Pengamatan terakhir.

Kriteria Umum

Usia Pemegang Polis:

18 - 75 tahun (perhitungan berdasarkan ulang tahun terdekat)



Usia Tertanggung:

1 Bulan - 70 tahun (perhitungan berdasarkan ulang tahun terdekat)



Masa Pertanggungan:

1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang hingga Tertanggung berusia 99 (sembilan puluh sembilan) tahun.



Frekuensi Pembayaran Premi :

Bulanan/Triwulanan/
Semesteran/Tahunan



Masa Pembayaran Premi:

Sama dengan Masa Pertanggungan.



Manfaat Pertanggungan

Mengacu pada masing – masing plan pada Tabel Manfaat



Premi

Dihitung berdasarkan Usia Masuk Tertanggung, plan yang dipilih, jenis kelamin, *Multiplier* dan *No Claim Discount* (jika ada). Premi dapat berubah mengikuti kenaikan Usia Tertanggung, namun tidak terbatas pada pengalaman klaim dan inflasi biaya Kesehatan.

No Claim Discount

Tahun Periode Pengamatan	No Claim Discount (%)
1*	5
1 dan 2**	10
≥ 1, 2 dan 3***	15

*) Jika Polis memenuhi syarat dalam 1 Periode Pengamatan, maka besar No Claim Discount yang dikenakan adalah 5%.

**) Jika Polis memenuhi syarat dalam 2 Periode Pengamatan berturut – turut, maka besar No Claim Discount yang dikenakan adalah 10%.

***) Jika Polis memenuhi syarat dalam 3 dan seterusnya Periode Pengamatan berturut – turut, maka besar No Claim Discount yang dikenakan adalah 15%.

MULTIPLIER

Premi Dasar

Level 1
1.25x

Level 2
1.5x

PLAN	Jumlah klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
A	x=0	↓1 Level
	$x \leq 12.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$12.000.000 < x \leq 25.000.000$	↑1 Level (Maksimum Level 2)
	$x > 25.000.000$	↑2 Level (Maksimum Level 2)

PLAN	Jumlah klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
B	x=0	↓1 Level
	$x \leq 15.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$15.000.000 < x \leq 30.000.000$	↑1 Level (Maksimum Level 2)
	$x > 30.000.000$	↑2 Level (Maksimum Level 2)

PLAN	Jumlah klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
C	x=0	↓1 Level
	$x \leq 20.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$20.000.000 < x \leq 40.000.000$	↑1 Level (Maksimum Level 2)
	$x > 40.000.000$	↑2 Level (Maksimum Level 2)

MULTIPLIER

Premi Dasar

Level 1
1.25xLevel 2
1.5x

PLAN	Jumlah klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
D	$x=0$	↓1 Level
	$x \leq 25.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$25.000.000 < x \leq 50.000.000$	↑1 Level (Maksimum Level 2)
	$x > 50.000.000$	↑2 Level (Maksimum Level 2)

PLAN	Jumlah klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
E	$x=0$	↓1 Level
	$x \leq 40.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$40.000.000 < x \leq 80.000.000$	↑1 Level (Maksimum Level 2)
	$x > 80.000.000$	↑2 Level (Maksimum Level 2)

PLAN	Jumlah klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
F	$x=0$	↓1 Level
	$x \leq 50.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$50.000.000 < x \leq 100.000.000$	↑1 Level (Maksimum Level 2)
	$x > 100.000.000$	↑2 Level (Maksimum Level 2)

*Jumlah klaim yang disetujui pada tabel diatas tidak termasuk klaim yang diakibatkan oleh Kecelakaan Lalu Lintas.



ILUSTRASI

Tuan Adi (40 tahun) membeli Produk Panin Health Guard Plus Plan B dengan Masa Pertanggungan sampai dengan usia 99 tahun.

- **Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit** : Kapasitas 2 tempat tidur per kamar ATAU Rp 750.000,-
- **Maksimum Manfaat per Tahun** : Rp 2.000.000.000,-
- **Tambahan Maksimum Manfaat Seumur Hidup** : Rp 4.000.000.000,-



Masa Pertanggungan hingga Tertanggung berusia 99 tahun



Simulasi 1

Tuan Adi (40 tahun) menjalani perawatan di Rumah Sakit selama 5 hari dan menempati kamar sesuai dengan Plan yang dipilih.

Rincian Perawatan	Biaya Perawatan	Manfaat Asuransi
Biaya Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit	5 x Rp750.000,- = Rp3.750.000,-	Rp3.750.000,-
Kunjungan Dokter Spesialis di Rumah Sakit	Rp1.500.000,-	Rp1.500.000,-
Biaya Obat-obatan dan Aneka Perawatan Rumah Sakit	Rp10.000.000,-	Rp10.000.000,-
Total Manfaat Asuransi yang dibayarkan		Rp15.250.000,-

Simulasi 2

Tuan Adi (40 tahun) menjalani perawatan di Rumah Sakit selama 5 hari dan menempati kamar 1 tingkat lebih tinggi dari Plan yang dipilih.

