

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan

SME Health Insurance

Versi Umum



Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini akan tunduk kepada syarat, ketentuan dan pengecualian yang diatur dalam Ketentuan Polis.

| | |
|------------------|---|
| Nama Penanggung | : PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk |
| Nama Produk | : SME Health Insurance |
| Mata Uang | : Rupiah |
| Jenis Produk | : Asuransi Kesehatan Kumpulan |
| Deskripsi Produk | : SME Health Insurance merupakan produk asuransi milik PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Zurich") yang memberikan manfaat biaya pengobatan dalam bentuk Rawat Inap ataupun rawat jalan bagi pemilik dan karyawan Usaha Kecil dan Menengah (UKM) beserta keluarganya. Produk SME Health Insurance akan dijual dalam bentuk produk paket yang mana jaminan dan limit menyesuaikan dengan kebutuhan Anda. |



Fitur Utama

| | |
|--------------------------|--|
| Limit Manfaat | : Sesuai yang tercantum pada Ikhtisar Pertanggungungan Anda. |
| Premi | : Sesuai paket yang Anda pilih, jenis kelamin, dan, usia Anda. |
| Periode Pertanggungungan | : 1 Tahun |
| Masa Pembayaran Premi | : Tahunan |



Manfaat Produk

Asuransi ini memberikan jaminan yang meliputi :

A. Manfaat Rawat Inap

Polis ini akan memberikan manfaat atau ganti rugi untuk biaya Rawat Inap yang timbul akibat Peserta mengalami Sakit/Penyakit yang dijamin dalam Polis. Biaya yang mencakup dalam jaminan ini meliputi:

1. Biaya kamar dan menginap di Rumah Sakit
2. Biaya Perawatan Intensif, saat menginap di Unit Perawatan Intensif apabila memerlukan perawatan menggunakan kamar termasuk kamar Intensive Coronary Care Unit (ICCU), Pediatric Intensive Care Unit (PICU) dan Neonatal Intensive Care Unit (NICU), Semi ICU / Isolasi (High Care Unit atau Perina) dan Kamar Intermediary yang diperlukan secara medis dan dinyatakan secara tertulis oleh Dokter atau Dokter Bedah yang merawat.
3. Biaya aneka perawatan.
4. Biaya Pembedahan, yang mana timbul selama Rawat Inap apabila Peserta sesuai dengan rekomendasi Dokter yang merawat memerlukan pembedahan. Dimana biaya yang termasuk dalam jaminan pembedahan ini meliputi Biaya Dokter Bedah, Biaya Kamar Bedah dan Biaya Anestesi yang berdasarkan klasifikasi pembedahan Khusus, Besar, Sedang dan Kecil sesuai dengan tabel manfaat pembedahan standard Penanggung.
5. Biaya Kunjungan Dokter
6. Biaya Kunjungan Dokter Spesialis, yang dirujuk oleh Dokter yang merawat,
7. Biaya rawat darurat
8. Biaya rawat jalan sebelum dan sesudah perawatan Rumah Sakit
9. Santunan Biaya Transportasi, akan diberikan apabila Peserta mengalami kondisi gawat darurat yang membutuhkan penggunaan transportasi selama periode polis untuk membawa peserta ke Tempat Pelayanan Kesehatan atau membawa jenazah ke rumah duka dan pemakaman/krematori dalam hal peserta meninggal dunia.
10. Santunan Tunai Harian, dengan ketentuan apabila Rawat Inap termasuk Rawat Inap bedah tersebut dilakukan menggunakan prosedur atau manfaat yang diberikan oleh Asuransi lain atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) selama masa kepesertaan dan tidak mengajukan penggantian atas seluruh biaya tersebut ke Zurich, maka dapat diberikan Santunan Tunai Harian dengan Jumlah maksimum hari yang dibayarkan adalah sesuai jumlah hari perawatan menginap di Rumah Sakit atau sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat, mana yang lebih rendah, dikalikan nilai perhari sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat selama perawatan tersebut tidak termasuk perawatan yang tidak dijamin dalam Polis ini.
11. Santunan Duka, yang akan dibayarkan kepada ahli waris melalui Pemegang Polis yang bisa digunakan untuk biaya pemakaman atau kremasi apabila Peserta meninggal dunia sebagai akibat dari Kecelakaan.

