

Buku Panduan Polis
Zurich Principle Care

**FOR THOSE WHO
TRULY LOVE.**

Sambutan Presiden Direktur PT Zurich Topas Life	2
Prosedur Perubahan Polis	3
Jenis Dokumen - Dokumen Perubahan Polis	4
Ketentuan Perubahan Polis	6
Fasilitas Opini Medis Kedua	7
Prosedur Permohonan Fasilitas Opini Medis Kedua	8
Proses Opini Media Kedua	16
Daftar Penyakit Yang Memenuhi Syarat	17
Prosedur Pengajuan Klaim	23
Jenis Dokumen Pengajuan Klaim	24
Jenis-jenis Informasi	25
Informasi Cara Pembayaran Premi Lanjutan	26
Panduan Cara Pembayaran Tagihan Virtual Account	31
Cara Pembayaran BRIVA Melalui ATM BRI	35
Cara Pembayaran BRIVA Melalui Mobile Banking BRI	36
Cara Pembayaran BRIVA Melalui ATM Bersama	37
Cara Pembayaran BRIVA Melalui Internet Banking BRI	38
Prosedur Penyampaian Saran atau Keluhan	39
Tanya Jawab	40

SAMBUTAN PRESIDEN DIREKTUR PT ZURICH TOPAS LIFE

Nasabah yang terhormat,

Kami ucapkan selamat bergabung bersama keluarga besar PT Zurich Topas Life dan terima kasih atas kepercayaan Anda untuk menjadikan PT Zurich Topas Life sebagai mitra terpercaya untuk memenuhi kebutuhan proteksi Anda beserta keluarga tercinta.

PT Zurich Topas Life ("Zurich") adalah bagian dari salah satu grup perusahaan asuransi terkemuka di dunia, Zurich Financial Services Ltd, yang telah berpengalaman selama lebih dari 140 tahun dan dipercaya oleh nasabah di lebih dari 170 negara di seluruh dunia. Di Indonesia, Zurich memiliki komitmen yang kuat untuk memenuhi kebutuhan proteksi dan perencanaan keuangan masyarakat Indonesia dengan didukung oleh pengetahuan, pengalaman dan kemampuan secara global.

Dalam Polis Zurich Principle Care, kami memberikan beragam informasi yang Anda butuhkan dan untuk mempermudah Anda menemukan informasi tersebut maka kami persembahkan Buku Panduan Polis. Buku ini berisi tentang prosedur untuk perubahan Polis, pengajuan klaim, tanya jawab dan informasi seputar Polis lainnya.

Apabila Anda memiliki pertanyaan dan membutuhkan informasi lainnya silahkan menghubungi Customer Care kami di nomor Telepon **1500 987**, maupun email: **customercare.indo@zurich.co.id**

Terima kasih atas kepercayaan Anda, semoga kami dapat melayani dan menjadi mitra terpercaya Anda dalam jangka waktu yang panjang.

Salam hangat,
PT Zurich Topas Life

CHRIS BENDL
Presiden Direktur

1. Batas Waktu Penerimaan Dokumen:
Pemegang Polis dapat melakukan perubahan Polis yang disesuaikan dengan kebutuhan Pemegang Polis. Batas waktu penerimaan dokumen di Kantor Pusat, bagian Policy Servicing Department (POS Department) adalah sebagai berikut:
 - a. Apabila dokumen secara lengkap dan benar diterima di Kantor Pusat bagian POS Department pada pukul \leq 14:00 WIB (cap POS Department) pada hari kerja, dan perubahan tersebut disetujui oleh bagian POS Department, maka perubahan akan diproses pada hari yang sama.
 - b. Apabila dokumen secara lengkap dan benar diterima di Kantor Pusat bagian POS Department pada pukul $>$ 14:00 WIB (cap POS Department) pada hari kerja, dan perubahan tersebut disetujui oleh bagian POS Department, maka perubahan akan diproses pada hari kerja berikutnya.

2. Waktu Pengerjaan Layanan Perubahan Polis
Perubahan Polis membutuhkan waktu dalam pengerjaannya, oleh karena itu jenis perubahan Polis dibagi menjadi 2 (dua) bagian yaitu:
 - a. Perubahan Major
adalah perubahan Polis yang berhubungan dengan perubahan Premi, perubahan Manfaat Asuransi, dan pemulihan Polis sebagaimana dimaksud di dalam tabel halaman 4-5.
Waktu yang dibutuhkan untuk pengerjaan layanan ini adalah 5 (lima) hari kerja dengan catatan dokumen diterima oleh Zurich dengan lengkap dan benar.
 - b. Perubahan Minor
adalah perubahan Polis yang tidak berhubungan dengan perubahan Major seperti perubahan alamat, nomor telepon, alamat email dan/atau data Pemegang Polis/ Penerima Manfaat sebagaimana dimaksud di dalam tabel halaman 4-5.
Waktu yang dibutuhkan untuk pengerjaan layanan ini adalah 2 (dua) hari kerja dengan catatan dokumen diterima oleh Zurich dengan lengkap dan benar.

3. Informasi dokumen – dokumen dan ketentuan
Persyaratan dan ketentuan yang perlu dipenuhi oleh Pemegang Polis dapat dilihat dalam halaman 4 - 6 Buku Panduan Polis ini.

NO	JENIS DOKUMEN	JENIS PERUBAHAN POLIS																
		PERUBAHAN MAJOR									PERUBAHAN MINOR							
		Pembatalan Dalam Masa Pemahaman Polis	Penebusan Polis	Penambahan/Renungan Uang Pertanggungan	Perubahan Program Asuransi	Pemulihan Polis	Perubahan Pekerjaan	Perubahan Tinggi & Berat Badan	Perubahan Tanggal Lahir	Perubahan Alamat, Email & No. Telepon	Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi	Bank Transfer	Debet Rekening	Debet Kartu Kredit	Perubahan/Penggantian Pemegang Polis	Perubahan Nama Pemegang Polis/Tertanggung/Benehita Manfaat	Perubahan Penerima Manfaat	Duplikat Polis
1	Fotokopi Kartu Identitas (KTP/SIM/PASPOR/KITAS) Pemegang Polis yang masih berlaku	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2	Formulir Pembatalan Polis	V	V															
3	Formulir Perubahan Polis (Financial)				V					V	V							
4	Formulir Pemulihan Polis					V												
5	Formulir Perubahan Polis (Non Financial)						V	V	V	V					V	V		
6	Surat Kuasa Debet Rekening											V						
7	Surat Kuasa Debet Kartu Kredit												V					
8	Formulir Perubahan Pemegang Polis													V				
9	Formulir Duplikat Polis - Kartu HS																V	
10	Formulir Pengembalian Titipan Premi																	V
11	Formulir Pernyataan Kesehatan (bila Naik Uang Pertanggungan)			V														
12	Ilustrasi Baru			V	V													
13	Formulir Beneficial Owner & fotokopi Identitas Diri Pemilik Rekening/Kartu Kredit (bila Pembayar premi bukan Pemegang Polis)											V	V					
14	Fotokopi halaman depan buku tabungan	V										V						V
15	Fotokopi halaman depan Kartu Kredit												V					
16	Fotokopi slip setor/ bukti transfer					V											V	
17	Fotokopi Kartu Identitas Pemegang Polis baru yang masih berlaku													V				
18	Fotokopi Kartu Identitas Tertanggung yang masih berlaku (bila berbeda dengan Pemegang Polis)			V		V												
19	Fotokopi Akta Kelahiran yang telah dikoreksi yang disahkan dan dilegalisir oleh Pengadilan Negeri								V						V			
20	Fotokopi Kartu keluarga/Akta Lahir yang menunjukkan hubungan Pemegang Polis Baru dengan Tertanggung													V				
21	Fotokopi Kartu keluarga/Akta Lahir yang menunjukkan hubungan Penerima Manfaat Baru dengan Tertanggung															V		
22	Kuesioner Pekerjaan (bila perlu)						V											
23	Kuesioner Pekerjaan/Hobby/Penyakit/Persyaratan lain (bila perlu)					V												
24	Surat Keterangan Hilang dari Kepolisian (bila hilang) atau Buku Polis asli/ Kartu HS (bila rusak)		V															V
25	Buku Polis Asli	V	V															
	Status Polis Aktif	Polis harus dalam status aktif untuk melakukan perubahan - perubahan di atas, kecuali untuk pengajuan Pemulihan Polis atau Penebusan Polis																