Faktor Proporsional: $(5 \times \text{Rp}750.000,-) / (5 \times \text{Rp}1.000.000,-) = 75\%$

Rincian Perawatan	Biaya Perawatan	Manfaat Asuransi
Biaya Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit	5 x Rp1.000.000,- = Rp5.000.000,-	5 x Rp750.000,- = Rp3.750.000,-
Kunjungan Dokter Spesialis di Rumah Sakit	Rp1.500.000,-	75% x Rp1.500.000,- = Rp1.125.000,-
Biaya Obat-obatan dan Aneka Perawatan Rumah Sakit	Rp10.000.000,-	75% x Rp10.000.000,- = Rp7.500.000,-
Total Manfaat Asuransi yang dibayarkan	Rp16.500.000,-	Rp12.375.000,-

Tabel Manfaat Pertanggungan Panin Health Guard Plus

Jenis Manfaat	Rincian	PLAN					
		A	B	C	D	E	F
		Asia (kecuali Singapura, Hongkong dan Jepang)		Asia & Australia		Seluruh Dunia (kecuali USA)	
1. Manfaat Rawat Inap		Seluruh Dunia					
Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit**	Mana yang lebih besar: Maks tarif kamar per hari; Tidak ada batas maksimum hari. Kecuali Kondisi Vegetatif maksimal 150 hari per tahun Pertanggungan	Kapasitas 3-4 tempat tidur per kamar ATAU 500.000	Kapasitas 2 tempat tidur per kamar ATAU 750.000	Kapasitas 1 tempat tidur per kamar* ATAU 1.000.000	Kapasitas 1 tempat tidur per kamar* ATAU 1.500.000	Kapasitas 1 tempat tidur per kamar** ATAU 2.000.000	Kapasitas 1 tempat tidur per kamar*** ATAU 2.500.000
Unit Perawatan Intensif (termasuk NICU, PICU, HCU, HCU/ICU, Intermediate Ward dan Kamar Isolasi)	Tidak ada batas maksimum hari, kecuali Kondisi Vegetatif maksimal 150 hari per tahun Pertanggungan						
Biaya Obat-obatan dan Aneka Perawatan Rumah Sakit	Maks per tahun Pertanggungan						
Kunjungan Dokter Umum	Maks 2 kunjungan per hari						
Kunjungan Dokter Spesialis	Maks 2 kunjungan per hari (per spesialis)						
Biaya Laporan Medis Jasa Ambulans Lokal	1 laporan per Rawat Inap Per rawat inap						
Biaya Tindakan Bedah (termasuk implan)	Maks per tahun Pertanggungan						
Biaya Akomodasi Penunggu Pasien untuk Tertanggung yang berusia < 15 atau > 55 tahun	Maks per hari, Maks 180 hari per Tahun Pertanggungan	125.000	187.500	250.000	375.000	500.000	625.000
2. Manfaat Rawat Jalan (Terikat dengan Rawat Inap)							
Perawatan Sebelum Rawat Inap	30 hari sebelum Rawat Inap						
Perawatan Setelah Rawat Inap	90 hari setelah Rawat Inap						
Biaya Perawatan oleh Juru Rawat Setelah Rawat Inap	7 hari setelah Rawat Inap; Maks 180 hari selama Masa Pertanggungan						
Fisioterapi	Maks 60 hari setelah Rawat Inap; Maks 60 hari per tahun Pertanggungan						
Protesa	180 hari setelah Rawat Inap; Maks 1 kali setiap kejadian kehilangan						
3. Manfaat Rawat Jalan							
Rawat Jalan Cuci Darah	Maks per tahun Pertanggungan						
Perawatan Kanker	Maks per tahun Pertanggungan						
Biaya Pembedahan Pulang Hari	Maks per tahun Pertanggungan						
Biaya Perawatan Sebelum Pembedahan Pulang Hari	Maks 30 hari sebelum Pembedahan Pulang Hari						
Biaya Perawatan Setelah Pembedahan Pulang Hari	Maks 90 hari setelah Pembedahan Pulang Hari						
Perawatan Luka Bakar	Maks per tahun Pertanggungan						
Rawat Jalan karena Kecelakaan	Maks 2 x 24 jam setelah kecelakaan, Maksimum per tahun Pertanggungan						
Rawat Jalan Lanjutan karena Kecelakaan	Maks 2 x perawatan dalam 30 hari setelah kecelakaan; Maks per tahun Pertanggungan						
4. Manfaat Tambahan Lainnya							
Biaya Perawatan Psikiatris	Biaya wajar dan lazim sesuai dengan Plan yang dipilih, sesuai tagihan terbatas pada Limit Manfaat (jika ada), dan Limit Tahunan keseluruhan, mana yang tercapai lebih dahulu		N/A		10.000.000	25.000.000	50.000.000
Perawatan Palliatif	Maksimum 150 Hari Per tahun Pertanggungan		N/A		200.000.000	250.000.000	300.000.000
Santunan Tunai	Per hari, maks 30 hari per tahun Pertanggungan	150.000	225.000	300.000	450.000	600.000	750.000
Santunan Pemakaman		10.000.000	20.000.000	30.000.000	30.000.000	40.000.000	50.000.000
5. Maksimum Manfaat Per Tahun Pertanggungan		1.000.000.000	2.000.000.000	5.000.000.000	6.000.000.000	8.000.000.000	10.000.000.000
6. Tambahan Maksimum Manfaat Semur Hidup***		2.000.000.000	4.000.000.000	10.000.000.000	12.000.000.000	16.000.000.000	20.000.000.000

*Penggantian biaya sesuai biaya kamar dengan kapasitas 1 (satu) tempat tidur dengan tarif terendah yang dimiliki oleh Rumah Sakit tempat Tertanggung menjalani Rawat Inap.