B. Manfaat Rawat Jalan

Polis ini dapat diperluas dengan manfaat rawat jalan yang timbul akibat Peserta mengalami Sakit/Penyakit yang dijamin dalam Polis. Biaya yang mencakup dalam jaminan ini meliputi:

1. Biaya Dokter Umum atau Dokter Spesialis dalam hal konsultasi dan/atau tindakan medis termasuk biaya administrasi.
2. Biaya obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter yang harus dibeli dari apotek yang terdaftar dengan harga obat tidak melebihi aturan yang berlaku. Dimana untuk Penyakit dengan kondisi kronis dapat diberikan obat dengan resep iter maksimal 2 (dua) bulan dan akut maksimal 14 (empat belas) hari sekaligus
3. Biaya atas pemeriksaan atau tes diagnostik dan laboratorium yang dirujuk secara tertulis oleh Dokter selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sebelumnya, berdasarkan diagnosa yang berhubungan langsung dengan Penyakit atau Cedera yang dijamin oleh Polis ini.
4. Biaya tindakan fisioterapi dan obat-obatan untuk fisioterapi yang direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter.

C. Manfaat Rawat Gigi

Polis ini juga dapat diperluas dengan manfaat tambahan rawat gigi dengan biaya obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter Gigi sesuai dengan tindakan yang dilakukan pada perawatan yang termasuk biaya dalam jaminan ini meliputi:

1. Biaya perawatan gigi dasar, termasuk penambalan gigi, pencabutan gigi, penyembuhan pembengkakan, perawatan saluran akar / saraf gigi dan foto rontgen/Sinar X.
2. Biaya perawatan gusi, termasuk kuretase.
3. Biaya perawatan gigi kompleks, termasuk tindakan pembedahan gigi bungsu, pemotongan bagian pipi geraham (apicoectomy on molars and premolars).
4. Gigi palsu dalam bahan akrilik atau porselen, termasuk tindakan yang berhubungan dengan pemasangan yang diperlukan sehubungan dengan kehilangan gigi yang sebelumnya telah dijamin dibawah Polis ini, yang disebabkan oleh Kecelakaan.

D. Manfaat Kehamilan dan Persalinan

Polis ini dapat diperluas dengan manfaat kehamilan dan persalinan yang meliputi biaya :

1. Biaya persalinan normal atau abnormal yang dibantu oleh seorang Dokter atau bidan.
2. Biaya persalinan dengan pembedahan.
3. Biaya Keguguran, yang terjadi akibat keguguran atau pengguguran kandungan yang diperlukan secara medis dan bukan atas keinginan Peserta yang dibantu oleh seorang Dokter atau Bidan yang berizin praktek.
4. Biaya perawatan selama kehamilan (kontrol kehamilan) sampai dengan 40 (empat puluh) hari sesudah persalinan oleh seorang Obstetri dan Ginekologi (SpOG) atau Dokter Umum atau Bidan yang berizin praktek, termasuk biaya-biaya untuk :
 - a. Obat-obatan dan/atau vitamin dan/atau multivitamin dan/atau food supplement yang diresepkan oleh Dokter atau Bidan yang merawat;
 - b. Tes kehamilan, USG Standar dan tes diagnostik lainnya yang berhubungan dengan kehamilan.
5. Biaya Komplikasi Kehamilan seperti pre eklampsia, eklampsia, placenta previa dan hiperemesis gravidarum, pendarahan pada kehamilan dan lain-lain yang diikuti dengan Perawatan menginap.

E. Manfaat Kacamata

Polis ini dapat diperluas dengan manfaat kacamata yang diperlukan secara medis dan dibuktikan dengan resep Dokter Spesialis Mata, dimana terdapat biaya-biaya yang dibebankan oleh suatu Optik untuk pembelian:

1. Lensa Kacamata atau Lensa Kontak.
2. Bingkai Kacamata.



Risiko Produk

1. Zurich tidak bertanggung jawab apabila terdapat kesalahan/kekeliruan data yang Anda isi sehingga menyebabkan kesalahan/kekeliruan pada isi Polis yang dapat menyebabkan klaim ditolak.
2. Klaim tidak dibayarkan oleh Zurich apabila disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan.
3. Zurich dapat menolak klaim apabila permohonan klaim yang diajukan telah melewati batas waktu yang telah ditentukan atau kerugian terjadi pada masa tunggu Polis.
4. Risiko hilangnya kekuatan hukum yang mengikat Zurich dan Anda yang diatur dalam Polis akibat adanya manipulasi dokumen-dokumen hukum yang dilakukan oleh pihak-pihak terkait, baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga mengakibatkan termasuk namun tidak terbatas ditolaknya klaim, tidak dibayarkan manfaat oleh Zurich ke Anda, dan sebagainya.
5. Risiko-risiko lainnya yang tidak bisa dikontrol oleh Zurich dikarenakan kesalahan yang dilakukan oleh Anda yang berdampak pada tidak dibayarkan manfaat maupun pengakhiran pertanggungangan.



Premi

Sesuai paket yang Anda pilih, jenis kelamin, dan, usia Anda atau sesuai yang tercantum pada ikhtisar pertanggungangan Anda dan merupakan premi tahunan.



Biaya

Premi yang Anda bayarkan sudah termasuk pajak, biaya akuisisi dan biaya meterai.



Syarat dan Ketentuan

Syarat Kepesertaan

1. Usia masuk kepesertaan maksimum 60 (enam puluh) tahun, dan berlaku bagi anak Karyawan/Anggota Kumpulan dengan usia masuk kepesertaan minimum 0 (nol) hari dan maksimum 21 (dua puluh satu) tahun, belum menikah dan belum bekerja.
2. Karyawati yang telah menikah atau istri Karyawan/Anggota Kumpulan dengan usia masuk antara 18 (depalan belas) tahun sampai dengan 44 (empat puluh empat) tahun apabila mengambil Manfaat Kehamilan dan Persalinan
3. Tanggal Efektif bagi Peserta yang memenuhi syarat kepesertaan adalah pada saat tanggal mulai Periode Asuransi, atau sesudah Periode Asuransi dimulai dimana Pemegang Polis berkewajiban mendaftarkan Peserta tersebut selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari dari tanggal pengangkatan sebagai Karyawan/menikah dengan Karyawan/tanggal kelahiran seorang Anak atau tanggal pengangkatan anak secara sah.
4. Apabila Pemegang Polis mendaftarkan Peserta tersebut > 14 (empat belas) hari dari tanggal efektif, maka Pemegang Polis harus mendapatkan persetujuan dari Zurich dengan memberikan Bukti Layak Asuransi (Insurability Evidence).
5. Apabila Peserta pada tanggal yang bersangkutan mulai memenuhi syarat untuk diasuransikan sedang dalam keadaan di Rawat Inap, maka Tanggal Efektif ditangguhkan sampai Peserta tersebut telah dinyatakan sehat oleh dokter yang merawat dan diakui oleh Zurich.

6. Penggantian Tanggungan pada masa periode Polis TIDAK DIPERBOLEHKAN pada Polis ini KECUALI pada kondisi sebagai berikut :
- Karyawan karena alasan tertentu menikah kembali, dan Pemegang Polis mendaftarkan pasangan sah yang baru sebagai peserta asuransi dengan tetap mengikuti ketentuan tanggal efektif bagi Peserta.
 - Khusus untuk Tanggungan berupa anak sah yang melebihi batas maksimal yang disebutkan di dalam Ikhtisar Pertanggungan, penggantian hanya diperbolehkan jika penghentian kepesertaan Tanggungan yang akan digantikan disebabkan alasan meninggal dunia, atau sudah diajukan sebelum periode Polis dimulai dengan persetujuan Zurich
 - Premi bagi Tanggungan yang didaftarkan sebagai pengganti Tanggungan sebelumnya, diperhitungkan secara prorata sama seperti penambahan Peserta di tengah periode Polis.
7. Dalam hal perubahan kepesertaan, Pemegang Polis wajib mengajukan secara tertulis kepada Zurich dengan melampirkan data pendukung untuk perubahan Peserta, paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender dari tanggal efektif perubahan.

Prosedur Pembelian Asuransi



Anda mengisi Surat Permintaan Penutupan Asuransi secara benar dan lengkap.



Jika pembelian asuransi disetujui oleh Zurich, maka Anda dapat melakukan proses pembayaran premi



Pembelian asuransi dinyatakan sukses jika proses pembayaran premi berhasil dilakukan.



Dokumen polis elektronik akan dikirimkan ke email Anda yang terdaftar.

