

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN/ATAU LAYANAN VERSI UMUM

MAKSIMA SEHAT

Nama Penerbit	PT BNI Life Insurance	Deskripsi Produk	Maksima Sehat merupakan produk asuransi kesehatan yang memberikan proteksi bagi Tertanggung yang menjalani Rawat Inap sebagai Manfaat Utama di Rumah Sakit yang diakibatkan oleh penyakit maupun kecelakaan dan Rawat jalan dan/atau Manfaat perawatan Gigi sebagai Manfaat Tambahan serta termasuk didalamnya proteksi ekonomi terhadap risiko kematian.
Nama Produk	Maksima Sehat		
Mata Uang	Rupiah (IDR)		
Jenis Produk	Kesehatan		

FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN

Usia Masuk	- Pemegang Polis: 17 – 60 tahun - Tertanggung Utama: 17 – 60 tahun - Tertanggung Tambahan: 6 bulan – 60 tahun Perhitungan usia masuk menggunakan ulang tahun terakhir.
Uang Pertanggungan	Sesuai dengan Plan yang dipilih.
Premi	Besarnya Premi yang dibayarkan ditentukan oleh pilihan <i>Plan</i> , cara bayar, dan usia Tertanggung
Periode Bayar Premi	- Triwulan - Semesteran - Tahunan

MANFAAT

Rawat Inap

RAWAT INAP

Manfaat Maksimum per peserta	Plan 200*	Plan 300	Plan 400	Plan 500	Plan 750	Plan 1000	Plan 1500	Plan 2000
1. Biaya Kamar (per hari, maksimum 180 hari/tahun)	200,000	300,000	400,000	500,000	750,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000
2. Biaya Kamar Semi ICU/Isolasi (per hari, maksimum 10 hari/tahun)	300,000	400,000	500,000	600,000	900,000	1,200,000	1,650,000	2,500,000
3. Biaya Kamar ICU (per hari, maksimum 20 hari/tahun)	400,000	500,000	600,000	750,000	1,100,000	1,400,000	2,000,000	3,000,000
4. Biaya Aneka Perawatan di RS (maksimum per periode rawat inap)	4,000,000	6,000,000	8,000,000	9,000,000	13,500,000	17,500,000	22,500,000	30,000,000
5. Biaya Pembedahan (maksimum per periode rawat inap)								
a. Operasi Kompleks	35,000,000	55,000,000	70,000,000	85,000,000	125,000,000	175,000,000	200,000,000	250,000,000
b. Operasi Besar	23,000,000	35,000,000	40,000,000	55,000,000	80,000,000	115,000,000	135,000,000	175,000,000
c. Operasi Sedang	16,000,000	25,000,000	30,000,000	40,000,000	57,500,000	75,000,000	94,000,000	94,000,000
d. Operasi Kecil	11,000,000	17,000,000	22,000,000	30,000,000	42,000,000	54,000,000	62,000,000	62,000,000
6. Biaya Kunjungan Dokter (per hari, maksimum 180 hari/tahun)	50,000	75,000	80,000	85,000	105,000	125,000	150,000	200,000
7. Biaya Dokter Spesialis (per hari, maksimum 180 hari/tahun)	90,000	130,000	150,000	170,000	210,000	250,000	300,000	400,000
8. Biaya Ambulan (maksimum per periode rawat inap)	200,000	250,000	300,000	350,000	500,000	600,000	700,000	800,000
9. Biaya untuk perawatan pribadi (per hari, maksimum 180 hari/tahun)	70,000	100,000	110,000	130,000	160,000	200,000	250,000	300,000
10. Santunan sebelum dan sesudah perawatan (maksimum per periode rawat inap)	800,000	1,200,000	1,500,000	2,000,000	3,000,000	4,500,000	5,000,000	6,000,000
11. Santunan kematian	3,000,000	4,000,000	5,000,000	6,000,000	8,500,000	11,500,000	17,500,000	20,000,000
12. Biaya rawat jalan darurat & perawatan gigi khusus akibat kecelakaan	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	7,500,000	10,000,000	15,000,000	17,500,000
13. Evakuasi Medis	Available	Available	Available	Available	Available	Available	Available	Available

- Plan 200 hanya diperuntukkan untuk penjualan melalui worksite

- Penggantian sebesar 100% dari kuitansi dengan batas maksimum sesuai tabel manfaat

- Berlaku dengan sistem cashless, kecuali untuk point 9, 10 dan 12 berlaku sistem reimbursement

Penggantian sebesar 100% dari kuitansi dengan batas maksimum sesuai tabel manfaat.

a. Biaya Kamar

- Penggantian biaya-biaya harian untuk akomodasi kamar dan menginap, perawatan umum dan makan untuk setiap hari perawatan sebagai pasien menginap yang terdaftar dalam Rumah Sakit.

RISIKO

Risiko yang mungkin terjadi dalam membeli produk Asuransi ini adalah risiko individual, yaitu

- Tidak dibayarkannya manfaat asuransi jika klaim yang terjadi termasuk ke dalam pengecualian Polis;
- Pengajuan klaim melewati batas pengajuan;
- Potensi kerugian yang lebih besar jika Klaim melebihi manfaat yang seharusnya diterima.