**Penggantian biaya sesuai biaya kamar dengan kapasitas 1 (satu) tempat tidur dengan tarif 1 tingkat di atas tarif terendah yang dimiliki oleh Rumah Sakit tempat Tertanggung menjalani Rawat Inap.

***Manfaat untuk membayar kelebihan klaim (sesuai Polis) dari Maksimum Manfaat per Tahun atas manfaat yang tersedia selama 1 periode semur hidup, artinya: sisa saldo dari Tambahan Maksimum Manfaat Semur Hidup akan dibawa ke tahun berikutnya sampai manfaat berakhir. Pada saat manfaat sudah habis/tidak tersedia, maka tidak ada lagi manfaat yang tersedia untuk Tertanggung. Besar Manfaat ini mengikuti Ketentuan Perusahaan, dimana ketentuan yang berlaku adalah 2x dari Maksimum Manfaat per Tahun

Tabel Manfaat di Luar Area Pertanggungan

Perawatan di	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E	Plan F
Asia (kecuali Singapura, Hongkong, & Jepang)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Singapura, Hongkong, Jepang dan Australia	30%	30%	30%	100%	100%	100%
Seluruh Dunia (kecuali Amerika Serikat)	15%	15%	15%	50%	100%	100%
Amerika Serikat	10%	10%	10%	30%	50%	100%

Solusi Cerdas untuk Anda dan Keluarga.



Fasilitas Polis

1. Pemulihan Polis

Pemegang Polis berhak memulihkan kembali Polis yang telah batal (Lapse) dengan mengajukan secara tertulis kepada Penanggung sesuai dengan Polis serta syarat-syarat yang ditentukan oleh Penanggung.

Jangka waktu antara tanggal Polis batal (Lapse) sampai dengan diajukannya Pemulihan Polis tidak lebih dari 2 (dua) tahun dan Tertanggung belum berusia 70 (tujuh puluh) tahun pada saat Pemulihan Polis diajukan.

Catatan: Semua biaya yang timbul yang berkaitan dengan Pemulihan Polis merupakan beban dan tanggungan Pemegang Polis.

2. Perubahan Plan

Pemegang Polis berhak mengajukan perubahan Plan pada saat Ulang Tahun Polis dengan mengajukan secara tertulis kepada Penanggung paling lambat 30 hari kalender sebelum Ulang Tahun Polis berikutnya. Syarat - syarat mengacu pada Polis.

Pengecualian

Semua Pertanggungan dan manfaat tidak akan dibayarkan, apabila Tertanggung menjalani rawat inap, tindakan bedah dan rawat jalan yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung, oleh satu atau lebih keadaan di bawah ini:

1. Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya.
 2. Setiap Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan yang tanda atau gejalanya dimulai atau terjadi dalam Masa Tunggu.
 3. Penyakit tertentu yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak tanggal berlaku Pertanggungan, atau tanggal pemulihan terakhir, baik Tertanggung telah mengetahuinya ataupun tidak, yang mencakup.
 - a. Katarak;
 - b. Semua jenis kelainan telinga dan tenggorokan, Kondisi abnormal rongga hidung, sekat hidung atau kerang hidung (turbinates), termasuk sinus;
 - c. Penyakit pada tonsil atau adenoid dan/atau yang memerlukan pembedahan;
 - d. Penyakit kelenjar gondok (Tiroid);
 - e. Penyakit Autoimun termasuk namun tidak terbatas pada SLE (Systemic Lupus Erythematosus);
 - f. Tuberkulosis, Asma, PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik);
 - g. Penyakit Tekanan Darah Tinggi dan/atau Pembuluh darah otak;
 - h. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (Kardiovaskuler);
 - i. Penyakit Kencing Manis;
 - j. Radang atau tukak pada lambung atau pada usus dua belas jari dan/atau dispepsia;
 - k. Radang dan/atau batu kandung empedu;
 - l. Batu pada ginjal, saluran kemih atau kandung kemih, dan/atau kelainan ginjal;
 - m. Semua jenis kanker dan/atau tumor/benjolan/kista baik jinak maupun ganas;
 - n. Penyakit Osteoarthritis, semua jenis kelainan sendi, otot dan ligamennya oleh sebab apapun termasuk Kecelakaan;
 - o. Semua jenis kelainan sistem reproduksi pria atau wanita, termasuk namun tidak terbatas pada Fibroid/Mioma di rahim, endometriosis, varikokel, hidrokel, atau tindakan Histerektomi baik dengan atau tanpa pengangkatan saluran telur dan indung telur;
 - p. Semua Jenis Hernia termasuk Herniasi Nukleus Pulposus (HNP), kelainan tulang belakang termasuk kelainan seperti bulging atau gejala lainnya, oleh sebab apapun termasuk Kecelakaan;
 - q. Wasir, Fistula Ani / Perianal Fistula dan/atau Abses; dan/atau
 - r. Hepatitis dan/atau kelainan hati
- Perawatan yang disebabkan oleh atau sehubungan dengan penyakit-penyakit tersebut di atas dapat dibayarkan apabila terjadi setelah melewati periode tersebut dengan tetap merujuk pada ketentuan Polis.*
4. Biaya yang tidak sesuai dengan kenyataan dan keperluan, dan bukan Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan pada perawatan suatu Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan dengan standar yang serupa dengan tempat dimana biaya tersebut terjadi ketika adanya penyediaan jasa medis atau perawatan yang serupa dan sebanding, atau merupakan pilihan pembedahan atau perawatan yang tidak Dibutuhkan Secara Medis.
 5. Biaya yang timbul dari upaya mendonorkan organ dan jaringan tubuh serta semua komplikasinya termasuk namun tidak terbatas pada biaya Tindakan Bedah, biaya organ yang didonorkan dan biaya bantuan hukum; Biaya yang timbul dari upaya penerimaan organ yang didonorkan selain biaya Tindakan Bedah.