KETENTUAN PERUBAHAN POLIS

1. Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi
Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi dapat dilakukan wajib 1 (satu) bulan sebelum tanggal jatuh tempo Premi terdekat.
2. Perubahan Uang Pertanggungan Polis
Perubahan Uang Pertanggungan Polis dapat dilakukan sesuai dengan Ketentuan Polis.
3. Pembatalan Polis dalam Masa Pemahaman Polis (Free Look)
 - a. Harus diajukan dalam 22 (dua puluh dua) hari kalender sejak Tanggal Penerbitan Polis.
 - b. Akan dikenakan biaya administrasi Rp 100.000,- per Polis dan biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada).
4. Penebusan Polis
 - a. Dapat diajukan kapan saja setelah Masa Pemahaman Polis berakhir.
 - b. Tidak ada Nilai Tunai yang dikembalikan untuk pengajuan Penebusan Polis.
5. Perpindahan Program Asuransi dari Program Asuransi A (Pengembalian Premi) ke Program Asuransi B (Tanpa Pengembalian Premi) akan berlaku secara otomatis jika terdapat klaim Manfaat Asuransi Penyakit Kritis dan akan berlaku pada Ulang Tahun Polis berikutnya, atau dapat diajukan oleh Pemegang Polis paling lambat 30 (tiga puluh) hari sebelum tanggal Ulang Tahun Polis.
6. Perubahan status polis dari anak-anak menjadi dewasa akan dilakukan secara otomatis (tanpa perlu pengajuan dari nasabah) di dalam sistem ZTL pada saat usia anak-anak menginjak 18 tahun di ulang tahun polis berikutnya.

FASILITAS OPINI MEDIS KEDUA

1. Fasilitas Opini Medis kedua adalah fasilitas bagi Tertanggung berupa opini tertulis dari dokter ahli mengenai diagnosa penyakit dan perencanaan terapi paling mutakhir berdasarkan data dan informasi yang ada. Dokter ahli tersebut bekerja di Rumah Sakit atau klinik yang masuk dalam Daftar World Leading Medical Center (WLMC) yang merupakan rekanan dari MediGuide America dalam memberikan layanan Opini Medis Kedua, dan bukan merupakan dokter yang sedang merawat pasien saat itu.
2. Fasilitas Opini Medis Kedua tersedia bagi Tertanggung apabila Tertanggung terdiagnosa menderita penyakit tertentu sebagaimana tercantum dalam Daftar Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat atau Qualified Medical Conditions (QMC) dan telah melewati masa tunggu klaim selama 30 hari sesuai dengan ketentuan yang tercantum di dalam Polis.
3. PT Zurich Topas Life saat ini bekerjasama dengan Nucleus Precise untuk menyediakan Fasilitas Opini Medis Kedua kepada Tertanggung yang membeli Produk Asuransi Kesehatan Zurich Principle Care.

PROSEDUR PERMOHONAN FASILITAS OPINI MEDIS KEDUA

1. Apabila Tertanggung terdiagnosa menderita salah satu kondisi yang termasuk dalam Daftar Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat (terlampir), Pemegang Polis/ Tertanggung dapat menghubungi Nucleus Precise sebagai penyedia Layanan Opini Medis Kedua:
 - a. Telepon: (021) 350 3182
 - b. Faksimili: (021) 350 3126
 - c. Email: cust.services@nucleus-precise.com

Dengan menyiapkan informasi lengkap sebagai berikut:

- a. Nama, nomor telepon, alamat email, serta informasi terkait, yang berhubungan dengan Tertanggung.
 - b. Nama Tertanggung, nama produk asuransi, dan nomor Polis.
 - c. Diagnosis penyakit oleh dokter.
2. Nucleus Precise akan melakukan verifikasi data Kepesertaan dan Kondisi Medis melalui data yang di dapat dari Pemegang Polis/Tertanggung ke PT Zurich Topas Life dan memastikan apakah diagnosis dari penyakit yang diderita Tertanggung termasuk dalam Daftar Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat.
3. Apabila diagnosis atas penyakit yang diderita Tertanggung merupakan salah satu dari Daftar Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat maka Tertanggung akan dikirimkan formulir sebagai berikut:
 - a. Formulir Informasi Peserta (Member Information Form)
 - b. Formulir Surat Kuasa (Authorization for Release of Information Form)

Formulir tersebut akan dikirimkan ke alamat email Pemegang Polis/ Tertanggung maksimal 1 (satu) hari sejak verifikasi data Kepesertaan dan Kondisi Medis selesai dilakukan.

4. Tertanggung wajib mengirimkan formulir yang telah diisi secara lengkap dan benar berikut dengan dokumen medis serta data-data medis pendukung yang tersedia. Berikut adalah dokumen dan data medis yang diperlukan:
 - a. Fotokopi identitas diri dari Tertanggung;
 - b. Surat rujukan dari dokter yang merawat yang berisikan informasi

PROSEDUR PERMOHONAN FASILITAS OPINI MEDIS KEDUA

- terkait resume riwayat perjalanan penyakit serta tindakan medis yang telah dilakukan, termasuk riwayat penyakit keluarga;
- c. Terapi dan tindakan medis yang akan atau telah dilaksanakan;
 - d. Fotokopi Rekam medis;
 - e. Dokumen asli seluruh foto rontgen, CT Scan, MRI, USG;
 - f. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan laboratorium darah, urin, feces, dan lain-lain;
 - g. Dokumen asli seluruh hasil pemeriksaan preparat darah, sumsum tulang, dan lain-lain.

Semua formulir dan data medis harap dikirimkan ke alamat Nucleus precise di alamat berikut:

Jl. Tanah Abang II No.87E – Cideng Barat, Jakarta 10150.

- 5. Setelah semua persyaratan dokumen diterima secara lengkap, Nucleus Precise akan mengirimkan dokumen tersebut ke MediGuide untuk proses selanjutnya. Dokumen tersebut akan dikaji oleh para ahli di salah satu Rumah Sakit yang kompeten di bidangnya. Proses Opini Medis Kedua akan membutuhkan waktu selama 10 – 14 hari kerja setelah dokumen yang disebutkan diterima dengan lengkap dan benar oleh Nucleus Precise.
- 6. Hasil Opini Medis Kedua beserta dengan dokumen medis Tertanggung akan dikirimkan langsung oleh MediGuide ke alamat korespondensi Pemegang Polis/ Tertanggung.