BIAYA

- Biaya-biaya yang terkait dengan biaya bank ditanggung oleh Pemegang Polis.
- Biaya pembatalan dalam masa mempelajari Polis (*Cooling-Off Period*) adalah sebesar Rp100.000,- (*seratus ribu rupiah*).
- Apabila Kartu Kepesertaan hilang atau revisi dikarenakan kesalahan

- Batas jaminan yang dijelaskan ini adalah harian dan berlaku maksimum 180 (seratus delapan puluh) hari perawatan per tahun sebagaimana tercantum dalam tabel manfaat.
- b. Biaya Kamar Semi ICU/Isolasi
- Penggantian biaya-biaya harian untuk akomodasi kamar dan menginap di kamar semi ICU/Isolasi.
 - Perawatan di kamar semi ICU/Isolasi harus berdasarkan perawatan medis yang diperlukan dan dinyatakan secara tertulis oleh Dokter atau Dokter Bedah yang bertugas bahwa seorang Tertanggung harus menjalani perawatan di kamar semi ICU/Isolasi.
 - Batas jaminan yang dijelaskan ini adalah harian dan berlaku maksimum 10 (sepuluh) hari perawatan per tahun sebagaimana tercantum dalam tabel manfaat.
 - Apabila dibutuhkan, Tertanggung untuk dirawat di kamar semi ICU/Isolasi lebih dari maksimum hari yang tercantum dalam tabel manfaat asuransi, maka biaya perawatan selanjutnya mengacu kepada limit biaya kamar rawat inap.
- c. Biaya Kamar ICU
- Penggantian biaya-biaya harian untuk akomodasi kamar dan menginap di Unit Perawatan Intensif/ICU.
 - Perawatan di Unit Perawatan Intensif/ICU harus berdasarkan perawatan medis yang diperlukan dan dinyatakan secara tertulis oleh Dokter atau Dokter Bedah yang bertugas bahwa seorang Tertanggung harus menjalani perawatan di Unit Perawatan Intensif/ICU.
 - Batas jaminan yang dijelaskan ini adalah harian dan berlaku maksimum 20 (dua puluh) hari perawatan per tahun sebagaimana tercantum dalam tabel manfaat.
 - Apabila dibutuhkan, Tertanggung untuk dirawat di Unit Perawatan Intensif/ICU lebih dari maksimum hari yang tercantum dalam tabel manfaat asuransi, maka biaya perawatan selanjutnya mengacu kepada limit biaya kamar rawat inap.
- d. Biaya Aneka Perawatan di Rumah Sakit
- Penggantian biaya-biaya yang terjadi selama perawatan di Rumah Sakit yang diperlukan secara medis yang mencakup obat-obatan sesuai dengan resep, biaya pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi atau tes diagnostik lain, penggunaan alat-alat medis, biaya perawatan, biaya-biaya terapi, transfusi darah, pemakaian oksigen dan biaya administrasi. Batas jaminan ini adalah per periode rawat inap.
- e. Biaya Pembedahan
- Penggantian biaya-biaya yang wajar terjadi selama proses Pembedahan, yaitu biaya Dokter Bedah, biaya Kamar Bedah, biaya Pembiusan (*Anestesi*) dan alat bantu yang ditanam pada tubuh (pen, screw, IOL dan stent).
- Biaya Dokter Bedah
Penggantian biaya yang wajar yang dibebankan oleh Dokter Bedah sehubungan dengan pembedahan yang dilakukan.
 - Biaya Kamar Bedah
Penggantian biaya kamar bedah, obat-obatan yang diberikan pada saat pembedahan dan sewa alat sesuai dengan penggolongan pembedahan yang tercantum dalam Daftar Pembedahan dan Penggolongannya sebagaimana terlampir dalam Ketentuan Polis.
 - Biaya Pembiusan (*Anestesi*)
Penggantian biaya yang wajar yang dibebankan oleh Dokter Anestesi termasuk biaya obat anestesi sesuai dengan penggolongan pembedahan yang tercantum dalam Daftar Pembedahan dan Penggolongannya sebagaimana terlampir dalam Ketentuan Polis.
 - Alat bantu yang ditanam pada tubuh
Penggantian meliputi biaya Pen, Screw, IOL dan Stent.

- dari Tertanggung, maka akan dikenakan biaya penggantian kartu.
- Premi yang telah dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah termasuk komisi untuk tenaga pemasar/badan usaha pemasar.
 - Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya administrasi, biaya asuransi, biaya pemeliharaan polis, dan biaya lainnya (jika ada).
 - Seluruh biaya tersebut di atas dapat berubah sewaktu-waktu. Namun, Pemegang Polis akan menerima pemberitahuan secara tertulis sebelum perubahan tersebut diberlakukan.
 - Dalam hal seleksi risiko dari Tertanggung tidak standar, maka Penanggung akan mengenakan biaya tambahan Premi (Ekstra Premi).

- Penggantian biaya disesuaikan dengan penggolongan pembedahan yang tercantum dalam Daftar Pembedahan dan Penggolongannya sebagaimana terlampir dalam Ketentuan Polis dengan memperhatikan maksimum biaya yang tertera dalam Manfaat Asuransi.
- (i) Apabila dilakukan 1 (satu) sayatan dalam 1 (satu) kasus pembedahan:
 - Pembedahan dengan jenis penggolongan yang sama maka diganti dengan maksimum 1 (satu) kali benefit dari penggolongan kasus pembedahan yang dilakukan;
 - Pembedahan dengan jenis penggolongan yang berbeda maka diganti dengan maksimum 1 (satu) kali benefit pembedahan yang tertinggi dari penggolongan kasus pembedahan yang dilakukan.
- (ii) Apabila dilakukan 2 (dua) sayatan atau lebih dalam 1 (satu) kasus pembedahan:
 - Pembedahan dengan jenis penggolongan yang sama maka diganti sesuai dengan maksimum benefit 1 (satu) tingkat di atas penggolongan pembedahan yang dilakukan;
 - Pembedahan dengan jenis penggolongan yang berbeda maka diganti sesuai dengan benefit masing-masing penggolongan pembedahan tersebut dengan maksimum penggantian sebesar benefit penggolongan pembedahan tertinggi (kompleks), dengan memperhatikan maksimum biaya yang tertera dalam Daftar Manfaat Asuransi.
- Jika penggolongan pembedahan berdasarkan Rumah Sakit tempat Tertanggung di rawat inap berbeda dengan penggolongan pembedahan berdasarkan Polis sebagaimana tercantum dalam Daftar Pembedahan dan Penggolongannya, maka penggolongan pembedahan yang berlaku adalah penggolongan pembedahan berdasarkan Polis.
- Batas jaminan pembedahan adalah per periode rawat inap.

f. Biaya Kunjungan Dokter

Penggantian atas biaya-biaya yang dikenakan oleh Dokter untuk mengunjungi seorang pasien yang di rawat inap di Rumah Sakit. Batas jaminan adalah harian dan berlaku maksimum 180 (seratus delapan puluh) hari perawatan per tahun sebagaimana tercantum dalam tabel manfaat.