6. Rawat Jalan yang tidak terkait dengan Rawat Inap, kecuali manfaat Rawat Jalan dan manfaat tambahan lainnya yang tertera pada Tabel Manfaat Pertanggunggaan.
7. Penyakit, Cedera, Ketidakmampuan atau setiap keadaan yang disebabkan oleh tindakan percobaan bunuh diri atau pencederaan diri, baik dilakukan dalam keadaan sadar ataupun tidak sadar termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung.
8. Perawatan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan seperti operasi bariatrik, bulimia, anoreksia nervosa termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung.
9. Pemeriksaan mata, kesalahan refraksi mata termasuk rabun jauh (Myopia), pembelian/penyewaan kacamata lensa (lensa selain monofokal) atau alat bantu pendengaran.
10. Perawatan dan/atau pembedahan untuk mengubah jenis kelamin termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung.
11. Semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan atau pembedahan gigi termasuk bedah mulut, gusi, atau struktur penyangga gigi (mandibula dan maksila) secara langsung dan pengobatan yang terkait dengannya kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan.
Khusus pemasangan gigi palsu, mahkota gigi dan implan gigi karena sebab apapun termasuk karena Kecelakaan tetap dikecualikan.
12. Kanker yang diketahui gejalanya oleh Tertanggung yang telah didiagnosis atau mendapat pengobatan dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak tanggal berlakunya Pertanggunggaan atau tanggal pemulihan atau tanggal perubahan plan, tergantung tanggal mana yang paling akhir terjadinya.
13. Perawatan yang berhubungan dengan kehamilan/upaya untuk hamil, termasuk melahirkan, diagnosis dan perawatan ketidaksuburan, keguguran, aborsi, sterilisasi (vasektomi/MOP dan tubektomi/MOW) dan kontrasepsi, metode-metode pengaturan kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya.
14. Sunat dengan segala konsekuensinya selain sunat yang dilaksanaknkan sehubungan dengan Kecelakaan atau Penyakit yang diderita oleh Tertanggung.
15. Pengobatan atau pembedahan untuk cacat bawaan baik herediter (keturunan) maupun kongenital (bawaan dari lahir), gangguan tumbuh kembang, termasuk namun tidak terbatas pada Failure To Thrive (FTT), gangguan pemusatan perhatian (Autisme), dan retardasi mental yang sudah diketahui atau belum diketahui sebelumnya. Dalam hal penyebab kondisi medis tidak dapat ditentukan apakah merupakan kelainan bawaan/kongenital atau kelainan yang didapat setelah lahir, maka penyebab kondisi medis akan mengacu pada literatur/jurnal kedokteran barat yang mencantumkan lebih besar kemungkinan kondisi medis yang diderita merupakan kelainan bawaan/cacat lahir/kelainan/keterlambatan perkembangan/penyakit keturunan (hereditary disease) kongenital.
16. Tindakan Bedah dan/atau Perawatan yang dilakukan semata-mata karena keinginan Tertanggung tanpa adanya Cedera atau Penyakit; pembedahan percobaan (explorative); pembedahan dan/atau Perawatan Eksperimental (tidak memenuhi standar WHO atau KEMENKES RI) termasuk tindakan Digital Subtraction Angiography (DSA) dengan flushing; pembedahan untuk tujuan kosmetik atau pembedahan plastik kecuali untuk rekonstruksi yang disebabkan oleh Cedera atau Penyakit yang terjadi dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sejak tanggal tindakan bedah awal.
17. Biaya pemeriksaan kesehatan rutin (medical check up), biaya pemeriksaan atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis/alasan/keluhan Rawat Inap, biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Dokter, biaya preventif (pencegahan Penyakit) termasuk imunisasi dan vaksinasi (kecuali Komplikasi yang timbul pasca vaksinasi atas penyakit yang dinyatakan Pandemi oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang terjadi dalam periode 14 (empat belas) hari setelah vaksinasi diberikan di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia), food supplement (kecuali obat herbal Cina sebagai bagian pengobatan tradisional Cina), biaya istirahat, biaya telekomunikasi, biaya penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan perawatan medis.
18. Rawat Inap di Rumah Sakit yang bertujuan hanya untuk diagnostik seperti namun tidak terbatas pada pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan sinar X, pemeriksaan fisik umum.
19. Setiap tindakan, Perawatan dan/atau pengobatan yang dilakukan di fasilitas Perawatan sebagai berikut
 - a. Klinik pribadi atau perorangan yang setiap tindakan dan/atau perawatannya dilaksanakan oleh profesi lain selain dokter
 - b. Rumah bersalin yang setiap tindakan dan/atau perawatannya dilaksanakan oleh profesi lain selain dokter
 - c. Rumah istirahat atau tempat pemulihan kesehatan termasuk sanatorium atau rumah sakit jiwa
 - d. Rumah untuk rehabilitasi setelah mengalami sakit
 - e. Rumah jompo
 - f. Fasilitas Perawatan dan/atau pengobatan ketergantungan, penyalahgunaan, kecanduan alkohol, atau kecanduan obat terlarang
 - g. Balai pengobatan; dan/atau
 - h. Klinik pengobatan alternatif, naturopati, homeopati, chiropractor, akupunktur, atau pengobatan tradisional lain
 - i. Spa atau sauna atau salon atau klinik estetika

