

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN/ATAU LAYANAN VERSI UMUM

SOLUSI PROTEKSI SEHAT

Nama Penerbit	PT BNI Life Insurance	Deskripsi Produk	Solusi Proteksi Sehat merupakan produk perlindungan Asuransi Kesehatan yang memberikan manfaat santunan perawatan rumah sakit karena penyakit dan/atau kecelakaan, santunan harian rawat inap ICU, santunan kunjungan dokter spesialis, santunan pembedahan, santunan meninggal dunia karena penyakit dan/atau kecelakaan, dan pengembalian premi.
Nama Produk	Solusi Proteksi Sehat		
Mata Uang	Rupiah (IDR)		
Jenis Produk	Asuransi Kesehatan		

FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN

Usia Masuk Tertanggung	- Tertanggung Utama : 21 - 59 tahun - Tertanggung Pasangan : 18 - 59 tahun - Tertanggung Anak : 6 bulan - 17 tahun Sesuai ulang tahun terakhir
Usia Masuk Pemegang Polis	21 - 59 tahun Sesuai ulang tahun terakhir
Uang Pertanggungan	Sesuai dengan plan yang dipilih
Premi	Besaran premi ditentukan oleh pilihan plan, cara bayar, dan usia Tertanggung Diskon Premi Pasangan berdasarkan klasifikasi plan: - Silver: 5% - Gold: 10% - Platinum: 15%
Masa Pertanggungan	1 tahun dan dapat diperpanjang sampai dengan Tertanggung berusia 65 tahun untuk dewasa dan 23 tahun untuk anak
Periode Bayar Premi	Bulanan atau tahunan
Masa Tunggu	15 hari kalender sejak Tanggal Mulai Polis Berlaku

MANFAAT

1. Santunan Perawatan Rumah Sakit karena Penyakit dan/atau Kecelakaan

Dengan ketentuan bahwa Pemegang Polis dan atau Tertanggung telah memenuhi semua kewajibannya berdasarkan Polis dan tunduk pada segala ketentuan dalam Polis, Penanggung akan membayarkan santunan kepada Tertanggung, apabila selama masa Polis berlaku Tertanggung menjalani Perawatan Rumah Sakit yang disebabkan oleh Penyakit dan/atau Cedera Tubuh akibat Kecelakaan dalam jumlah santunan per hari dan untuk jangka waktu Perawatan Rumah Sakit maksimum sebagaimana diatur poin b

Syarat-syarat dan Ketentuan-ketentuan pemberian santunan Perawatan Rumah Sakit:

- Perawatan dan Pengawasan Dokter
Tertanggung harus berada dalam perawatan teratur dan pengawasan Dokter.
- Jangka Waktu Perawatan Rumah Sakit
Dengan memperhatikan poin c, santunan tunai harian atas Perawatan Rumah Sakit di kamar perawatan selain di Intensive Care Unit (ICU) untuk setiap Penyakit dan/atau Cedera Tubuh akibat Kecelakaan yang diderita oleh Tertanggung akan diberikan untuk jangka waktu sesuai Plan yang diambil oleh Pemegang Polis atau Tertanggung yaitu:
 - Tidak Tidak melebihi 60 (enam puluh) hari per kejadian per tahun Polis untuk Plan A, Plan B klasifikasi Plan Silver dan Plan C klasifikasi Plan Gold; atau

RISIKO

Risiko yang mungkin terjadi dalam membeli produk Solusi Proteksi Sehat adalah risiko individual, yaitu terdapat potensi kerugian yang lebih besar jika klaim melebihi manfaat yang seharusnya diterima.