g. Biaya Dokter Spesialis

Penggantian atas biaya-biaya konsultasi yang dikenakan oleh Dokter Spesialis yang telah direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter yang merawat. Batas jaminan adalah harian dan berlaku maksimum 180 (seratus delapan puluh) hari perawatan per tahun sebagaimana tercantum dalam tabel manfaat.

h. Biaya Ambulan

Penggantian atas biaya yang dikenakan oleh Rumah Sakit atau Organisasi yang memberikan jasa ambulan untuk mengangkut seorang Tertanggung ke atau dari Rumah Sakit pada saat diperlukan. Batas jaminan ini adalah per periode rawat inap.

i. Biaya untuk Perawat Pribadi

- Biaya perawat pribadi adalah biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan perawat secara pribadi yang dilakukan di rumah (home care) untuk penyakit stadium akhir. Perawat tersebut harus terdaftar sebagai perawat di Rumah Sakit dimana Tertanggung di Rawat Inap dan atas perintah Dokter yang merawat.
- Batas jaminan adalah harian dan berlaku maksimum 180 (seratus delapan puluh) hari per tahun sebagaimana tercantum dalam tabel manfaat.

j. Santunan Sebelum dan Sesudah Perawatan

Penggantian biaya-biaya seperti jasa konsultasi Dokter Umum, Dokter Spesialis, Obat-obatan dan Tes Laboratorium yang terjadi dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sebelum dan setelah perawatan di Rumah Sakit. Batas jaminan ini adalah per periode rawat inap.

k. Santunan Kematian

Santunan yang dibayarkan apabila Tertanggung meninggal dunia yang disebabkan karena penyakit atau kecelakaan, dan akan dibayarkan dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan tabel manfaat.

l. Biaya Rawat Jalan Darurat dan Perawatan Gigi Khusus Akibat Kecelakaan

Penggantian biaya-biaya rawat jalan yang timbul karena adanya kejadian darurat yang diakibatkan oleh penyakit atau kecelakaan yang termasuk di dalamnya adalah perawatan gigi khusus akibat kecelakaan maksimal sesuai dengan yang tertulis pada tabel manfaat.

m. Evakuasi Medis

Dalam hal tidak tersedianya fasilitas medis yang memadai yang dapat dijangkau dari lokasi dimana Peserta berada. Penanggung akan mengatur proses evakuasi Peserta, dengan pengawasan medis dan menggunakan sarana yang sesuai ke fasilitas medis terdekat yang mampu memberikan perawatan yang diperlukan sesuai dengan plan yang diambil Peserta yang tertulis pada tabel manfaat.

Manfaat Tambahan (Optional)

Rawat Jalan

RAWAT JALAN								
Manfaat Maksimum per peserta	Plan 200*	Plan 300	Plan 400	Plan 500	Plan 750	Plan 1000	Plan 1500	Plan 2000
1. Konsultasi Dokter Umum (per kunjungan, maksimum 20 kunjungan/tahun)	50,000	75,000	85,000	100,000	125,000	150,000	200,000	250,000
2. Konsultasi Dokter Spesialis (per kunjungan, maksimum 10 kunjungan/tahun)	100,000	150,000	175,000	200,000	250,000	300,000	400,000	500,000
3. Biaya Pembelian Obat-Obatan Sesuai Resep Dokter (per tahun)	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	9,250,000	12,750,000	17,750,000	20,000,000
4. Biaya pemeriksaan diagnostik (termasuk lab dan x ray atas perintah dokter) (per tahun)	1,250,000	2,000,000	2,500,000	3,000,000	5,000,000	7,000,000	10,000,000	15,000,000
5. Fisioterapi (per kunjungan, maksimum 10 kunjungan/tahun)	50,000	75,000	100,000	125,000	175,000	250,000	375,000	500,000
6. Biaya Administrasi (per kunjungan, maksimum 30 kunjungan/tahun)	12,500	15,000	17,500	20,000	25,000	30,000	35,000	40,000
Maksimum santunan per tahun	4,275,000	6,250,000	8,000,000	10,000,000	16,500,000	22,500,000	31,500,000	40,000,000

- Plan 200 hanya diperuntukkan untuk penjualan melalui worksite

- Penggantian sebesar 80% dari kuitansi dengan batas maksimum sesuai tabel manfaat

- Berlaku dengan sistem reimbursement

Penggantian sebesar 80% dari kuitansi dengan batas maksimum sesuai tabel manfaat.

a. Konsultasi Dokter Umum

- Penggantian biaya Konsultasi Dokter Umum dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan tabel manfaat Rawat Jalan.
- Konsultasi Dokter Umum termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang dilakukan oleh Perawat.

b. Konsultasi Dokter Spesialis

- Penggantian biaya Konsultasi Dokter Spesialis dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan tabel manfaat Rawat Jalan.
- Pelayanan kesehatan Konsultasi Dokter Spesialis dapat dilakukan langsung tanpa memerlukan rujukan dari Dokter Umum.
- Bila manfaat Konsultasi Dokter Spesialis telah mencapai jumlah maksimal kunjungan untuk satu periode berlaku, maka:
 - Bila manfaat masih tersedia, maka penggantian biaya Konsultasi Dokter Spesialis akan mendapatkan penggantian manfaat sebesar biaya Konsultasi Dokter Umum, dan
 - Mengurangi jumlah manfaat kunjungan Konsultasi Dokter Umum.

c. Biaya Pembelian Obat-Obatan

Penggantian biaya pembelian obat-obatan atas resep Dokter untuk satu periode masa berlaku setinggi-tingginya sebagaimana disebutkan dalam tabel manfaat Rawat Jalan.

d. Biaya Pemeriksaan Diagnostik

Penggantian biaya pemeriksaan diagnostik yang dirujuk oleh Dokter Umum atau Dokter Spesialis untuk satu periode masa berlaku setinggi-tingginya sebagaimana disebutkan dalam tabel manfaat Rawat Jalan.

e. Fisioterapi

Penggantian biaya Fisioterapi yang dirujuk oleh Dokter Umum atau Dokter Spesialis dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan tabel manfaat Rawat Jalan. Dilakukan oleh Fisioterapis bersertifikat atau oleh Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik.

f. Biaya Administrasi

Penggantian biaya administrasi dengan batasan setinggi-tingginya sesuai dengan tabel manfaat Rawat Jalan.