20. Perawatan dan/atau pengobatan tradisional dan/atau alternatif, termasuk dan tidak terbatas pada sinse, pengobatan herbal, ahli patah tulang, paranormal, chiropractor, naturopati, holistik, akupunktur dan terapi oksigen hiperbarik (kecuali Rawat Inap di Rumah Sakit berlisensi dan dilakukan oleh Dokter), akupresur, refleksiologi, pijat, terapi aroma dan sejenisnya.
21. Pengobatan atas diri Tertanggung sehubungan kelainan jiwa, cacat mental, neurosis, psikosomatis, psikosis atau suatu pengobatan yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa atau di bagian psikiatri suatu Rumah Sakit atau pengobatan yang dilakukan oleh seorang psikiater/psikolog, kecuali berkaitan dengan Manfaat Tambahan Lainnya yaitu perawatan Psikiatri dan Psikologis yang Dibutuhkan Secara Medis untuk Penyakit dan Cedera yang tidak bersifat psikiatri.
22. Penyakit, Cedera atau Ketidakkampuan yang terjadi pada saat Tertanggung di bawah pengaruh atau disebabkan oleh narkotika, alkohol, psikotropika, racun, gas atau bahan-bahan sejenis atau obat-obatan selain digunakan sebagai obat menurut resep yang dikeluarkan oleh Dokter.
23. Cedera atau Penyakit yang timbul sewaktu Tertanggung tinggal di luar negeri sebagai pekerja purna waktu dan atau penduduk tetap (Permanent Resident).
24. Cedera atau Penyakit yang timbul sebagai akibat langsung atau tidak langsung dari perang, invasi, serangan musuh asing, tindak kekerasan (baik perang diumumkan maupun tidak), perang sipil, pemberontakan, revolusi, keikutsertaan langsung dalam huru-hura, perkelahian, pemogokan dan keributan massa, tindakan militer, perampasan kekuasaan, aktif/turut/ikut dalam angkatan bersenjata, operasi militer/kepolisian, partisipasi aktif turut/ikut sebagai pelaku terorisme.
25. Cedera atau Penyakit akibat reaksi inti atom atau nuklir atau radiasinya.
26. Semua Penyakit menular seksual atau akibat penyimpangan seksual termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung.
27. Cedera atau Penyakit yang disebabkan oleh olahraga profesional atau dimana Tertanggung mendapatkan penghasilan atau gaji dari melakukan olah raga tersebut, balap jenis apapun, olahraga bela diri, tinju, gulat, kegiatan yang berhubungan dengan pot-holing, panjat tebing, panjat gunung, panjat dinding, mendaki menggunakan penggunaan tali atau panduan, menyelam pada kedalaman lebih dari 30 meter, kegiatan menyelam yang melibatkan penggunaan alat bantu pernapasan, scuba diving, sky diving, cliff diving, bungee jumping, BASE jumping (Building Antenna Span Earth), paralayang, gantole, terjun payung, hang gliding, ballooning, dan kegiatan atau olahraga bahaya lainnya.
28. Cedera atau Penyakit yang dialami Tertanggung sebagai penumpang pesawat terbang:
 - a. Dari perusahaan penerbangan non komersial; atau
 - b. Dari perusahaan penerbangan komersial tetapi tidak sedang menjalani jalur penerbangan untuk pengangkutan umum yang berjadwal tetap dan teratur; atau
 - c. Helikopter; atau
 - d. yang tidak terdaftar dalam manifes dengan membayar tarif.
29. Cedera yang disebabkan oleh:
 - a. Tindak pidana kejahatan/pelanggaran atau percobaan tindak pidana kejahatan/pelanggaran yang dilakukan oleh Tertanggung, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan putusan pengadilan
 - b. Pelanggaran peraturan perundang-undangan oleh Tertanggung termasuk namun tidak terbatas pada pelanggaran lalu lintas, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan putusan pengadilan
 - c. Perlawanan oleh Tertanggung dalam hal terjadi penangkapan atau penahanan Tertanggung atau orang lain oleh pihak yang berwenang,
30. Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan oleh pihak yang berkepentingan dalam Polis.
31. Biaya perawatan yang disebabkan baik langsung maupun tidak langsung oleh AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) atau Penyakit yang berhubungan dengan AIDS (ARC/AIDS Related Complex), atau Penyakit kelamin.
32. Perawatan dan/atau pengobatan yang telah mendapatkan penggantian atas semua biaya perawatan atas Penyakit, Cedera, atau Ketidakkampuan dari perusahaan/lembaga mana pun, dan Ketidakkampuan yang muncul karena kegiatan di luar pekerjaan yang telah dilindungi oleh pemberi kerja;
33. Manfaat Santunan Pemakaman tidak akan dibayarkan, apabila Tertanggung meninggal yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung, oleh satu atau lebih keadaan dibawah ini:
 - a. Bunuh diri yang terjadi dalam waktu 1 (satu) tahun terhitung sejak tanggal penerbitan Polis atau setiap perubahannya (Addendum) atau tanggal penerbitan pemulihan yang mana yang paling akhir.
 - b. Menjalani eksekusi hukuman mati oleh Pengadilan
 - c. Terjadi pada saat Tertanggung melakukan kejahatan.
 - d. Terjadi akibat kejahatan atau pembunuhan yang dilakukan oleh yang berkepentingan dalam Pertanggungan.