PROSEDUR PERMOHONAN FASILITAS OPINI MEDIS KEDUA

Berikut ini contoh formulir yang wajib diisi apabila mengajukan Permohonan Fasilitas Opini Medis Kedua (formulir tersebut dapat di unduh di website Zurich: www.zurich.co.id):



Authorization to Supply Medical Information Forms/ Formulir Otorisasi Pemberian Informasi Medis

**Please submit a copy of Passport or a National ID card with Photo ID/
Harap lampirkan salinan paspor atau tanda pengenal dengan foto diri**

To Whom It May Concern/Untuk perhatian:

I, _____, authorize MediGuide International LLC to secure a remote Second Opinion from a World Leading Medical Center for my diagnosed condition. I also hereby authorize any physician, hospital, or healthcare provider to release my medical records to Praesidio and/or MediGuide.

(Saya, _____, memberikan kuasa kepada MediGuide International LLC untuk mengamankan Opini Kedua dari Pusat Medis terkemuka di dunia untuk kondisi diagnosa saya. Saya juga memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan untuk menginformasikan catatan medis saya kepada Praesidio dan/atau MediGuide.)

In connection with that Second Opinion, I have authorized MediGuide to collect all pertinent medical records and information relating to my health as well as the specific condition leading to my request for the Second Opinion. I acknowledge that MediGuide, the medical center that I will select and/or their consulting physician(s) will rely exclusively on the Medical Records in rendering the Second Opinion and that MediGuide have no obligation or responsibility for the accuracy or completeness of the Medical Records provided by my local treating physician(s).

(Sehubungan dengan Opini Kedua, saya memberikan kuasa kepada MediGuide untuk mengumpulkan semua catatan dan informasi yang berkaitan dengan kesehatan medis saya yang berhubungan dengan kondisi tertentu yang menyebabkan permintaan saya untuk Opini Kedua. Saya mengakui bahwa MediGuide, sebagai pusat medis yang saya pilih dan/atau para dokter konsultasi mereka bergantung secara eksklusif terhadap rekam medis dalam memberikan Opini Kedua dan bahwa MediGuide tidak memiliki kewajiban atau tanggung jawab atas keakuratan atau kelengkapan Rekam Medis yang disediakan oleh dokter lokal yang merawat saya.)

In addition, I recognize that since there will be no direct physical examination by the consulting physician(s), I will not have the benefit of observations and insights that can only be obtained through such a direct examination.

(Selain itu, saya menyadari bahwa karena tidak akan ada pemeriksaan fisik langsung oleh dokter konsultasi, saya tidak akan mendapatkan manfaat dari pengamatan dan wawasan yang hanya dapat diperoleh melalui pemeriksaan langsung tersebut.)

PROSEDUR PERMOHONAN FASILITAS OPINI MEDIS KEDUA

Finally, I am requesting a Second Opinion from MediGuide in an effort to confirm a diagnosis previously obtained from my local physician. The responsibility of MediGuide and Praesidio, the selected medical center, and/or their consulting physician(s) with respect to my diagnosis or suggested treatment plan will be satisfied in full upon delivery of the Second Opinion. It is my responsibility to follow up with my local physician(s) regarding my treatment.

(Akhirnya, saya meminta Opini Kedua dari MediGuide dalam upaya untuk mengkonfirmasi diagnosis sebelumnya yang diperoleh dari dokter lokal saya. Tanggung jawab MediGuide dan Praesidio, pusat medis yang dipilih, dan/atau dokter konsultasi mereka sehubungan dengan diagnosis saya atau rencana pengobatan yang disarankan akan lengkap pada saat pengiriman Opini Kedua. Ini adalah tanggung jawab saya untuk menindaklanjuti dengan dokter lokal saya mengenai pengobatan saya.)

Member Signature/Tandatangan Peserta: _____ Date/Tanggal: _____

PROSEDUR PERMOHONAN FASILITAS OPINI MEDIS KEDUA



Member Representative Consent/Persetujuan Anggota Perwakilan

Please complete the section below if someone else (ex. Friend, family member, spouse) will be assisting MediGuide and Praesidio in the coordination of your Second Opinion.

(Lengkapi bagian bawah jika orang lain (contoh. Teman, anggota keluarga, pasangan) yang akan membantu MediGuide dan Praesidio dalam koordinasi Opini Kedua Anda.

I/Saya, _____ hereby authorize/memberi kuasa _____ to act as my personal
(Member Name>Nama Anggota) (Representative Name>Nama Wakil)

representative and/untuk bertindak sebagai wakil pribadi saya dan,
primary contact with regards to the Second Opinion process provided by MediGuide/kontak utama yang
berkaitan dengan proses Opini Kedua yang disediakan oleh MediGuide.

Relationship to Member/Hubungan dengan anggota: _____

Member Signature/Tandatangan Peserta: _____ Date/Tanggal: _____

PROSEDUR PERMOHONAN FASILITAS OPINI MEDIS KEDUA

Member Information Form Formulir Informasi Peserta

Please complete the following information and return this form to MediGuide in the provided envelope. Feel free to attach an additional sheet as needed.

Lengkapi informasi berikut dan kembalikan formulir ini untuk MediGuide dalam amplop yang disediakan. Jangan ragu untuk melampirkan lembar tambahan yang diperlukan.



Member Information Informasi Peserta

Last Name>Nama Belakang : _____ First Name>Nama Depan : _____

Date of Birth/Tanggal Lahir : _____

Gender/Jenis Kelamin: (circle/Lingkari) _____ Female/Wanita Male/Pria

Street Address/Alamat : _____

City/Kota: _____

Province/Propinsi: _____ Postal Code/Kode Pos: _____

Daytime Phone/Telepon: _____ (Circle/Lingkari) Home/Rumah Work/Kantor Cell/HP

Alternate Phone/Telepon Alternatif: _____ (Circle/Lingkari) Home/Rumah Work/Kantor Cell/HP

CNIC Number/Nomor CNIC: _____

Email: _____

Father's Full Name/
Nama Lengkap Ayah: _____

Mother's Maiden Name/
Nama Lengkap Ibu: _____

Diagnosis
Information/Informasi Diagnosa: _____

Treating Physician Information Informasi Dokter yang Menangani

PMDC Registration No./No. PMDC _____

(Physician treating you for this condition/Dokter yang Menangani Kondisi Anda)

Name>Nama: _____ Specialty/Spesialis: _____

Medical Center/Rumah Sakit: _____

Phone/Telepon: _____ Fax: _____

Street Address/Alamat: _____

City/Kota: _____ Province/Propinsi: _____

PROSEDUR PERMOHONAN FASILITAS OPINI MEDIS KEDUA

Other Physicians/Dokter Lain

(List any other physicians that have been involved in your care for this diagnosis. Attach additional sheets as needed.)

(Daftar dokter lain yang ikut terlibat dalam menangani diagnosa anda. Gunakan bagian berikut jika diperlukan.)

Name>Nama: _____ Specialty/Spesialis: _____

Medical Center/Rumah Sakit: _____ PMDC Registration No./No. PMDC : _____

Phone/Telepon: _____ Fax: _____

Street Address/Alamat: _____

City/Kota: _____ Province/Propinsi: _____

PROSEDUR PERMOHONAN FASILITAS OPINI MEDIS KEDUA

Member Information Form/Formulir Informasi Peserta

Diagnostic Tests/Tes Diagnostik

(If known, where did you have your biopsy, radiology, or other tests performed?)

(Jika diketahui, dari mana Anda memiliki biopsi Anda, radiologi, atau tes lain dilakukan?)

Lab: _____

Type of Test/Jenis tes: _____ Location/Lokasi: _____

Phone/Telepon: _____ Fax: _____

Lab: _____

Type of Test/Jenis tes: _____ Location/Lokasi: _____

Phone/Telepon: _____ Fax: _____

Medication List/Daftar Obat

(List all prescriptions, over-the-counter medicines, vitamins, herbs, dietary supplements, etc.)