Perawatan Gigi

RAWAT GIGI								
Manfaat Maksimum per peserta	Plan 200*	Plan 300	Plan 400	Plan 500	Plan 750	Plan 1000	Plan 1500	Plan 2000
1 Perawatan Gigi Dasar Termasuk Pencegahan (per tahun)	600,000	700,000	900,000	1,200,000	1,400,000	1,600,000	2,000,000	3,000,000
2 Perawatan Gigi Kompleks (per tahun)	700,000	800,000	1,100,000	1,500,000	1,700,000	2,000,000	2,500,000	4,000,000

a. Perawatan Gigi Dasar Termasuk Pencegahan

Penggantian biaya untuk perawatan gigi dasar termasuk pencegahannya maksimum per tahun sesuai dengan yang tertulis pada tabel manfaat. Penggantian biaya untuk pencegahan termasuk biaya pembersihan karang gigi.

b. Perawatan Gigi Kompleks

Penggantian biaya untuk perawatan gigi kompleks maksimum per tahun sesuai dengan yang tertulis pada tabel manfaat.

PENGECUALIAN

Perlindungan asuransi berdasarkan Polis ini tidak berlaku dan klaim tidak akan dibayarkan oleh Penanggung apabila terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan, secara langsung atau tidak langsung diakibatkan oleh hal-hal sebagai berikut:

MENINGGAL DUNIA

1. Tindakan bunuh diri, percobaan bunuh diri atau pencederaan diri oleh Tertanggung baik yang dilakukan dalam keadaan sadar/waras ataupun dalam keadaan tidak sadar atau tidak waras;
2. Menderita penyakit menular Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), atau infeksi karena Human Immuno-deficiency Virus (HIV) atau penyakit lainnya yang disebabkan oleh atau komplikasi dari AIDS dan HIV tersebut;
3. Pembunuhan yang dilakukan oleh orang yang berkepentingan terhadap Manfaat Asuransi, atau perbuatan kejahatan yang dilakukan dengan sengaja, dibujuk dan atau dibantu oleh mereka yang berkepentingan dalam hal Pertanggungan;
4. Dikenai hukuman mati dalam suatu putusan pengadilan akibat kejahatan yang dilakukan;
5. Dalam kurun waktu 2 (dua) tahun sejak Polis berlaku atau sejak perubahan terakhir terkait perubahan mulai Asuransi/Uang Pertanggungan/Pemulihan Polis maka ketentuan ayat 1 dan 2 pasal ini menjadi tidak berlaku;
6. Keadaan Perang dan dalam tugas militer;
7. Melakukan tindak pidana;
8. Bencana alam;
9. Kecelakaan sebagai penumpang pesawat terbang: dari perusahaan penerbangan non komersial, atau dari perusahaan penerbangan komersial tetapi tidak sedang menjalani jalur penerbangan untuk pengangkutan umum yang berjadwal tetap dan teratur, atau Helicopter;
10. Berada dalam keadaan mabuk yang disebabkan karena alkohol, narkotika atau obat-obatan yang tidak menggunakan resep dokter atau menghirup racun atau gas kecuai secara tidak sengaja karena pekerjaannya;
11. Kegiatan olahraga (sport) atau kesenangan/hobi Tertanggung yang mengandung bahaya seperti balap mobil, balap sepeda motor, balap kuda, terbang layang, olahraga terbang, selancar air atau berenang di lepas pantai, mendaki gunung, tinju, gulat dan kegiatan olahraga/hobi lainnya yang dapat dipersamakan dengan itu, sepanjang olahraga dan kesenangan/hobi tersebut tidak dipertanggungkan.

RAWAT INAP dan RAWAT JALAN

1. Penyakit tersebut di Rawat Inap tanpa rekomendasi Dokter;
2. Penyakit tersebut termasuk dalam Pre-Existing Condition (kondisi penyakit yang sudah ada sebelum menjadi Tertanggung Asuransi), kecuali Polis telah berlaku selama 12 (dua belas) bulan berturut-turut;