Semua bisa diatur demi kebutuhan yang tercinta”

Hal yang Menyebabkan Pertanggungan Berakhir

1. Batalnya Pertanggungan

a. Hal berikut akan menyebabkan batalnya Pertanggungan:

- i. Dalam waktu 2 (dua) tahun sejak Tanggal Mulai Pertanggungan atau tanggal efektif setiap perubahannya atau tanggal pemulihan polis yang terkini (mana saja yang terjadi kemudian), Penanggung dapat meninjau ulang kebenaran dari Polis (Contestable Period). Apabila dalam Contestable Period Penanggung menemukan fakta bahwa keterangan dan/atau pernyataan yang ada dalam SPAJ dan/atau formulir-formulir lainnya yang Penanggung sediakan beserta data tambahan lainnya (apabila ada), yang menjadi dasar Pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya, maka Penanggung berhak untuk membatalkan Pertanggungan. Apabila Penanggung memutuskan untuk membatalkan Pertanggungan, maka Penanggung tidak berkewajiban mengembalikan Premi dan membayar Manfaat Pertanggungan apapun. Namun apabila ada sisa Unit setelah dilakukan perhitungan, akan dibayarkan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis.
 - ii. Setelah waktu 2 (dua) tahun Contestable Period, Penanggung tidak dapat meninjau ulang kebenaran dari Polis (Incontestable Period) kecuali apabila Penanggung menemukan fakta adanya unsur korupsi, pencucian uang, kejahatan, penipuan, kekeliruan, tidak diinformasikan keadaan sebenarnya dan / atau kegagalan dalam mengungkapkan kebenaran atas dokumen yang menjadi dasar Pertanggungan maka Penanggung berhak untuk membatalkan Pertanggungan. Apabila Penanggung memutuskan untuk membatalkan Pertanggungan, maka Penanggung tidak berkewajiban mengembalikan Premi dan membayar Manfaat Pertanggungan apapun, tanpa memperhatikan nomor 1 huruf a.(i) di atas.
 - iii. Penanggung telah membayarkan Manfaat Pertanggungan dalam Contestable Period ataupun sesudahnya, maka Penanggung berhak untuk meninjau kebenaran dari pembayaran manfaat tersebut. Apabila ditemukan fakta adanya unsur pidana dan/atau ketidaksesuaian antara keterangan, pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung pada SPAJ dan/atau formulir-formulir lainnya yang Penanggung sediakan beserta data tambahan lainnya (apabila ada), yang menjadi dasar Pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dengan keadaan sebenarnya dari Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, maka Penanggung berhak mengambil tindakan yang diperlukan dalam menindaklanjuti fakta tersebut termasuk namun tidak terbatas pada menarik kembali Manfaat Pertanggungan yang sudah dibayarkan.
- b. Apabila Penanggung mengetahui adanya pernyataan yang salah sebagaimana yang diatur dalam nomor 1 ini, maka Penanggung berhak untuk melakukan segala tindakan hukum sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

2. Hal berikut menyebabkan berakhirnya Pertanggungan:

- a. Tertanggung meninggal dunia;
- b. Tidak ada pembayaran Premi Berkala sampai dengan Masa Leluasa (Grace Period) berakhir;
- c. Pemegang Polis menyatakan untuk mengakhiri kontrak asuransi;
- d. Tanggal Polis dibatalkan atau diakhiri oleh Penanggung; atau
- e. Polis telah mencapai akhir Masa Pertanggungan.