BIAYA - BIAYA

- Biaya-biaya yang terkait dengan biaya bank ditanggung oleh Pemegang Polis.
- Biaya pembatalan dalam masa mempelajari Polis

- Tidak melebihi 90 (sembilan puluh) hari per kejadian per tahun Polis untuk Plan D, Plan E klasifikasi Plan Gold dan Plan H klasifikasi Plan Platinum; atau
 - Tidak melebihi 120 (seratus dua puluh) hari per kejadian per tahun Polis untuk Plan F dan Plan G klasifikasi Plan Gold, serta Plan I dan Plan J klasifikasi Plan Platinum.
- c. Perawatan Rumah Sakit Yang Berulang Perawatan Rumah Sakit bagi Tertanggung yang terjadi saat berlakunya Polis, yang diakibatkan oleh Penyakit dan/atau Cedera Tubuh akibat Kecelakaan yang sama, atau yang berhubungan langsung dengan Perawatan Rumah Sakit sebelumnya yang santunannya telah dibayarkan dan terjadi dalam waktu yang tidak melebihi 12 (dua belas) bulan setelah Perawatan Rumah Sakit yang diakibatkan oleh Penyakit dan/atau Cedera Tubuh akibat Kecelakaan yang sama akan dianggap sebagai kelanjutan dari Perawatan Rumah Sakit sebelumnya. Hal tersebut diatas akan digunakan untuk menentukan :
- Jangka Waktu Perawatan Rumah Sakit sebagaimana disebutkan pada poin b;
 - Jangka waktu hari perawatan ICU sebagaimana disebutkan pada Manfaat Santunan untuk Perawatan ICU;
 - Jangka waktu hari Kunjungan Dokter Spesialis sebagaimana disebutkan pada manfaat Santunan Kunjungan Dokter Spesialis.
- d. Tambahan atas Santunan Asuransi Lain
Santunan yang akan diberikan berdasarkan Polis akan dibayarkan sebagai tambahan atas santunan asuransi lainnya yang menjadi hak Tertanggung.
- e. Fasilitas Cashless
Penanggung memberikan layanan penggunaan fasilitas cashless di jaringan Provider yang dimiliki Penanggung kepada :
- Setiap Tertanggung di Plan C, Plan D, Plan E, Plan F dan Plan G Klasifikasi Plan Gold; atau
 - Setiap Tertanggung di Plan H, Plan I dan Plan J Klasifikasi Plan Platinum

2. Santunan untuk Perawatan ICU

Apabila selama perawatan di Rumah Sakit akibat suatu Penyakit dan/atau Cedera Tubuh akibat Kecelakaan mengakibatkan Tertanggung harus menjalani perawatan khusus di Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit yang terjadi dalam masa berlakunya Polis, maka Penanggung akan membayar santunan harian perawatan khusus di Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit tersebut atas setiap Penyakit dan/atau Cedera Tubuh akibat Kecelakaan sebagaimana yang tertera dalam Ringkasan Polis, dan akan diberikan untuk jangka waktu sesuai Plan yang diambil oleh Pemegang Polis atau Tertanggung yaitu

- Tidak melebihi 30 (tiga puluh) hari per kejadian per tahun Polis untuk Plan A, Plan B Klasifikasi Plan Silver dan Plan C Klasifikasi Plan Gold; atau
- Tidak melebihi 45 (empat puluh lima) hari per kejadian per tahun Polis untuk Plan D, Plan E Klasifikasi Plan Gold dan Plan H Klasifikasi Plan Platinum; atau
- Tidak melebihi 60 (enam puluh) hari per kejadian per tahun Polis untuk Plan F dan Plan G, Plan I dan Plan J.

3. Santunan Kunjungan Dokter Spesialis

Dengan memperhatikan syarat-syarat yang diatur dalam Manfaat Santunan Perawatan Rumah Sakit karena Penyakit dan/atau Kecelakaan, apabila Tertanggung telah menjalani Perawatan Rumah Sakit dan terdapat tagihan Biaya Kunjungan Dokter Spesialis maka Penanggung akan membayarkan sebesar santunan harian biaya Kunjungan Biaya Dokter Spesialis sebagaimana yang tertera dalam Ringkasan Polis dan akan diberikan untuk jangka waktu sesuai Plan yang diambil oleh Pemegang Polis atau Tertanggung yaitu :

- Tidak Tidak melebihi 60 (enam puluh) hari per kejadian per tahun Polis untuk Plan A, Plan B Klasifikasi Silver dan Plan C Klasifikasi Gold; atau
- Tidak melebihi 90 (sembilan puluh) hari per kejadian per tahun Polis untuk Plan D, Plan E Klasifikasi Gold dan Plan H Klasifikasi Platinum; atau
- Tidak melebihi 120 (seratus dua puluh) hari per kejadian per tahun Polis untuk Plan F dan Plan G Klasifikasi Gold, serta Plan I dan Plan J Klasifikasi Platinum.