PT BNI Life Insurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

3. Perawatan Rumah Sakit yang terjadi atau dimulai dalam masa tunggu 30 (tiga puluh) hari Polis dinyatakan berlaku untuk diri Tertanggung, kecuali karena Kecelakaan;
4. Pemeriksaan fisik secara berkala, Medical Check Up atau pemeriksaan penunjang yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa dari penyakit yang ditanggung;
5. Perawatan dan/atau pengobatan untuk mengurangi atau menambah berat badan;
6. Perawatan pengobatan yang berkaitan dengan kosmetik, termasuk bedah plastik, kecuali untuk bedah plastik rekonstruksi fungsional akibat kecelakaan yang dilakukan maksimum 30 (tiga puluh) hari setelah kecelakaan terjadi;
7. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan:
 - Kelainan bawaan dan/atau cacat fisik bawaan, keterlambatan tumbuh kembang
 - Hernia dibawah usia 10 (sepuluh) tahun
8. Kelainan/gangguan kejiwaan atau syaraf termasuk psikosis, neurosis, stress, depresi, psikiatrik dan manifestasi fisiologis atau psikosomatisnya, dan perawatan penyalahgunaan obat, kecanduan alkohol dan obat;
9. Pengobatan yang berkaitan dengan transplantasi organ (sebagai pendonor maupun penerima donor);
10. Semua alat penunjang atau alat bantu buatan atau bahan sintetik baik yang diluar atau melekat pada tubuh, termasuk namun tidak terbatas pada kursi roda, kruk, anggota tubuh palsu, alat pacu jantung, alat bantu dengar, alat bantu penglihatan, kecuali alat penunjang atau alat bantu yang dibutuhkan pada saat pembedahan di kamar operasi seperti Stent, Pen, K- Wire, Intra Okuler Lensa dan sejenisnya;
11. Dialisa, termasuk semua perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan Dialisa;
12. Perawatan dan pengobatan eksperimental, tradisional dan/atau alternatif yang diluar ilmu kedokteran barat yang tidak terbatas pada akupunktur (kecuali akupunktur yang dilakukan oleh dokter), Sinshe, Dukun patah tulang, Paranormal, Chiropractor, Naturopath, Holistik, Klinik pengobatan alami dan sejenisnya;
13. Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan :
 - Infertilitas, termasuk Inseminasi Buatan, Bayi Tabung dan Kesuburan
 - Endometriosis
 - Impotensi
 - Semua terapi hormonal yang berkaitan dengan syndrome Premenopause
14. Kelainan refraksi mata, termasuk perawatan dan pengobatan yang berkaitan dengan kelainan refraksi mata;
15. Sunat yang tidak berhubungan dengan suatu penyakit atau kecelakaan;
16. Pengobatan dan/atau perawatan yang berkaitan dengan:
 - HIV/AIDS, termasuk penyakit/kondisi yang berkaitan dengan HIV/AIDS
 - Penyakit menular seksual
17. Biaya Non Medis, namun tidak termasuk biaya administrasi;
18. Vitamin tanpa rekomendasi dan indikasi medis dari dokter;
19. Zat makanan pelengkap (Food Supplement);
20. Imunisasi, termasuk perawatan dan pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya;
21. Keluarga Berencana, termasuk perawatan dan pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya;
22. Perawatan dan/atau pengobatan akibat:
 - Terlibat aktif dalam perang, kerusuhan, huru hara, perkelahian atau perbuatan kejahatan
 - Luka yang disengaja serta percobaan bunuh diri
23. Perawatan dan/atau pengobatan karena keikutsertaan dalam aktivitas atau olah raga berbahaya yaitu:
 - Mendaki gunung, panjat tebing, panjat gedung, bungee jumping, arung jeram
 - Olahraga berkuda
 - Tinju serta segala jenis olah raga dengan kontak fisik
 - Segala aktivitas terbang di udara (terjun payung, terbang layang, sky diving, ultralite, dll)
 - Segala aktivitas lomba kecepatan dengan kendaraan bermesin (balap mobil, motor, perahu, dan lain-lainnya)
24. Perawatan dan/atau pengobatan yang diakibatkan karena Tertanggung melakukan: penerbangan dengan menggunakan pesawat udara carteran, militer/polisi, atau helikopter;
25. Rawat jalan bukan akibat kecelakaan, kecuali Polis dilengkapi dengan benefit rawat jalan.
26. Kontrol kehamilan, keguguran, kemandulan dan semua komplikasinya;
27. Perawatan dan pengobatan yang telah mendapatkan penggantian dari Asuransi kesehatan, Jamsostek atau pihak lain;
28. Radiasi ion atau pencemaran karena radioactive dari bahan/limbah nuklir.

PERAWATAN GIGI

1. Perawatan yang berhubungan dengan kecantikan
2. Pemasangan kawat gigi, crown, whitening

PERSYARATAN DAN TATA CARA	
Syarat Kepesertaan Persyaratan yang harus dipenuhi oleh calon Pemegang Polis untuk mengikuti kepesertaan adalah Usia Masuk: • Pemegang Polis: 17 – 60 tahun • Tertanggung Utama: 17 – 60 tahun • Tertanggung Tambahan: 6 bulan – 60 tahun Kelengkapan dokumen pengajuan asuransi jiwa sebagai berikut: - Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ); - Fotokopi identitas diri yang masih berlaku; - Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Personal (Ilustrasi); - Dokumen pendukung lainnya (jika diperlukan) sebagai syarat penerbitan Polis. Tata Cara Pembelian Produk - Model bisnis jalur referensi. - Bank BNI akan mereferensikan Nasabah ke BNI Life. - BNI Life melakukan penawaran kepada calon Pemegang Polis untuk produk Maksima Sehat. - Apabila calon Pemegang Polis menyatakan setuju untuk produk Maksima Sehat, maka BNI Life akan membantu dalam proses penutupan. - BNI Life akan mengirimkan Polis kepada Pemegang Polis.	Anda dapat menyampaikan pertanyaan dan pengaduan melalui: PT BNI Life Insurance Contact center BNI Life <i>Email:</i> care@bni-life.co.id <i>Customer care:</i> 1-500-045 Surat atau tatap muka langsung dengan staf <i>customer care</i> di Kantor Pusat yang beralamat di: PT BNI Life Insurance Centennial Tower 11th Floor Jl. Gatot Subroto Kavling 24-25 Jakarta 12930

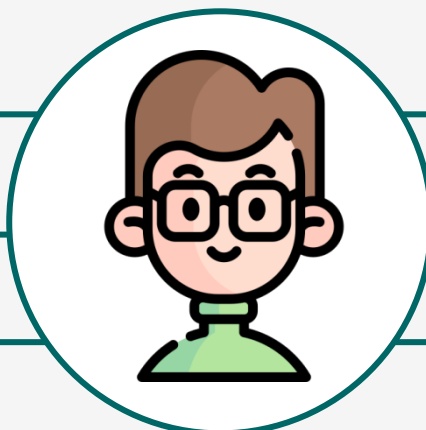
SIMULASI

Nama Tertanggung: **Tuan A**

Jenis Kelamin: **Laki-laki**

Tanggal Lahir: **26 Januari 1991**

Usia Tertanggung: **35 tahun**



Mata Uang Polis: **Rupiah (IDR)**

Premi Rawat Inap: **Rp3.840.100,-**

Premi Rawat Jalan: **Rp3.009.100,-**

Total Premi: **Rp6.849.200,-**

Uang Pertanggungan: **Rp6.000.000**

Plan yang diambil: **Plan 500**

Periode Bayar Premi: **Tahunan**

Tanggal Mulai Polis Berlaku: **1 Januari 2026**

MANFAAT ASURANSI

1. RAWAT INAP

Penggantian 100% dari kuitansi dengan batas maksimum sebagai berikut:

RAWAT INAP			
Manfaat Maksimum			Plan 500
per peserta			
1	Biaya Kamar	180 hari/tahun	500,000
2	Biaya Kamar Semi ICU/Isolasi	10 hari/tahun	600,000
3	Biaya Kamar ICU	maksimum 20 hari/tahun	750,000
4	Biaya Aneka Perawatan di RS	per periode rawat inap	9,000,000
5	Biaya Pembedahan		
	a. Operasi Kompleks	per periode rawat inap	85,000,000
	b. Operasi Besar	per periode rawat inap	55,000,000
	c. Operasi Sedang	per periode rawat inap	40,000,000
	d. Operasi Kecil	per periode rawat inap	30,000,000
6	Biaya Kunjungan Dokter	180 hari/tahun	85,000
7	Biaya Dokter Spesialis	180 hari/tahun	170,000
8	Biaya Ambulan	per periode rawat inap	350,000
9	Biaya untuk perawat pribadi	180 hari/tahun	130,000
10	Santunan sebelum dan sesudah perawatan	per periode rawat inap	2,000,000
11	Santunan kematian		6,000,000
12	Biaya rawat jalan darurat & perawatan gigi khusus akibat kecelakaan	per kejadian	5,000,000
13	Evakuasi Medis		Tersedia

- Menggunakan fasilitas Provider BNI Life – AdMedika
- Berlaku dengan sistem cashless, kecuali untuk point 9, 10 dan 12 berlaku sistem reimbursement

2. RAWAT JALAN

Penggantian 80% dari kuitansi dengan batas maksimum sebagai berikut:

RAWAT JALAN			
Manfaat Maksimum			Plan 500
per peserta			
1	Konsultasi Dokter Umum	20 kunjungan/tahun	100,000
2	Konsultasi Dokter Spesialis	10 kunjungan/tahun	200,000
3	Biaya Pembelian Obat-Obatan Sesuai Resep Dokter	per tahun	5,000,000
4	Biaya pemeriksaan diagnostik atas perintah dokter	per tahun	3,000,000
5	Fisioterapi	10 kunjungan/tahun	125,000
6	Biaya Administrasi	30 kunjungan/tahun	20,000

- Berlaku dengan sistem reimbursement

INFORMASI TAMBAHAN

A. Definisi-definisi penting:

1. Pemegang Polis adalah seseorang atau badan hukum yang mengadakan perjanjian Asuransi Jiwa atau Penggantinya dengan Penanggung.
2. Tertanggung Utama adalah seseorang yang kesehatannya diasuransikan berdasarkan Polis ini yang namanya tercantum dalam Ringkasan Polis dan harus mempunyai hubungan keluarga dengan Pemegang Polis.
3. Tertanggung Tambahan Pasangan adalah Pasangan Tertanggung Utama yang sah secara hukum dari Pemegang Polis dan diasuransikan berdasarkan Polis ini.
4. Tertanggung Tambahan Anak adalah Anak dari Tertanggung Utama yang sah secara hukum dari Pemegang Polis dan diasuransikan berdasarkan Polis ini.
5. Masa Leluasa (*Grace Period*) adalah masa tenggang/leluasa pembayaran Premi, pada saat pertanggungan tetap berlaku.
6. Masa Mempelajari Polis (*Cooling-off Period*) adalah periode waktu tertentu, terhitung sejak Polis diterima oleh Pemegang Polis dan diberikan kepada Pemegang Polis untuk dipelajari dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan tersebut telah sesuai dengan keinginan serta kebutuhan Pemegang Polis.

B. Prosedur, tata cara, dan syarat:

1. Mekanisme Pengajuan Klaim
 - 1) Polis masih berlaku.
 - 2) Berdasarkan biaya yang wajar, dibuktikan dengan bukti pembayaran yang sah dan perawatan tersebut dibutuhkan secara medis.
 - 3) Sistem penjaminan di Rumah Sakit akan diberikan apabila kelas kamar sesuai dengan plan yang diambil, diagnosa tidak meragukan, bukan termasuk dalam masa tunggu pertanggungan, bukan termasuk dalam *Pre-existing Condition*, bukan termasuk dalam penyakit khusus dan bukan termasuk dalam Pengecualian.
 - 4) Perawatan Kesehatan disebabkan oleh penyakit atau cedera yang tidak dikecualikan.
 - 5) Dalam satu Masa Asuransi, berlaku Rawat Inap masing-masing Tertanggung tidak lebih dari jangka waktu yang disebutkan dalam Daftar Manfaat Asuransi.
 - 6) Jika kategori pembedahan pada Rumah Sakit tempat Tertanggung dirawat berbeda dengan kategori pembedahan berdasarkan Polis sebagaimana tercantum dalam Daftar Pembedahan, maka tindakan bedah yang berlaku adalah tindakan bedah berdasarkan Polis (Daftar Pembedahan). Apabila tindakan bedah yang dilakukan tidak tercantum dalam Polis, maka penggantinya akan disetarakan dengan tindakan bedah untuk Penyakit tersebut.
 - 7) Apabila Pemegang Polis mempunyai lebih dari 1 (satu) Polis Asuransi Kesehatan yang sama dari Penanggung dan/atau dari Asuransi lain dengan Tertanggung yang sama maka pertanggungan berlaku dengan ketentuan *Coordination of Benefit* (COB), dimana apabila terjadi kelebihan biaya karena maksimum Manfaat Asuransi dari salah satu Polis Asuransi Kesehatan yang dimiliki sudah terpenuhi, maka Polis yang lain hanya akan menanggung kelebihan biaya tersebut (maksimal sesuai plan), dibuktikan dengan salinan bukti pembayaran (kuitansi) serta surat keterangan pembayaran asli dari Asuransi lain tersebut.
 - 8) Masa Tunggu perawatan karena sakit 30 (tiga puluh) hari.
 - 9) Perawatan akibat kecelakaan tidak dikenakan masa tunggu.
 - 10) Jika kamar dengan tarip sama dengan jaminan Manfaat Asuransi Tertanggung tidak tersedia atau penuh (dibuktikan dengan surat keterangan dari Rumah Sakit) atau tarip kamar ICU tidak sesuai dengan Plan yang diambil, maka:
 - a. Tertanggung diperkenankan mengambil kamar dengan tarip kamar yang lebih rendah; atau
 - b. Tertanggung diperkenankan menempati kamar sesuai dengan Plan atau lebih tinggi tetapi selisih biaya akan diperlakukan sebagai *excess claim* dan ditagih ditempat.
 - c. *Reimbursement* dengan penggantian sebesar manfaat *inner limit* dari Plan yang diambil.
 - 11) Pengajuan Klaim Penyampaian dokumen klaim harus diajukan secara tertulis paling lambat 60 (enam puluh) hari kalender sejak tanggal pelayanan atau perawatan yang diterima Tertanggung. Pengajuan ulang klaim harus dilengkapi selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari kalender oleh Tertanggung terhitung sejak tanggal pengembalian dokumen klaim.
 - a. Rawat Inap