Risiko

1. Risiko klaim ditolak disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan dari Polis.
2. Risiko pengembalian Premi yang sudah dibayarkan setelah dikurangi biaya yang ditentukan oleh Penanggung (termasuk biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada)), karena pembatalan Polis dalam masa mempelajari Polis (FreeLook Period) kepada Penanggung yang disebabkan oleh Pemegang Polis tidak menyetujui isi Ketentuan Polis, SPAJ dan semua dokumen terkait, baik sebagian maupun keseluruhan.
3. Risiko berakhirnya Pertanggungan karena Pemegang Polis tidak melanjutkan pembayaran Premi Polisnya sampai dengan Masa Leluasa (Grace Period) berakhir.
4. Risiko yang berhubungan dengan perubahan kondisi ekonomi, kebijakan politik, hukum, dan peraturan pemerintah yang berkaitan dengan dunia investasi dan usaha baik di dalam maupun luar negeri.

Persyaratan dan Tata Cara Klaim

1. Tata cara/prosedur pengajuan calon Tertanggung baru:

- a. Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung baru mengisi lengkap dan menandatangani Surat Permintaan Asuransi Jiwa yang disediakan oleh Penanggung
- b. Dokumen persyaratan administrasi lainnya, sebagai berikut:
 - i. Fotokopi kartu identitas diri (KTP/Paspor);
 - ii. Surat Kuasa Pendebetan Rekening;
 - iii. Fotokopi Bukti pembayaran Premi pertama; dan
 - iv. Proposal ilustrasi yang telah ditandatangani oleh calon Pemegang Polis
- c. Apabila pernyataan yang disampaikan oleh calon Tertanggung baru tidak benar, maka Penanggung berhak sepenuhnya untuk membatalkan Polis ataupun menolak klaim atas Polis yang diterbitkan tanpa kewajiban membayar kompensasi apapun sebagaimana diatur dalam Pasal 251 KUHD.

2. Pengiriman Polis.

- Penanggung akan mengirimkan Polis elektronik melalui alamat email Pemegang Polis sedangkan Ikhtisar Polis akan dikirimkan ke alamat korespondensi Pemegang Polis.
- Apabila Pemegang Polis membutuhkan Polis dalam bentuk non elektronik maka dapat mengajukan permintaan tertulis kepada Penanggung dan akan dikenakan biaya cetak Polis.

3. Pembayaran Premi

- Premi akan dianggap sah apabila dana sudah diterima penuh oleh Penanggung dan dapat diidentifikasi dengan jelas.
- Besarnya Premi Asuransi dapat berubah mengikuti pertambahan Usia pada saat Ulang Tahun Polis.

4. Apabila telah melakukan pemakaian Tambahan Maksimum Manfaat Seumur Hidup pada periode Polis sebelumnya maka limit Tambahan Maksimum Manfaat Seumur Hidup periode Polis yang baru akan dikurangi sejumlah klaim yang telah dilakukan.

5. Pengajuan Klaim Manfaat Pertanggungan:

- Pengajuan klaim Rawat Inap di Rumah Sakit, Manfaat Pembedahan, Manfaat Pembedahan Pulang Hari dan Rawat Jalan, harus dilakukan dalam waktu 30 hari kalender terhitung sejak Tertanggung keluar dari menjalani Rawat Inap atau Pembedahan Pulang Hari di Rumah Sakit atau setelah menerima pelayanan Rawat Jalan.
- Pengajuan klaim Santunan Pemakaman diajukan kepada Penanggung secara tertulis dalam waktu 90 hari kalender terhitung sejak Tertanggung meninggal.

6. Berkas-berkas yang wajib diserahkan kepada Penanggung untuk menerima Manfaat Pertanggungan adalah:

- i. Pengajuan klaim Rawat Inap di Rumah Sakit, Manfaat Pembedahan, Manfaat Pembedahan Pulang Hari dan Rawat Jalan
 - a. Formulir Pengajuan Klaim asli;
 - b. Surat Keterangan Dokter (SKD) asli;
 - c. Surat Kuasa asli;
 - d. Kuitansi asli Rawat Inap di Rumah Sakit berikut rinciannya. Semua kuitansi dan tanda terima asli atas biaya perawatan tidak akan dikembalikan kecuali berkaitan dengan Koordinasi Manfaat, dimana apabila Penanggung dapat membayarkan klaim tersebut, Penanggung akan memberikan fotokopi kuitansi yang dilegalisir oleh Penanggung dilengkapi dengan catatan besarnya jumlah pembayaran klaim yang telah disetujui oleh Penanggung;
 - e. Ikhtisar/rincian biaya perawatan dari Dokter tersebut, termasuk biaya obat-obatan dan jasa yang diberikan;
 - f. Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis/Tertanggung (KTP/Paspor/Akta Kelahiran) yang masih berlaku;
 - g. Fotokopi tanda bukti pembayaran Premi Asuransi Berkala terakhir seperti bukti transfer bank, rekening pendebetan kartu kredit, rekening tabungan, atau dokumen-dokumen lainnya;
 - h. Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kepolisian dan Visum et Repertum (akibat Kecelakaan/sebab tidak wajar);
 - i. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik (laboratorium, radiologi, Elektro Kardio Grafi (EKG), Computerized Tomography (CT) scan, Magnetic Resonance Imaging (MRI), Positron Emission Tomography (PET) scan, Laporan Patologi Anatomi, dll);
 - j. Dokumen lainnya yang dianggap perlu sesuai ketentuan Penanggung.
- ii. Pengajuan klaim Santunan Pemakaman:
 - a. Formulir Pengajuan Klaim asli;
 - b. Asli Surat Keterangan Dokter (SKD) untuk klaim meninggal dunia;
 - c. Surat Kuasa asli;
 - d. Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis/Tertanggung/Yang Ditunjuk (KTP/Paspor/Akta Kelahiran) yang masih berlaku;
 - e. Fotokopi tanda bukti pembayaran Premi Asuransi Berkala terakhir seperti bukti transfer bank, rekening pendebetan kartu kredit, rekening tabungan, atau dokumen-dokumen lainnya;
 - f. Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari kantor Kelurahan atau Akta Kematian dari kantor Catatan Sipil;
 - g. Fotokopi Kartu Keluarga/Akta Nikah;
 - h. Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kepolisian dan Visum et Repertum (jika meninggal karena Kecelakaan/sebab tidak wajar);
 - i. Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kedutaan Besar Republik Indonesia (jika meninggal di luar negeri);
 - j. Hasil pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium, radiologi, EKG, dan lain-lain); dan
 - k. Dokumen lainnya yang dianggap perlu sesuai ketentuan Penanggung.