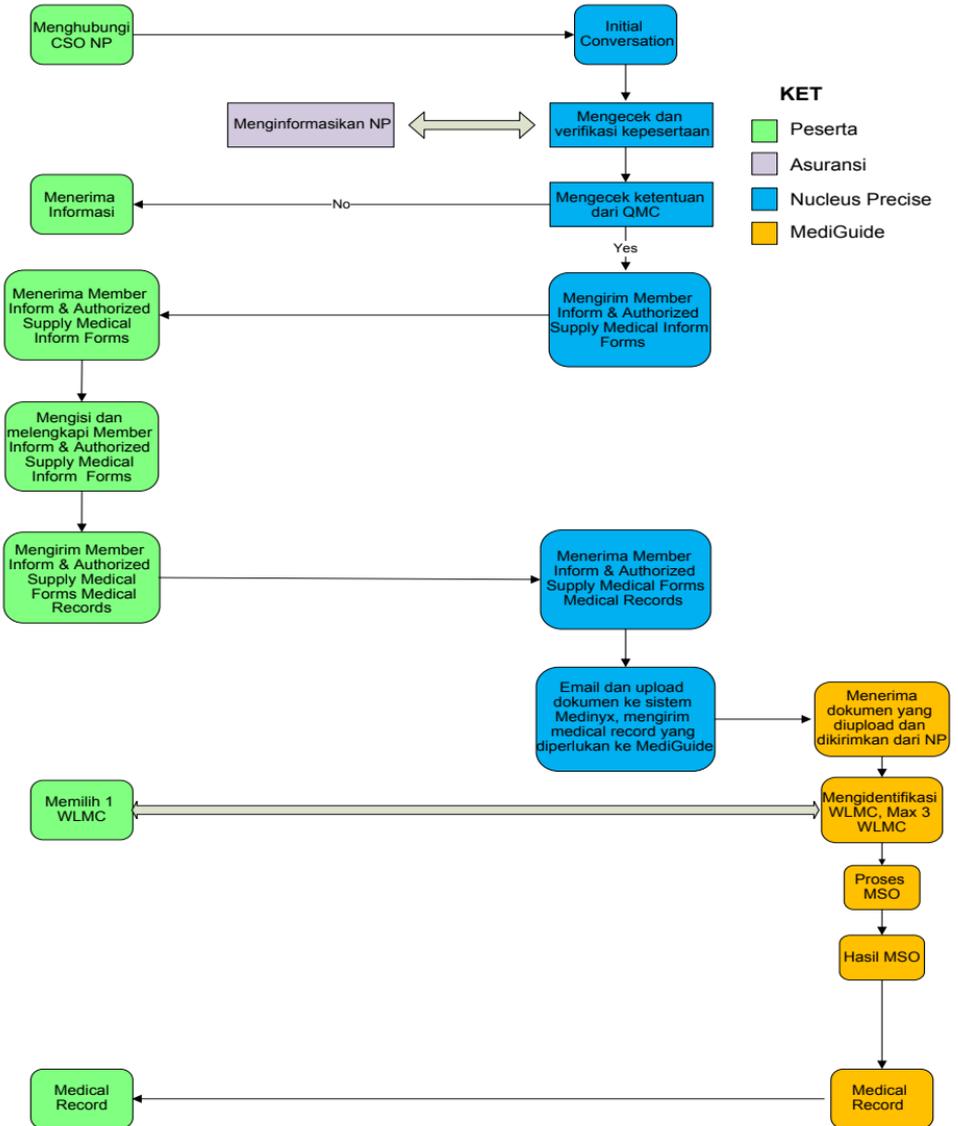
(Daftar semua resep, obat-obatan, vitamin, herbal, suplemen makanan, dll.)

Medication Name>Nama Obat	Dose/Dosis <i>(mg, units, drops)/ (mg, volume, tetes)</i>	When Taken/Waktu Konsumsi <i>(daily, bedtime, etc)/ (setiap hari, sebelum tidur, dll)</i>	Reason for Taking/ Alasan Konsumsi <i>(blood pressure, diabetes, etc.)/ (tekanan darah, diabetes, dll)</i>

What are the questions you would like to ask the World Leading Medical Center?/ Pertanyaan apa yang anda ingin tanyakan pada Pusat Medis terkemuka di dunia

MSO servicing : PT. Nucleus Precise. Jl. Cideng Barat No.87E – Jakarta 10150. Telp. +62 21350 3182. Faks. +62 21350 3126 3

PROSES MSO



DAFTAR PENYAKIT YANG MEMENUHI SYARAT UNTUK FASILITAS PROSES OPINI MEDIS KEDUA

DAFTAR PENYAKIT YANG MEMENUHI SYARAT:

KATEGORI	KONDISI MEDIS
Kelainan Otak	Brain Tumor-Malignant and Benig Cerebral Aneurysms Severe Brain Damage Cerebral AV Malformations
Kanker	Kanker Adrenal Kanker Kandung Kemih Kanker Tulang (semua bentuk) Kanker Payudara Kanker Serviks Kanker Usus Besar Kanker Kolorektal Kanker Duodenum Kanker Endometrium Kanker Kerongkongan Kanker Mata Kanker Folikuler Kanker Kandung Empedu Kanker Lambung Kanker Ginjal Kanker Usus Kanker Laring Kanker Hati Kanker Paru-Paru Kanker Ganas pada Jaringan Lunak Kanker Meduler Melanoma Metastasis Spine Tumor Multiple Myeloma Sindrom Myelodysplastic (Mielodisplasia) Neuroblastoma Kanker Rongga Mulut Kanker Ovarium

DAFTAR PENYAKIT YANG MEMENUHI SYARAT UNTUK FASILITAS PROSES OPINI MEDIS KEDUA

KATEGORI

KONDISI MEDIS

Kanker Pankreas
Kanker Papiler
Kanker Parotis
Kanker Prostat
Kanker Rektum
Sarkoma
Kanker Kulit, non-melanoma
Kanker Perut
Kanker Testis
Kanker Tiroid
Kanker Rahim
Kanker Vagina
Kanker Pita suara
Termasuk semua kondisi ganas

Gangguan kardiovaskular

Cardiovascular Disorders
Aortic Aneurysm pada Perut
Angina
Aortic Aneurysm
Cardiac Arrhythmia
Cardiac Pacemaker (history of)
Cardiomyopathy
Jantung Bawaan Cacat
Gagal Jantung kongestif
Penyakit arteri koroner
Coronary Bypass Surgery Evaluation
Dilated Cardiomyopathy
Transplantasi Jantung
Operasi Katup Jantung
Hypertensive Heart Disease
Myocardial Infarction (MI)
Pulmonary Arterial Hypertension Valvular
Penyakit Jantung

DAFTAR PENYAKIT YANG MEMENUHI SYARAT UNTUK FASILITAS PROSES OPINI MEDIS KEDUA

KATEGORI	KONDISI MEDIS
Colorectal Disorders	Colitis Crohn's Disease Ulcerative Colitis
Colorectal Disorders	Skin Ulcer
Endocrine Disorders	Aldocortisol Secreting Tumor Graves Disease M.E.N. (Multiple Endocrine Neoplasia Syndrome) Thyroiditis
Sensory Disorders	Age Related Macular Degeneration Blindness Diabetic Retinopathy Loss of Hearing Loss of Speech Macular Detachment Proliferative Vitreoretinopathy Retinal Detachment
Gastrointestinal Disorders	Chronic Relapsing Pancreatitis Cirrhosis Inflammatory Bowel Disease Hepatitis End state liver disease Liver failure Irritable Bowel Syndrome Large bowel disease Small bowel disease
Gynecological Disorders	Infertility (female)
Hematological Disorders	Aplastic Anemia Coagulopathies Hodgkin's disease (Pediatric) Leukemia (Adult & Pediatrics)