Mekanisme Klaim

- Apabila terjadi sesuatu yang mungkin menimbulkan klaim berdasarkan Polis ini, Peserta dan/atau Pemegang Polis dapat mendatangi Provider dan menunjukkan kartu kepesertaan untuk selanjutnya dilakukan validasi data dan benefit peserta asuransi untuk dapat diproses lebih lanjut.
- Hak meminta keterangan
 - Terhadap Klaim yang diajukan oleh Pemegang Polis dan/atau Peserta kepada Zurich, maka Zurich berhak untuk melakukan pemeriksaan keabsahan dokumen Klaim dan/atau meminta keterangan lebih lanjut dan terperinci mengenai Penyakit atau Cedera yang diderita oleh Peserta.
 - Terhadap perawatan atau pengobatan yang dilakukan di jaringan Provider, Peserta dan/atau Pemegang Polis memberikan kuasa dan hak kepada Zurich untuk melakukan pendampingan dan/atau pemeriksaan atas perawatan Peserta, Zurich dan/atau kuasanya yang sah berhak untuk menghubungi dokter dan/atau Rumah Sakit guna memantau perkembangan perawatan Peserta.

c. Klaim melalui penggunaan Provider

1. Penyediaan Provider

- Zurich berhak memilih dan membuat perjanjian kerjasama dengan Provider;
- Zurich berkewajiban memberikan daftar Provider kepada Pemegang Polis;
- Daftar tersebut akan diperbaharui dari waktu ke waktu sesuai dengan kebutuhan, jika terdapat penambahan atau pembatalan provider.

2. Fasilitas Provider

- Zurich memberikan jaminan pembayaran terhadap biaya-biaya rawat inap dan/atau rawat jalan dan/atau pelayanan kesehatan lainnya, sesuai yang tercantum dalam Daftar Manfaat dan/atau Ikhtisar Pertanggungungan atau pasal-pasal lain dalam Polis, untuk Peserta yang melakukan perawatan dan/atau pengobatan di Provider dan untuk mendapatkan jaminan ini, Peserta wajib membawa Kartu Peserta yang masih berlaku dan menunjukkannya kepada petugas administrasi di Provider tersebut.
- Pemberian fasilitas provider yang disediakan oleh Zurich untuk Pemegang Polis dan/atau Peserta disebutkan dalam Ketentuan Tambahan dan dicantumkan dalam Kartu Peserta.
- Dalam hal Peserta memerlukan perawatan di Provider, maka pengeluaran yang memenuhi syarat yang timbul akibat perawatan tersebut akan dibayar oleh Zurich kepada Provider, sampai batas jaminan yang menjadi hak dari Tertanggung, sesuai jumlah yang tercantum dalam Daftar Manfaat/Ikhtisar Pertanggungungan dan sejauh tunduk pada syarat-syarat dan ketentuan yang terdapat dalam Polis ini. Selisih dari biaya yang tidak dapat dibayar (Ekses Klaim) menjadi tanggung jawab dari Peserta/Pemegang Polis untuk dibayar ditempat.

3. Pemberian surat jaminan

Dalam hal kartu peserta belum diterima, Zurich memberikan surat Jaminan untuk Peserta yang memerlukan Perawatan Rumah Sakit di Provider.

4. Pembatalan surat jaminan

Dalam hal surat jaminan telah diterbitkan oleh Zurich di mana pada proses Perawatan Menginap diketahui bahwa Penyakit atau Cedera yang diderita oleh Peserta termasuk dalam pengecualian Polis ini, maka Zurich berhak untuk membatalkan surat jaminan tersebut dan seluruh biaya menjadi beban Peserta.

5. Ketentuan Khusus Klaim Non-Provider

Peserta atau keluarga harus menghubungi layanan 24 jam Zurich sesegera mungkin dalam hal terjadinya Kondisi Gawat Darurat.

Apabila terjadi Kondisi Gawat Darurat dan tidak terdapat provider rekanan Zurich di area domisili Peserta, maka Peserta dapat mengajukan klaim secara reimbursement.