- Copy identitas diri Tertanggung;
 - Kuitansi asli dari Rumah Sakit beserta perincian biaya (disertai tanggal, stempel, tanda tangan, alamat, dan nomor telepon) dan bermaterai;
 - Kuitansi foto copy legalisir dengan menyertakan keterangan penggantian dari instansi lainnya (koordinasi manfaat/Coordination of Benefit);
 - Surat keterangan/resume medis dari Rumah Sakit;
 - Copy resep obat-obatan dari Rumah Sakit;
 - Copy kesimpulan hasil penunjang diagnostic (laboratorium, radiology, MRI, Scan) (jika ada).
- b. Rawat Jalan
- Copy identitas diri Tertanggung;
 - Kuitansi asli dari Dokter praktik atau Rumah Sakit beserta perincian biaya (disertai tanggal, stempel, tanda tangan, alamat, dan nomor telepon) dan bermaterai;
 - Kuitansi foto copy legalisir dengan menyertakan keterangan penggantian dari instansi lainnya (koordinasi manfaat/Coordination of Benefit);
 - Surat keterangan Dokter (diagnosa Dokter);
 - Copy resep obat-obatan dari Dokter praktik atau apotik;
 - Copy kesimpulan hasil penunjang diagnostic (laboratorium, radiology, MRI, Scan) (jika ada).
- c. Meninggal Dunia
- Polis asli beserta lampiran-lampirannya;
 - Formulir pengajuan klaim;
 - Copy identitas diri Pemegang Polis dan Tertanggung;
 - Copy akte kematian dari catatan sipil setempat;
 - Berita acara dari Kepolisian asli/copy legalisir jika Meninggal Dunia karena Kecelakaan;
 - Surat keterangan penyebab Meninggal Dunia (Resume medis) dari Rumah Sakit/Dokter yang merawat;
 - Surat keterangan kematian dari Rumah Sakit dan kelurahan;
 - Surat Kuasa dan pelimpahan wewenang dari Pemegang Polis/Penerima Manfaat untuk meminta keterangan dari pihak ketiga (jika diperlukan);
 - Dokumen-dokumen pendukung lainnya (jika diperlukan).
 - Pengajuan klaim Meninggal Dunia karena Kecelakaan, penggantian akan diberikan sesuai Manfaat Asuransi selama Tertanggung dalam posisi sesuai dengan peraturan hukum yang berlaku.
- 12) Apabila Pemegang Polis dan/atau Tertanggung mengajukan dokumen klaim tidak secara lengkap, Penanggung akan menganggap sebagai klaim yang belum diajukan.
- 13) Penanggung berhak mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari Rumah Sakit dan/atau pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Tertanggung

2. Persyaratan Pengajuan Layanan Polis

- 1) Pengajuan Penutupan Polis setelah melewati atau dalam masa *Cooling off Period*
 - a. Formulir Tutup Polis (Surrender & COP)
 - b. Copy ID Pemegang Polis;
 - c. Buku Polis Asli (diperlukan hanya jika pengiriman awal polisnya hardcopy)
*jika Polis yang diterbitkan dalam bentuk elektronik tidak diwajibkan dokumen ikhtisar polis/e-policy
 - d. Surat Kehilangan dari Kepolisian (dibutuhkan jika Polis Asli hardcopy hilang)
 - e. Surat Pernyataan Kehilangan Polis dari Pemegang Polis (dibutuhkan jika Polis hilang atau tidak terima polis)
 - f. Perubahan/Surat Kuasa Penunjukan PIC jika nama PP berbadan usaha / Perusahaan dan terdapat pergantian kepengurusan.
- 2) Pengajuan Penghapusan dan Penambahan Asuransi Tambahan (Rider)
 - a. Formulir Perubahan Rider;
 - b. Copy ID Pemegang Polis;
 - c. Copy ID Tertanggung (jika Tertanggung berbeda dgn PP) – khusus pengajuan penambahan rider
 - d. Formulir Pernyataan Kesehatan – khusus pengajuan penambahan rider
 - e. Ilustrasi Perubahan – khusus pengajuan penambahan rider
 - f. Surat Pernyataan (Jika diperlukan) – khusus pengajuan penghapusan rider.

Pengajuan Layanan Polis dapat dilakukan melalui Tenaga Pemasar dan/atau Layanan Walk-in Customer care maupun melalui sistem BPos yang tersedia pada website resmi BNI Life. Ketentuan serta informasi lebih lanjut terkait pengajuan dan layanan lainnya dapat diakses melalui BPos pada website resmi BNI Life.