Pemintaan pembayaran Santunan Pemakaman wajib diajukan secara tertulis selambat-lambatnya 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tertanggung meninggal.

Apabila permintaan pembayaran Manfaat tidak diajukan dengan dokumen lengkap, maka permintaan tersebut tidak akan diproses oleh Penanggung.

7. Pembayaran Klaim Manfaat Pertanggungan

- Apabila pengajuan klaim Manfaat Pertanggungan telah disetujui oleh Penanggung, maka Manfaat Pertanggungan akan dikirimkan ke rekening Pemegang Polis (untuk klaim Rawat Inap di Rumah Sakit, Manfaat Pembedahan, Manfaat Pembedahan Pulang Hari dan Rawat Jalan) atau Yang Ditunjuk (untuk klaim Santunan Pemakaman).
- Pembayaran Manfaat Pertanggungan dilakukan selambat-lambatnya dalam waktu 30 hari kalender sejak klaim disetujui oleh Penanggung.

Tentang Panin Dai-ichi Life

Panin Dai-ichi Life, perusahaan asuransi jiwa di Indonesia yang didirikan pada tahun 1974. Merupakan bagian dari Panin Group, salah satu grup usaha terbesar dan ternama di Indonesia. Dengan pengalaman selama 50 tahun, Panin Dai-ichi Life berkomitmen untuk memberikan solusi perlindungan jiwa dan finansial yang inovatif dan berkualitas tinggi kepada masyarakat di Indonesia.

Panin Dai-ichi Life menyediakan berbagai produk asuransi yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan finansial, termasuk Asuransi Jiwa Tradisional, Asuransi Kesehatan, Asuransi Pendidikan, Asuransi Unit Link dan Asuransi Syariah. Produk-produk ini memberikan solusi perlindungan finansial yang komprehensif dan beragam untuk setiap tahap kehidupan.

Panin Dai-ichi Life berkomitmen untuk memberikan pelayanan terbaik kepada setiap nasabah dengan lebih dari 30 jaringan kantor pemasaran di seluruh Indonesia. Kami terus berinovasi dan mengadopsi teknologi terbaru untuk meningkatkan kualitas layanan, guna memudahkan nasabah mengakses informasi, mengajukan klaim, dan mengelola polis secara digital.

Sebagai bagian dari tanggung jawab sosial perusahaan, Panin Dai-ichi Life aktif dalam berbagai inisiatif yang mendukung pendidikan, kesehatan, pelestarian lingkungan, dan kesejahteraan masyarakat, termasuk literasi keuangan sebagai langkah aktif perusahaan untuk menciptakan masyarakat yang sadar perencanaan keuangan dan perlindungan terhadap risiko yang tak terduga.

Panin Dai-ichi Life berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK), sesuai dengan yang tercantum dalam Salinan Keputusan Dewan Komisiner Otoritas Jasa Keuangan (OJK) Nomor KEP-625/NB.1/2013 tentang Izin Usaha.

DISCLAIMER :

- a. Produk asuransi ini merupakan produk asuransi dari PT Panin Dai-ichi Life, yang pemasarannya melalui Agen resmi PT Panin Dai-ichi Life.
- b. Brosur ini hanya menggambarkan informasi secara umum dan seluruh ketentuan produk akan mengacu pada ketentuan yang tercantum pada Polis Asuransi yang berlaku.
- c. PT Panin Dai-ichi Life berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

Panin Life Center, 5th Fl.
Jl. Letjend S. Parman Kav. 91
Jakarta 11420 - Indonesia

Phone : +62 21 255 66 788

Fax : +62 21 255 66 889

Email : customer@panindai-ichilife.co.id

www.panindai-ichilife.co.id



**“Cari proteksi
yang maksimal?”**

Segera hubungi
Agen terdekat
kami di kota
Anda!