Keputusan klaim adalah seluruhnya hak dari Zurich, di mana Zurich dapat menolak permohonan klaim apabila kondisi tidak sesuai dengan ketentuan yang dinyatakan dalam polis ini. Zurich berhak untuk mengatur perpindahan dari Tempat Pelayanan Kesehatan non-provider ke Tempat Pelayanan Kesehatan provider jika secara medis memungkinkan.

d. Klaim Santunan

Untuk klaim santunan yang diajukan, maka Zurich akan membayar sejumlah nilai kepada Peserta sesuai dengan Daftar Manfaat. Dimana :

1. Pemegang Polis / Peserta wajib memberikan bukti biaya-biaya perawatan dan/atau pengobatan atau meninggalnya Peserta kepada Zurich dengan menyerahkan dokumen sebagai berikut :
 - a. Santunan Tunai Harian
 - Formulir klaim asuransi Kesehatan
 - Surat pernyataan jaminan pelayanan BPJS kesehatan.
 - Resume Medik
 - b. Santunan Duka
 - Formulir klaim asuransi Kesehatan
 - Kartu Peserta asuransi & Salinan Identitas diri Peserta
 - Surat keterangan meninggal dunia dari instansi yang berwenang, atau surat keterangan Dokter tentang sebab-sebab meninggal dunia Peserta, atau surat keterangan dari kepolisian.

Dokumen klaim untuk Santunan Biaya Transportasi dalam hal pengangkutan jenazah peserta yang meninggal dunia, mempunyai syarat dokumen yang sama dengan manfaat Santunan Duka, dimana Santunan Biaya Transportasi untuk pengangkutan jenazah dan Santunan Duka hanya dapat diklaim salah satunya dalam periode polis.

Serta Dokumen lain yang relevan, wajar dan patut diminta oleh Zurich sehubungan dengan penyelesaian klaim.

2. Batas waktu pelaporan
 - Klaim diajukan secara tertulis selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender dari tanggal selesai perawatan untuk klaim Santunan Tunai Harian.
 - Apabila dokumen Klaim tidak lengkap, Zurich akan mengembalikan dokumen dengan surat pemberitahuan kepada Pemegang Polis untuk dilengkapi dan dikembalikan ke Zurich selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal surat pemberitahuan dari Zurich.
 - Untuk Klaim Santunan Duka, Pengajuan klaim secara tertulis selambat-lambatnya 90 (Sembilan Puluh) hari dari tanggal Peserta meninggal dunia.
 - Zurich berhak untuk menolak Klaim yang diajukan apabila melebihi tenggang waktu yang telah diberikan oleh Zurich dan Klaim dinyatakan kedaluwarsa
3. Pembayaran Klaim
 - Klaim yang disetujui untuk dibayar oleh Zurich akan dibayarkan kepada Peserta atau Ahli waris atau melalui Pemegang Polis dan atau langsung ke rekening Peserta sesuai kesepakatan di awal, dengan cara pemindahbukuan ke data rekening yang diberikan oleh Pemegang Polis.
 - Pembayaran Klaim dilakukan selambat-lambatnya 14 (Empat Belas) Hari Kerja setelah diterimanya semua dokumen-dokumen yang disyaratkan oleh Zurich.
 - Apabila terdapat Premi yang belum dibayar maka pembayaran akan ditunda sampai Premi diterima oleh Zurich.

e. Asuransi lain

Pemegang Polis atau Peserta harus menginformasikan kepada Zurich apabila ada Asuransi atau Perusahaan lain yang menjamin Penyakit atau Cedera yang dijamin oleh Polis ini, di mana Zurich hanya berkewajiban membayarkan santunan apabila sesuai dengan ketentuan Klaim Santunan

Perlindungan ini akan berlaku 1 (satu) tahun atau sesuai dengan periode pertanggung yang tertera di Ikhtisar Pertanggung Anda.



Pengecualian

Zurich tidak akan membayar Manfaat Asuransi untuk Penyakit atau Cedera, perawatan dan/atau pengobatan, atau biaya-biaya lain yang termasuk dalam pengecualian ini, kecuali apabila ditentukan lain secara khusus yang dicantumkan dalam Ikhtisar Pertanggung:

- a. Pemeriksaan kesehatan rutin
- b. Pengobatan/perawatan kosmetik
- c. Perawatan atau pembedahan terhadap kelainan bawaan/cacat kongenital serta komplikasi yang ditimbulkannya. Penyakit yang masuk katagori bawaan & penyakit herediter termasuk namun tidak terbtatas pada : atresia ani, Ventricular Septal Defect (VSD), Atrial Septal Defect (ASD), bibir sumbing, septum deviasi, cacat tulang bawaan, debil, embicil, mongoloid, cretinism, hydrocephalus, mamma aberans, hemangioma, undescencus testis, penyakit yang ditularkan dari ibu saat masih dalam kandungan, dan penyakit herediter seperti thalassemia, haemofili dan lain-lain yang secara ilmu kedokteran masuk dalam katagori bawaan & Herediter.
- d. Masalah hormonal reproduksi dan upaya memiliki keturunan, dimana semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan :
 - i. Masalah Kesuburan (infertilitas), segala pengujian dan perawatan kemandulan, dan usaha untuk mendapatkan keturunan baik dengan cara bayi tabung, inseminasi, hidrotubasi, Pembedahan untuk penyakit penyebab ketidaksuburan atau pengobatan gangguan hormonal terkait ketidaksuburan, dan akibat-akibat yang ditimbulkan karena pengobatan-pengobatan tersebut di atas;
 - ii. Kontrasepsi untuk pengaturan kehamilan secara mekanis atau kimiawi, sterilisasi baik itu kastrasi, tubektomi dan vasektomi;
 - iii. Endometriosis dan gangguan hormonal;
 - iv. Gangguan menstruasi dan komplikasinya; Syndrome pra dan post menopause.
- e. Semua perawatan dan pengobatan yang diakibatkan oleh penyakit-penyakit yang tersebut di bawah ini, termasuk komplikasinya
 - i. Penyakit menular seksual.
 - ii. HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrom) dan ARC (AIDS Related Complex); dan semua penyakit yang disebabkan oleh atau berhubungan dengan virus HIV positif, dan penyakit menular yang membutuhkan karantina.
 - iii. Disfungsi seksual, micro penis, ejakulasi dini, impotensi, frigiditas;
 - iv. Penyakit Gangguan kejiwaan atau syaraf termasuk segala jenis psikosis, neurosis, stress, depresi, psikogeriatik, dan manifestasi dari gangguan kejiwaan atau psikosomatis seperti gangguan kepribadian, kecemasan dan gangguan tidur;
 - v. Gangguan tumbuh kembang seperti gangguan wicara, autisme, down syndrome, dan ADHD;
 - vi. Hernia pada Peserta yang berusia sampai dengan 10 (sepuluh) tahun;
 - vii. Komplikasi yang ditimbulkan akibat tindik, tattoo dan sejenisnya;
 - viii. Fatigue, lelah mata termasuk istirahat untuk pemulihan atau perawatan di sanatorium.

- f. Obat-obat yang dibeli tanpa resep Dokter, obat yang diresepkan tetapi tidak dibeli di apotek resmi atau obat-obat yang tidak sesuai untuk pengobatan penyakit atau luka yang diderita.
- g. Pengobatan atau perawatan untuk kegemukan (obesitas), mengurangi berat badan dan upaya menambah berat badan.
- h. Terapi medis untuk Penyakit yang memerlukan terapi berkelanjutan namun terbatas pada hemodialis dan kemoterapi, kecuali tercantum dalam Daftar Manfaat.
- i. Sunat (sirkumsisi) tanpa adanya indikasi medis.
- j. Transplantasi organ, dalam hal biaya pembelian organ, biaya pendonor, biaya pemulihan pendonor serta biaya / cara mendapatkan donor tersebut.
- k. Penyakit - Penyakit yang dinyatakan sebagai penyakit wabah sesuai Keputusan Departemen Kesehatan/Pemerintah. Kecuali disebutkan secara khusus untuk jenis penyakit tertentu dalam Daftar Manfaat/Ikhtisar Pertanggunggaan.
- l. Perawatan atau pengobatan apapun baik secara langsung maupun tidak langsung yang terjadi karena kecanduan penggunaan obat bius, narkotika, obat psikotropika, alkohol serta keracunan.
- m. Alat-alat bantu medis KECUALI alat bantu tanam yang dibutuhkan pada saat pembedahan di kamar operasi.
- n. Pengobatan atau perawatan medis non standar yang tidak terbatas pada : Akupunktur (kecuali yang dilakukan oleh Dokter Ahli akupunktur), sinthe, dukun patah tulang, ramuan tradisional, paranormal, Chiropractor, Naturopati, Holistik, terapi ozon, terapi hyperbaric, hidroterapi, mesotherapy, laser therapy (lasic) untuk koreksi refraksi dan pengobatan lain yang sejenis.
- o. Perawatan dan/atau pengobatan yang diakibatkan secara langsung maupun tidak langsung dari aktivitas berbahaya.
- p. Pemeriksaan, pencabutan atau penambahan gigi dan perawatan gigi yang bersifat umum bukan akibat Kecelakaan serta pemasangan gigi palsu, kecuali membeli tambahan manfaat Rawat Gigi
- q. Persalinan, keguguran kandungan, Pemeriksaan kehamilan dan pemeriksaan setelah persalinan termasuk segala komplikasi yang terjadi akibat persalinan, kecuali membeli tambahan Manfaat Kehamilan dan Persalinan
- r. Perawatan yang telah mendapatkan penggantian secara penuh dari perusahaan asuransi atau penjamin lain, dimana yang diberikan hanyalah dalam bentuk santunan tunai harian.
- s. Perawatan yang dilakukan oleh keluarga / kerabat dekat atau oleh orang yang biasa tinggal satu rumah dengan Peserta.
- t. Kacamata dan konsultasi dokter yang disebabkan oleh gangguan refraksi mata, kecuali membeli tambahan Manfaat Kacamata
- u. Penyakit atau luka yang sudah ada sebelumnya (pre-existing conditions) sebagaimana tercantum dalam definisi kecuali bila Peserta telah dipertanggungggan selama 12 (dua belas) bulan dibawah Polis ini atau dinyatakan berbeda dalam Ikhtisar Pertanggunggaan.
- v. Biaya-biaya non medis