DAFTAR PENYAKIT YANG MEMENUHI SYARAT UNTUK FASILITAS PROSES OPINI MEDIS KEDUA

KATEGORI

KONDISI MEDIS

Lymphoma (Adult & Pediatric)
Non-Hodgkin's Lymphoma (Adult & Pediatric)

Gangguan Neurologis

Amyotrophic Lateral Sclerosis
Apallic Syndrome (Vegetative State)
Koma
Medullary Cystic Disease
Motor Neuron Disease
Multiple Sclerosis
Muscular Dystrophy
Myasthenia Gravis
Penyakit Parkinson
Primary lateral Sclerosis (PLS)

Orthopaedic Disorders (hip/lutut)

Arthritis (Hip)
Arthritis (Knee)
Avascular Necrosis of Hip
Avascular Necrosis of Knee
Cedera Pinggul
Kehilangan anggota tubuh
Post-Traumatic Arthritis (lutut)
Severe Rheumatoid Arthritis

Gangguan Ortopedi (Tumor)

Tumor Jinak atau Ganas pada Tulang
Tumor Jinak atau Ganas pada Jaringan Lunak

Gangguan pada Paru-paru

Asma
Bronkitis
Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
Cystic Fibrosis
Empisema
Penyakit paru tahap akhir
Eosiniphilic Granola
Histiocytosis X (lung)
Pneumonia Kronis

DAFTAR PENYAKIT YANG MEMENUHI SYARAT UNTUK FASILITAS PROSES OPINI MEDIS KEDUA

KATEGORI	KONDISI MEDIS
	Pulmonary Fibrosis Pulmonary Hypertension Wegener's Granulomatosis
Gangguan pada Bahu	Radang Sendi Kegagalan Operasi Bahu Fraktur pada Bahu/Cedera Bahu tidak stabil
Gangguan Tulang Belakang	Ankylosing Spondylitis Radang Sendi Herniated disc(s) Spinal Abscess Spinal Stenosis Spinal Tumor Vertebral Fracture
Gangguan Urologis	Gagal Ginjal Penyakit Arteri Ginjal
Gangguan Pembuluh Darah	Arteriosclerosis Obliterans Penyakit Serebrivaskular Elephantiasis Embolism Lower Extremity (Leg) Problems – Arterial Lower Extremity (Leg) Problems - Venous Peripheral Vascular Disease Vena Cava Syndrome Venous Insufficiency Venous Thromboembolism
Sistemik	Acquired Immunity Deficiency Disorder (AIDS/HIV) Infeksi HIV Major Burns

DAFTAR PENYAKIT YANG MEMENUHI SYARAT UNTUK FASILITAS PROSES OPINI MEDIS KEDUA

KATEGORI

KONDISI MEDIS

Kelumpuhan
Polio
Systemic Lupus Erythematosus

Transplantasi Organ Utama

Bone Marrow
Selaput Bening
Jantung
Ginjal Paru-paru
Hati
Pankreas
Cangkok Kulit

Prosedur dan persyaratan pengajuan klaim adalah sebagai berikut:

1. Status Polis aktif.
2. Pengajuan klaim segera dilakukan setelah peristiwa terjadi dan dalam jangka waktu yang ditentukan dalam Polis.
3. Mengisi formulir klaim dengan lengkap dan benar.
4. Melengkapi dokumen yang diperlukan sesuai jenis klaim yang akan diajukan, termasuk melampirkan fotokopi halaman depan buku tabungan dan dikirimkan ke Kantor Pusat Bagian Klaim.
5. Surat Keterangan Dokter wajib diisi oleh Dokter yang memeriksa/ merawat.
6. Semua dokumen yang diserahkan merupakan dokumen asli atau fotokopi yang dilegalisir oleh Pejabat yang berwenang.
7. Dokumen-dokumen klaim harus dibuat dalam atau diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris dan penerjemahan tersebut dilakukan oleh penerjemah resmi (tersumpah) mengacu pada ketentuan yang ada di buku Polis.
8. Segala biaya yang timbul berkaitan dengan permohonan/ klaim atas pembayaran Manfaat Asuransi harus ditanggung dan wajib dibayar oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.
9. Penanggung berhak untuk meminta tambahan keterangan atau dokumen yang diperlukan dalam setiap pengajuan klaim.

JENIS DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

NO	JENIS DOKUMEN	JENIS KLAIM	
		Klaim Penyakit Kritis	Klaim Meninggal Dunia
1.	Polis Asli		V
2.	Kuitansi dan tanda terima asli lengkap atas biaya Pelayanan, kecuali berkaitan dengan Koordinasi Manfaat	V	
3.	Formulir Klaim asli	V	V
4.	Laporan lengkap dari Dokter yang menegaskan diagnosis dari keadaan tersebut dan tanggal mulainya Ketidakmampuan	V	
5.	Ikhtisar/rincian biaya Pelayanan Medis dari Dokter tersebut, termasuk biaya obat-obatan dan jasa yang diberikan	V	
6.	Seluruh hasil-hasil pemeriksaan medis yang telah dilakukan	V	
7.	Surat Kuasa Pemberian Rekam Medik		V
8.	Surat Keterangan Kematian dari instansi yang berwenang (asli/ legalisir)		V
9.	Formulir Surat Keterangan Dokter untuk meninggal dunia, asli dari Dokter		V
10.	Surat keterangan meninggal dunia dari Dokter yang memeriksa jenazah		V
11.	Berita acara dari kepolisian asli atau dilegalisir (jika Meninggal Dunia karena Kecelakaan)		V
12.	Identitas diri dari Pemegang Polis, Tertanggung, dan Penerima Manfaat, dan		V
13.	Hasil pemeriksaan medis sebagai penunjang, apabila diperlukan		V

KEPADA PEMEGANG POLIS

Layanan Informasi yang akan diterima oleh Pemegang Polis, sebagai berikut:

1. Surat Pemberitahuan Status Polis Tidak Aktif (Lapse)
Kami akan mengirimkan Surat Pemberitahuan Status Polis Tidak Aktif apabila Anda tidak membayar Premi lanjutan sampai dengan lewat Masa Leluasa.
2. Pemberitahuan melalui Short Message Services (SMS)
Apabila Anda mencantumkan nomor handphone pada Surat Pengajuan Asuransi Jiwa, maka kami akan mengirimkan Short Message Services (SMS) pemberitahuan mengenai informasi pendebitan rekening untuk pembayaran Premi, pengajuan perubahan nomor handphone, pembatalan Polis.
3. Endorsemen
Apabila Anda mengajukan ataupun terjadi perubahan yang ada pada data Polis, maka kami akan mengirimkan surat Endorsemen.
4. Surat Pemberitahuan Jumlah Pengembalian Premi
Kami akan mengirimkan Surat Pemberitahuan Jumlah Pengembalian Premi kepada Anda jika Polis Anda memenuhi syarat pengembalian premi. Kami akan melakukan konfirmasi mengenai nomor rekening tabungan Anda, jika ada perubahan maka Anda diwajibkan untuk memberitahukan kepada kami.