A. Penyelesaian Keluhan:

1. Pemegang Polis dapat mengajukan keluhan kepada Penanggung melalui lisan dan pengaduan lisan akan diproses paling lambat 5 (lima) hari kerja sejak pengaduan diterima oleh Penanggung. Dalam hal Penanggung membutuhkan dokumen pendukung atas pengaduan yang disampaikan oleh Pemegang Polis secara lisan maka Penanggung dapat meminta Pemegang Polis untuk menyampaikan pengaduan secara tertulis dengan melampirkan dokumen pendukung yang dibutuhkan.
2. Apabila Pemegang Polis memiliki kendala/pengaduan terhadap Polis ini maka dapat menyampaikan pengaduannya melalui tertulis dengan melengkapi dokumen sebagai berikut:
 - 1) Surat Pengaduan yang menjelaskan masalah yang diadukan.
 - 2) Apabila pengaduan bukan dari Pemegang Polis maka wajib melengkapi dokumen berupa Surat Kuasa dari Pemegang Polis ditanda tangani diatas materai.
 - 3) Pemegang Polis dan yang dikuasakan melampirkan Salinan identitas diri yang masih berlaku.
 - 4) Dokumen pendukung pengaduan lainnya.
3. Penanggung akan melakukan verifikasi atas pengaduan yang telah diterima. Dalam proses verifikasi pengaduan yang disampaikan oleh Pemegang Polis maka Penanggung dapat meminta kelengkapan dokumen pengaduan kepada Pemegang Polis serta memberikan waktu kepada Pemegang Polis untuk melengkapi paling lambat 10 (sepuluh) hari kerja.
4. Apabila dalam kondisi tertentu Pemegang Polis belum dapat melengkapi dokumen pengaduan yang dibutuhkan oleh Penanggung maka Penanggung akan memberikan perpanjangan jangka waktu kepada Pemegang Polis paling lambat 10 (sepuluh) hari kerja. Kondisi tertentu yang dimaksud, antara lain:
 - 1) Dokumen yang diperlukan tidak berada pada domisili Pemegang Polis; dan/atau
 - 2) Terdapat hal lain yang berada di luar kendali Pemegang Polis.
5. Pengaduan secara tertulis akan diproses dalam waktu 10 (sepuluh) hari kerja terhitung sejak dokumen pengaduan diterima secara lengkap di unit Penanganan Pengaduan Nasabah. Dalam kondisi tertentu, pengaduan dapat diperpanjang 10 (sepuluh) hari kerja dengan pemberitahuan kepada Pemegang Polis sehingga pengaduan akan diselesaikan paling lambat 20 (dua puluh) hari kerja dari tanggal pengaduan diterima. Kondisi tertentu yang dimaksud, antara lain:
 - 1) Kantor yang menerima pengaduan tidak sama dengan kantor tempat terjadinya permasalahan yang diadukan dan terdapat kendala komunikasi di antara kedua kantor tersebut;
 - 2) Pengaduan yang disampaikan oleh konsumen memerlukan penelitian khusus terhadap dokumen pengaduan; dan/atau
 - 3) Terdapat hal lain yang berada diluar kendali.

B. Perubahan:

1. Dalam hal perubahan data kepesertaan yang tidak mempengaruhi Manfaat Asuransi, maka perubahan dapat dilakukan kapanpun berdasarkan persyaratan yang ditetapkan Penanggung.
2. Dalam hal penambahan/perubahan/pengurangan Manfaat Asuransi, hanya dapat dilakukan pada saat perpanjangan Polis
3. Dalam hal Pemegang Polis ingin meningkatkan Manfaat Asuransi, maka perubahan ini dapat diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1) Kenaikan manfaat asuransi hanya diperbolehkan 2 (dua) tingkat dari manfaat sebelumnya.
 - 2) Pemegang Polis mengajukan permohonan tertulis disertai dokumen penunjang.
 - 3) Tertanggung tersebut harus dalam keadaan sehat dan tidak sedang dirawat di Rumah Sakit.
 - 4) Dilakukan pada saat perpanjangan Polis.
4. Sehubungan dengan butir 2 dan 3 diatas, Penanggung berhak meminta bukti atau keterangan tambahan kepada Pemegang Polis.
5. Penanggung mempunyai hak untuk melakukan perubahan ketentuan Polis ini terhadap seluruh Pemegang Polis yang terdaftar di Penanggung pada saat perpanjangan Polis. Penanggung akan memberitahukan kepada Pemegang Polis 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum perubahan Polis.
6. Dalam hal adanya perubahan Polis, maka Penanggung akan menerbitkan Endorsement

C. Berakhirnya Pertanggungan:

Pertanggungan menjadi berakhir karena hal-hal berikut, mana yang lebih dahulu terjadi:

1. Adanya permintaan pengakhiran Asuransi yang diajukan secara tertulis dari Pemegang Polis kepada Penanggung; atau
2. Polis tidak diperpanjang oleh Penanggung; atau
3. Premi tidak dibayarkan setelah melewati Masa Leluasa; atau
4. Pada akhir tahun Polis ketika Usia Tertanggung mencapai 70 (tujuh puluh) tahun; atau
5. Berakhirnya Asuransi pada Pasal ini, tidak mempengaruhi klaim-klaim yang telah diajukan sebelum tanggal efektif berlakunya pengakhiran Asuransi; atau

6. Apabila pada hari terakhir Masa Asuransi Tertanggung masih di Rawat Inap di Rumah Sakit, maka batas waktu berakhirnya jaminan akan diperpanjang sampai Tertanggung keluar dari Rumah Sakit atau Manfaat Asuransi Tertanggung (sesuai plan yang diambil) telah habis, mana yang lebih dulu terjadi.

Mengenai penghentian atau pengakhiran Asuransi, Para Pihak setuju mengesampingkan berlakunya ketentuan-ketentuan yang termuat dalam Pasal 1266 dan 1267 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, sehingga untuk maksud tersebut tidak diperlukan lagi keputusan Pengadilan.

- D. Tenaga Pemasar yang melakukan pemasaran produk asuransi telah terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) atau Asosiasi Asuransi Jiwa yang ditunjuk oleh OJK.**
- E. Produk Asuransi ini telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan PT BNI Life Insurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.**
- F. Anda akan menerima penawaran produk lain dari Pihak Ketiga apabila menyetujui untuk membagikan data Pribadi.**
- G. Informasi lain mengenai biaya, manfaat, dan risiko dapat diakses melalui web resmi www.bni-life.co.id.**

Penafian/Disclaimer (penting untuk dibaca)

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