Pengecualian lebih lengkap dapat dilihat pada Polis Anda



Simulasi Pertanggungungan

Logic Resto adalah salah satu restoran di Indonesia yang memiliki 10 pegawai. Logic Resto membeli asuransi kesehatan untuk pemiliknya, istri, 1 orang anaknya, 4 pegawai wanita dan 6 pegawai pria. Dengan mengisi data Pertanggungungan untuk dirinya, istri, anak, dan pegawainya yang menjadi Pertanggungungan dari asuransi ini. Paket Pertanggungungan yang dipilih adalah RI500 dan RJ80.

Untuk 13 orang Peserta yang dijamin oleh asuransi ini, maka Premi yang harus dibayarkan adalah sejumlah :

| | |
|-------------|----------------------|
| Premi | Rp84.280.611,- |
| Biaya Polis | <u>Rp150.000,-</u> + |
| Total Premi | Rp84.430.611,- |

Polis dan Ikhtisar Pertanggungungan akan diberikan kepada Pemegang Polis.

Setiap Peserta akan mendapatkan Kartu Peserta sebagai bukti kepesertaan asuransi dalam Polis ini.

Simulasi ini tidak mengikat dan bukan merupakan perjanjian asuransi dan bukan merupakan bagian dari polis. Hak dan kewajiban Anda dan ketentuan mengenai produk asuransi ini tercantum di dalam polis. Penjelasan lebih lengkap tentang produk asuransi ini baik premi yang harus dibayarkan, pertanggungungan dan sebagainya tercantum dalam polis.



Simulasi Klaim

Salah satu karyawan Logic Resto mengalami gejala demam berdarah, kemudian dibawa ke salah satu Provider yang bekerja sama dengan SME Health Package Insurance setelah mendapatkan rujukan dari faskes 1 BPJS. Setelah melalui beberapa tes diagnostik, dinyatakan positif demam berdarah, dan memerlukan Rawat Inap. Untuk meningkatkan privasi dan menjaga jarak di masa pandemic karyawan tersebut dirawat di kamar VIP. Setelah menjalani Rawat Inap selama 5 (lima) hari, karyawan tersebut dinyatakan telah sembuh dan dapat kembali ke rumah.