INFORMASI CARA PEMBAYARAN PREMI LANJUTAN

Untuk mempermudah pembayaran Premi lanjutan Polis Anda, berikut cara pembayaran Premi yang dapat Anda pilih:

1. **Transfer:**

- a. Melalui **Virtual Account** BCA atau BRI.Virtual Account (VA) adalah nomor rekening pribadi Polis Anda yang unik dan otomatis terdaftar di Bank BCA atau BRI setelah Polis Anda disetujui oleh Penanggung.

Nomor VA (13 digit) = Kode perusahaan (5 digit) + Nomor Polis (8 digit)

Contoh:

	BCA	BRI
Kode perusahaan PT Zurich Topas Life	01163	23111
Nomor Polis Anda	12345678	12345678
Nomor Virtual Account Polis Anda	0116312345678	2311112345678

- Dengan pembayaran Premi lanjutan melalui Virtual Account, Anda tidak perlu menyerahkan Bukti Pembayaran ke Zurich dikarenakan pembayaran Anda sudah teridentifikasi otomatis ke Polis Anda.
 - Informasi lebih lanjut mengenai cara pembayaran Virtual Account dapat Anda lihat pada halaman 17-24 dalam buku panduan polis ini.
- b. Melalui Teller Bank/ATM/Internet Banking/Mobile Banking ke rekening atas nama PT Zurich Topas Life di bawah ini:

Bank BCA	035 310 5938
Bank Mayapada	100 300 17161

INFORMASI CARA PEMBAYARAN PREMI LANJUTAN

- Untuk memastikan pembayaran Premi Anda dapat tercatat/ dibukukan dengan baik, mohon menuliskan **nomor Polis Anda** pada kolom “Keterangan” di slip setor atau kolom berita dan diinformasikan ke Customer Care kami melalui email customercare.indo@zurich.co.id atau melalui Tenaga Pemasar Anda.
- Untuk semua pembayaran dianggap sah apabila sudah diterima di rekening PT Zurich Topas Life dan telah teridentifikasi dengan baik.
- Biaya transfer akan menjadi tanggungan Anda.

2. **Debet Kartu Kredit**

- a. **Persyaratan:**
 - Mengisi Surat Kuasa Pendebetan Kartu Kredit (SKPKK).
 - Melampirkan fotokopi kartu identitas Pemilik Kartu Kredit dan Pemegang Polis yang masih berlaku.
 - Melampirkan fotokopi kartu kredit bagian depan.
- b. **Ketentuan:**
 - Jenis kartu kredit yang diperbolehkan adalah Visa, MasterCard, BCA Card.
 - Pembayaran Premi tidak dapat dilakukan dengan menggunakan kartu Visa Electron atau MasterCard Electron.
 - Pembayaran Premi pertama dan Premi lanjutan dengan kartu kredit harus atas nama Pemegang Polis/ Tertanggung dan tidak boleh atas nama siapapun.
 - Apabila pembayaran pendebitan kartu kredit ditolak, maka proses pendebitan ulang akan dilakukan maksimal 2 (dua) kali dan jika ditolak kembali, Pemegang Polis disarankan untuk melakukan pembayaran dengan cara bank transfer.
 - Tidak diperbolehkan untuk pembayaran Premi Top Up Tunggal.
 - Pemegang Polis diwajibkan untuk menginformasikan tanggal kadaluarsa Kartu Kredit yang baru ke PT Zurich Topas Life.

INFORMASI CARA PEMBAYARAN PREMI LANJUTAN

- Apabila terdapat perubahan nomor Kartu Kredit maka Pemberi Kuasa wajib untuk mengisi dan menandatangani kembali Surat Kuasa.
- Ketentuan yang lainnya dapat di baca pada formulir Surat Kuasa Debet Kartu Kredit.

3. **Debet Rekening Perorangan**

Pendebetan rekening Bank Mayapada/Bank BCA/Bank Mandiri/Bank Danamon.

a. Persyaratan:

- Mengisi Surat Kuasa Pendebetan Rekening (SKDR) Bank Mayapada/Bank BCA/Bank Mandiri/Bank Danamon.
- Melampirkan kartu identitas Pemilik Rekening dan Pemegang Polis yang masih berlaku.
- Melampirkan fotokopi halaman depan buku tabungan (kecuali Bank Mayapada).

b. Ketentuan:

- Nama, alamat dan tanda-tangan di SKDR harus sama dengan di Buku Tabungan dan Kartu Identitas.
- Pemilik Rekening harus atas nama Pemegang Polis, apabila menggunakan rekening atas nama orang lain, maka harus keluarga inti (suami/istri, orang tua, anak) dan melampirkan persyaratan tambahan sebagai berikut:
 - ✓ Fotokopi Kartu Keluarga; dan
 - ✓ Formulir Beneficial Owner Perorangan.
- Tidak berlaku untuk rekening Tabunganku.
- Saldo minimal mengikuti ketentuan masing-masing jenis tabungan.
- Pendebetan melalui rekening Giro Perorangan hanya berlaku untuk rekening BCA.

4. **Debet Rekening Perusahaan**

Persyaratan:

- Surat Kuasa Debet Rekening.
- Surat Pernyataan Pembayar Premi Perorangan.

INFORMASI CARA PEMBAYARAN PREMI LANJUTAN

- Formulir Beneficial Owner.
- Anggaran Dasar terakhir yang menjelaskan data jumlah modal, susunan pemegang saham, direksi dan komisaris.
- Surat Kuasa/penunjukan Pemilik Rekening kepada Penerima Kuasa/Petugas yang ditunjuk.
- KTP Penerima Kuasa/Petugas yang ditunjuk oleh Pemilik Rekening yang masih berlaku (WNI).
- Paspor dan KIMS/KITAS Penerima Kuasa/Petugas yang ditunjuk oleh Pemilik Rekening yang masih berlaku (WNA).
- Surat Ijin Usaha.
- NPWP (Nomor Pokok Wajib Pajak).
- Surat Keterangan Domisili.
- Laporan Keuangan terkini.
- Melampirkan data nama-nama karyawan yang ditandatangani oleh Pimpinan Perusahaan dan yang diberi kuasa.

Ketentuan-Ketentuan:

- a. Jadwal Pendebetan Kartu Kredit serta Rekening Bank BCA/Bank Mandiri/Bank Danamon/Bank Mayapada sebagai berikut:

Tanggal Jatuh Tempo	Tanggal Pendebetan	Keterangan
1 s/d 15	1*	Jika gagal, maka akan dilakukan pendebetan pada periode berikutnya.
16 s/d 30/31	16*	Jika gagal, maka akan dilakukan pendebetan pada periode berikutnya.

- *) Jika pada tanggal tersebut jatuh pada hari libur maka pendebetan akan dilakukan pada hari kerja berikutnya.