| BIAYA | KETERANGAN | NOMINAL | BIAYA YANG DIBAYARKAN OLEH SME HEALTH INSURANCE | BIAYA YANG DIBAYARKAN OLEH ASURANSI LAIN | BIAYA YANG DIBAYARKAN SENDIRI |
|---|--------------------|---------------|---|--|-------------------------------|
| Biaya Kamar (Rp1.000.000,- / hari) | 5 hari | Rp2.500.000,- | - | Rp2.500.000,- | Rp2.500.000,- |
| Biaya Kunjungan Dokter (Rp150.000,- / hari) | 5 hari | Rp750.000,- | - | Rp750.000,- | - |
| Biaya Kunjungan Dokter Spesialis | Per ketidakmampuan | Rp300.000,- | - | Rp300.000,- | - |
| Biaya Obat (biaya aneka) | Per ketidakmampuan | Rp600.000,- | - | Rp600.000,- | - |
| Biaya Tes Diagnostik (biaya aneka) | Per ketidakmampuan | Rp250.000,- | - | Rp250.000,- | - |
| Biaya Administrasi (biaya aneka) | Per ketidakmampuan | Rp100.000,- | - | Rp100.000,- | - |

BPJS menanggung biaya rawat inap kelas 1, obat, tes diagnostik, dokter, dokter spesialis, dan administrasi. Selisih dari biaya kamar kelas 1 dan VIP sebesar Rp500.000,- /hari harus ditanggung sendiri oleh Logic Resto/Karyawan.

Karyawan Logic Resto tersebut dapat mengajukan klaim Santunan Tunai Harian kepada Zurich dengan melampirkan dokumen berikut:

- Formulir klaim asuransi Kesehatan
- Surat pernyataan jaminan pelayanan BPJS kesehatan atau asuransi lain
- Resume Medis
- Bukti Biaya Pengobatan

Apabila klaim diterima, Irez akan menerima santunan tunai harian sebesar:

Limit Santunan/hari : Rp450.000,-
 Jumlah Hari Dirawat : 5 ×
 Santunan Dibayarkan : Rp2.250.000,-

Simulasi ini tidak mengikat dan bukan merupakan perjanjian asuransi dan bukan merupakan bagian dari polis. Hak dan kewajiban Anda dan ketentuan mengenai produk asuransi ini tercantum di dalam polis. Penjelasan lebih lengkap tentang produk asuransi ini baik premi yang harus dibayarkan, pertanggunganan dan sebagainya tercantum dalam polis.



Prosedur Pelayanan dan Penyelesaian Pengaduan

1. Anda dapat menyampaikan keluhan ataupun pengaduan langsung ke Zurich melalui Zurich Care 1500456.
2. Zurich akan menjawab dan atau meminta data pada tanggapan awal pertanyaan dan atau keluhan kepada Anda selambat-lambatnya 2 (dua) hari kerja setelah pengaduan diterima oleh Zurich. Tanggapan awal dapat diberikan secara lisan maupun tulisan. Tujuannya adalah untuk mengkonfirmasi kepada Anda bahwa keluhan sudah diterima dan dalam proses investigasi, serta menginformasikan estimasi waktu penyelesaian keluhan.
3. Zurich menyampaikan jawaban final atas keluhan baik secara lisan maupun tulisan kepada Anda selambat-lambatnya 20 (dua puluh) hari kerja sejak dokumen penyampaian pengaduan diterima secara lengkap oleh Zurich.

Informasi Penting

- Anda telah membaca, menerima penjelasan, dan memahami produk SME Health Insurance sesuai Ringkasan Informasi Produk dan Layanan.
- Produk asuransi yang dipasarkan adalah produk asuransi dan risiko atas produk asuransi menjadi tanggung jawab Zurich.
- Penjelasan ini hanya memuat informasi umum mengenai produk Asuransi dan bukan merupakan kontrak/perjanjian asuransi. Rincian mengenai kondisi pertanggungan dan pengecualiannya termasuk syarat dan ketentuan selengkapnya dapat dilihat di dalam polis.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini bukan merupakan bagian dari aplikasi pengajuan asuransi dan polis.
- Anda wajib untuk membaca, memahami, dan menandatangani aplikasi pengajuan asuransi dan polis.
- Informasi yang tercakup dalam Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini berlaku sejak tanggal cetak dokumen sampai dengan tanggal berakhirnya periode pertanggungan.
- Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini sebelum menyetujui pembelian produk dan berhak bertanya kepada pegawai Perusahaan Asuransi atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.

Tanggal Cetak Dokumen
01/11/2023

Zurich Care

 **1500 456**  **0812 111 3456**

zurichcare.general@zurich.co.id

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk
berizin dan diawasi oleh OJK