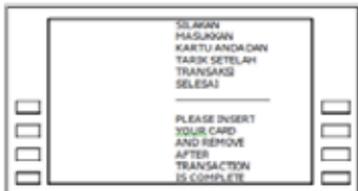
INFORMASI CARA PEMBAYARAN PREMI LANJUTAN

- b. Khusus untuk pendebitan Bank BCA, akan dilakukan pendebitan ulang sebagai berikut:
- Tanggal 8** untuk Polis yang gagal di debit tanggal 1.
 - Tanggal 25** untuk Polis yang gagal di debit tanggal 16.
- ***) Jika pada tanggal tersebut jatuh pada hari libur maka pendebitan akan dilakukan pada hari kerja sebelumnya.
- Informasi mengenai tanggal pendebitan & gagal debit akan diinfokan melalui SMS ke nomor handphone Pemegang Polis yang tercatat di Penanggung.
- c. Kelebihan pembayaran Premi dibawah Rp 100.000,- tidak akan dikembalikan.
- d. Toleransi kekurangan pembayaran Premi tidak lebih dari Rp 5.000,-.
- e. Pembayaran dianggap sah apabila sudah diterima di rekening PT Zurich Topas Life.
- f. Premi yang dinyatakan sah dan telah dikreditkan pada rekening PT Zurich Topas Life akan dialokasikan ke dalam jumlah Unit selambat-lambatnya 3 (tiga) hari kerja dalam periode waktu 21 (dua puluh satu) hari sebelum sampai 45 (empat puluh lima) hari sesudah Tanggal Jatuh Tempo Premi.
- g. Penerimaan Premi tidak diperbolehkan dalam bentuk:
- Uang tunai (bentuk fisik)
 - Bilyet Giro & Bilyet Cash (bentuk fisik)
 - Travel Cek (bentuk fisik)
 - Kartu yang tidak dapat diketahui asal pemilik dana (misal: E-Money Mandiri, Flash BCA, Brizzi BRI dan sejenisnya).
- h. Zurich akan mengirimkan SMS ke nomer handphone Pemegang Polis sebagai tanda terima kasih untuk setiap Premi yang sudah diterima di rekening Zurich Topas Life.
- i. Pembayaran Premi lanjutan selain melalui debit rekening dan debit kartu kredit, kami sarankan agar dibayarkan secara langsung (transfer) ke rekening PT Zurich Topas Life sesuai penjelasan sebelumnya.

PANDUAN CARA PEMBAYARAN TAGIHAN VIRTUAL ACCOUNT

1. Pembayaran Melalui ATM

1. Masukkan kartu ATM



2. Masukkan PIN



3. Pilih **Transaksi Lainnya** lalu pilih **Transfer**



4. Pilih **Ke Rek. BCA Virtual Account**



5. Masukkan **No. BCA Virtual Account** lalu klik **Benar (01163 + nomor polis)**



6. Masukkan **Berita (Optional) "Bayar Premi"**



7. Masukkan **Jumlah Transfer** lalu klik **Benar**



8. Pilih **Ya** apabila transaksi sudah benar



PANDUAN CARA PEMBAYARAN TAGIHAN VIRTUAL ACCOUNT

9. Masukkan **PIN** kembali



10. Pilih **Tidak** apabila transaksi telah selesai



II. Pembayaran melalui Klik BCA Individu

1. Masukkan **User ID** dan **PIN**



2. Pilih **Transfer Dana** lalu pilih **Transfer ke BCA Virtual Account**



3. Masukkan **Jumlah Transfer** dan **Berita**



4. Masukkan **Respon Key BCA** lalu pilih **Kirim**



III. Pembayaran melalui Counter Cabang BCA

Cara pengisian formulir setoran:

1. Nomor Rekening Customer : Nomor BCA Virtual Account
2. Nama Pemilik Rekening : Nama pelanggan (wajib)
3. Berita/Keterangan : Berita (mohon cantumkan nomor Polis Anda)
4. Nama Penyetor : Nama penyetor
5. Alamat Penyetor : Alamat dan telepon penyetor
6. Informasi Penyetor
Untuk Nasabah BCA : Tandai di kolom Nasabah dan masukkan nomor rekening penyetor
Untuk Non-Nasabah BCA : Tandai di kolom Non-Nasabah dan masukkan nomor tanda pengenal (KTP/SIM/KITAS/PASPOR)
7. Tunai/No. Warkat Tunai : Bila sumber dana berupa uang tunai
8. Nama Bank dan No. Warkat : Bila sumber dana berupa cek/Bilyet Giro (BG)
9. Jumlah Rupiah : Nilai yang akan disetor

The image shows a digital representation of a BCA deposit slip form. The header includes the BCA logo and the title 'BUKTI SETORAN'. The form is divided into several sections for data entry. On the left, there are fields for customer information: 'Nomor Rekening Nasabah', 'Nama Nasabah', and 'Alamat Nasabah'. On the right, there are fields for depositor information: 'No. Rekening Penyetor', 'Nama Penyetor', 'Alamat Penyetor', and 'No. Warkat'. A 'Jumlah Setor' field is located at the bottom right. There are also checkboxes for 'Nasabah' and 'Non-Nasabah'. The form is partially filled with handwritten text, and there is a signature line at the bottom right.

IV. Pembayaran melalui Counter Cabang Bank Lain (LLG/RTGS)

Cara pengisian formulir setoran:

1. Nama : Nama pelanggan BCA Virtual Account (wajib)
2. Alamat : Alamat pelanggan BCA Virtual Account
3. Telepon : Nomor telepon pelanggan BCA Virtual Account
4. Bank Tujuan : BCA (wajib)
5. Nomor Rekening Tujuan : 888
6. Kota : Kota pelanggan BCA Virtual Account
7. Negara : Negara pelanggan BCA Virtual
8. Nama Pengirim : Nama orang yang men-transfer dana
9. Alamat : Alamat orang yang men-transfer dana
10. Sumber Dana : Tunai/Debet Rekening/Cek/Bilyet Giro (BG)
11. Jumlah Dikirim : Jumlah dana yang akan di-transfer/ dikirim
12. Berita : Nomor BCA Virtual Account (wajib)

The image shows a screenshot of a bank transfer form from PT BANK SAKTI INDONESIA (PERSERO) Tbk. The form is titled "TRANSFER" and includes fields for recipient name, address, bank details, amount, and source of funds. The recipient is PT PERUMBAHA LAMBAZ (PT PERUMBAHA LAMBAZ) and the amount is Rp 1.000.000,-. The source of funds is Tunai/Debet Rekening/Cek/Bilyet Giro. The form also includes a section for the sender's details and a section for the bank's details.

CARA PEMBAYARAN BRIVA MELALUI ATM BRI

1. Masukan PIN ATM Anda
2. Masukan 6 Digit PIN Anda
3. Pilih "Transaksi Lainnya"
4. Pilih "Pembayaran"
5. Pilih "Briva"
6. Masukan "Kode Virtual Account"
+ Nomor Polis
7. Muncul Data Pelanggan pada layar ATM pilih "Ya" apabila sudah sesuai
8. Masukkan Jumlah Pembayaran
9. Transaksi Anda sudah selesai



CARA PEMBAYARAN MELALUI VIA TELLER

1. Ambil aplikasi "Slip Penyetoran"
2. Isi dan lengkapi "Slip Penyetoran"
3. Lakukan Pembayaran ke Taller
4. Transaksi Anda sudah selesai



CARA PEMBAYARAN BRIVA MELALUI MOBILE BANKING BRI

1. Masuk menu web Mobile Banking BRI
2. Masuk menu "Pembayaran"
3. Masuk menu "BRIVA"
4. Masukan "Nomor BRIVA" & "Jumlah Pembayaran" Anda
5. Muncul data pelanggan pada layar Mobile Banking Anda pilih "Ya" apabila sudah sesuai
6. Transaksi Anda sudah selesai



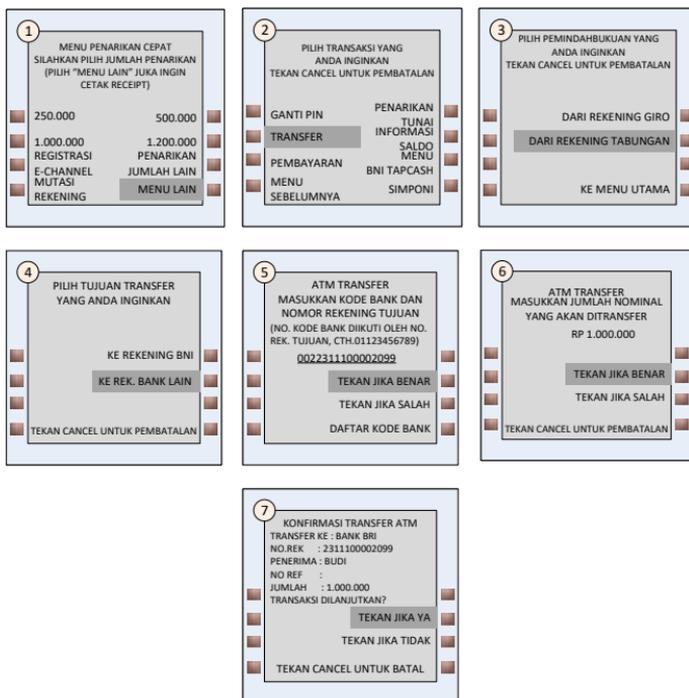
CARA PEMBAYARAN MELALUI EDC BRI

1. Lakukan Swipe "ATM" ke EDC Merchant BRI
2. Pilih menu "Pembayaran"
3. Masukan Digit Angka Pembayaran
4. Masukan "PIN" lalu tekan Enter
5. Transaksi Anda sudah selesai



CARA PEMBAYARAN BRIVA MELALUI ATM BERSAMA

1. Masukan ATM Anda
2. Masukan 6 Digit PIN Anda
3. Pilih "Menu Lain"
4. Pilih "Transfer"
5. Pilih "Dari Rekening Giro" atau "Dari Rekening Tabungan"
6. Pilih "Ke Rek, Bank Lain"
7. Masukan "Kode Bank Lain (BRI 002) + Kode VA BRI (23111) + Nomor Polis"
8. Masukan Jumlah Nominal yang akan di transfer
9. Muncul konfirmasi transfer pada layar ATM pilih "Ya" apabila sudah sesuai
10. Transaksi Anda sudah selesai



PROSEDUR PENYAMPAIAN SARAN ATAU KELUHAN

Nasabah dapat menyampaikan saran-saran atau keluhannya kepada PT Zurich Topas Life melalui layanan Customer Care kami berikut ini:

- Telepon : 1500 987
- E-mail : customercare.indo@zurich.co.id
- Surat atau tatap muka langsung dengan Staff Customer Care di Kantor Pusat kami yang beralamat di:

PT Zurich Topas Life
Mayapada Tower II lantai 3
Jl. Jend Sudirman Kav.27
JAKARTA 12920

Layanan Customer Care kami buka setiap hari Senin s/d Jumat jam 8:30-17.00 WIB.

Saran atau keluhan akan kami tanggapi dengan sungguh-sungguh sesuai dengan peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) yang berlaku. Mohon melengkapi keluhan Anda dengan melampirkan bukti-bukti pendukung yang diperlukan.

Keluhan yang kami terima akan diselesaikan dalam waktu 2 (dua) hingga 10 (sepuluh) hari kerja. Namun apabila kami masih membutuhkan penelusuran lebih lanjut, maka kami akan menginformasikannya kepada Anda melalui surat resmi.

Apabila Anda merasa tidak puas dengan penyelesaian yang kami berikan, Anda berhak untuk menempuh jalur penyelesaian perselisihan di luar pengadilan seperti Badan Mediasi Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI) atau meneruskan keluhan Anda kepada Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

PT Zurich Topas Life terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

1. **Apa yang dimaksud dengan Premi?**

Premi adalah sejumlah uang yang wajib dibayar oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sehubungan dengan perjanjian Asuransi.

2. **Apakah yang dimaksud dengan Masa Leluasa?**

Masa Leluasa adalah tenggang waktu yang diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis untuk membayar Premi yang telah jatuh tempo selama 45 (empat puluh lima) hari terhitung sejak Tanggal Jatuh Tempo Premi.

3. **Apa akibatnya jika saya belum membayar Premi lanjutan sampai dengan berakhirnya Masa Leluasa?**

- Status Polis menjadi tidak aktif (Lapse).

Dalam kondisi status Polis tidak aktif (Lapse), PT Zurich Topas Life tidak berkewajiban untuk membayar apapun jika nasabah mengajukan klaim.

4. **Apakah Polis yang sudah tidak aktif (Lapse) dapat dipulihkan kembali?**

Ya, Pemulihan Polis dapat dilakukan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun sejak Tanggal Polis Berakhir dengan membayar seluruh Premi tertunggak dan melengkapi dokumen yang diperlukan seperti tertera di halaman 4 Buku Panduan Polis ini.

5. **Bagaimana kalau Polis saya hilang/rusak?**

Segera laporkan ke Customer Care kami. Duplikat Polis dapat dicetak kembali dengan membayar biaya administrasi Rp 100.000,- dan melengkapi dokumen yang diperlukan seperti tertera di halaman 4 Buku Panduan Polis ini.

6. **Apakah Pemegang Polis dapat dialihkan ke pihak lain?**

Ya, dengan persetujuan dari Penanggung sesuai Ketentuan Umum Polis dan melengkapi dokumen yang diperlukan seperti tertera di halaman 4 Buku Panduan Polis ini.

7. **Apakah Tertanggung dapat dialihkan ke pihak lain?**

Tidak dapat.

8. **Apakah Penerima Manfaat dapat dialihkan ke pihak lain?**
Ya, dengan persetujuan dari Penanggung sesuai Ketentuan Umum Polis dan melengkapi dokumen yang diperlukan seperti tertera di halaman 4 Buku Panduan Polis ini.
9. **Apa yang harus dilakukan bila ingin mengajukan klaim?**
Klaim asuransi dapat diajukan bila status Polis dalam keadaan aktif dengan melengkapi dokumen yang diperlukan sesuai dengan jenis klaim Manfaat Asuransi yang diajukan.
10. **Kapan klaim dapat diajukan?**
Klaim harus diajukan maksimum dalam waktu 60 (enam puluh) hari setelah peristiwa terjadi, sejak tanggal diagnosis pertama kali atas penyakit kritis atau sejak tanggal Tertanggung meninggal dunia.
11. **Siapa yang harus mengisi dan menandatangani Formulir Klaim?**
Formulir Klaim dalam hal Tertanggung Meninggal Dunia, formulir diisi dan ditandatangani oleh Pemegang Polis atau salah satu Penerima Manfaat yang ditunjuk dalam Polis sedangkan dalam hal Tertanggung menderita penyakit kritis maka formulir diisi dan ditandatangani oleh Pemegang Polis.

 fb.com/ZurichID

 [@ZurichIndonesia](https://twitter.com/ZurichIndonesia)

 [@ZurichID](https://www.instagram.com/ZurichID)

PT Zurich Topas Life
Mayapada Tower II, Lt. 3 & Lt. 5
Jl. Jend. Sudirman Kav. 27
Jakarta 12920, Indonesia
Customer Care : 1500 987
Email : customercare.indo@zurich.co.id

www.zurich.co.id



Merek dagang digambarkan terdaftar atas nama
Zurich Insurance Company Ltd di banyak yurisdiksi di seluruh dunia.

Ini adalah gambaran umum dari layanan asuransi dan tidak mewakili atau mengubah polis asuransi. Layanan tersebut diberikan kepada pelanggan yang terqualifikasi oleh perusahaan afiliasi dari Zurich Insurance Group Ltd, di Indonesia, PT Zurich Topas Life, Mayapada Tower 2 lantai 3 dan lantai 5, Jl. Jend. Sudirman Kav. 27, Jakarta 12920.