(Cooling-Off Period) adalah sebesar Rp50.000 (lima puluh ribu rupiah).

3. Biaya pencetakan ulang buku Polis adalah sebesar Rp50.000 (lima puluh ribu rupiah).
4. Seluruh biaya tersebut di atas dapat berubah sewaktu-waktu. Namun, Pemegang Polis akan menerima pemberitahuan secara tertulis sebelum perubahan tersebut diberlakukan.
5. Premi yang telah dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah termasuk komisi untuk tenaga pemasar/badan usaha pemasar.

4. Santunan Meninggal Dunia

Apabila selama masa Polis berlaku Tertanggung meninggal dunia, sesuai dengan ketentuan, syarat dan pengecualian yang tercantum dalam Polis maka Penanggung akan membayar Santunan sebesar sebagaimana tercantum dalam Ringkasan Polis kepada ahli waris menurut hukum yang berlaku.

5. Pengembalian Premi

Dengan ketentuan bahwa Pemegang Polis dan/atau Tertanggung telah memenuhi semua kewajibannya berdasarkan Polis dan tunduk pada segala ketentuan dalam Polis, Penanggung akan membayarkan Pengembalian Premi sebesar 50% (lima puluh persen) dari total Premi yang telah dibayarkan selama 60 (enam puluh) bulan berturut-turut. Apabila program asuransi ini dibatalkan oleh Pemegang Polis atau Penanggung sebelum jatuh tempo pengembalian premi, maka Pemegang Polis tidak berhak untuk menerima pengembalian premi yang belum jatuh tempo tersebut.

6. Santunan Pembedahan karena Penyakit dan/atau Kecelakaan

Apabila selama masa Polis berlaku Tertanggung menjalani pembedahan di dalam satu periode perawatan di Rumah Sakit, maka Penanggung akan membayar santunan pembedahan yang merupakan perkalian persentase untuk pembedahan seperti tercantum pada tabel pembedahan dengan santunan pembedahan yang tercantum dalam Ringkasan Polis

PILIHAN PLAN MANFAAT ASURANSI

Manfaat	Silver	
	Plan A	Plan B
Santunan harian rawat inap di rumah sakit karena sakit dan/atau kecelakaan	300.000	400.000
Maksimum lama santunan harian rawat inap di rumah sakit untuk setiap penyakit dan/atau cedera kecelakaan per kejadian per tahun	60 hari	60 hari
Santunan rawat inap ICU karena sakit dan/atau kecelakaan per kejadian per tahun	-	-
Maksimum lama santunan rawat inap ICU di rumah sakit untuk setiap penyakit dan/atau cedera kecelakaan per kejadian per tahun	-	-
Santunan kunjungan dokter spesialis per hari per kejadian per tahun	-	-
Santunan pembedahan (<i>surgery</i>) per periode kejadian rawat inap	-	-
Santunan meninggal dunia karena sakit dan/atau kecelakaan	5.000.000	7.500.000
Pengembalian Premi sebesar 50%	Tersedia	Tersedia
Fasilitas <i>cashless</i>	-	-

Manfaat	Gold				
	Plan C	Plan D	Plan E	Plan F	Plan G
Santunan harian rawat inap di rumah sakit karena sakit dan/atau kecelakaan	300.000	400.000	500.000	500.000	750.000
Maksimum lama santunan harian rawat inap di rumah sakit untuk setiap penyakit dan/atau cedera kecelakaan per kejadian per tahun	60 hari	90 hari	90 hari	120 hari	120 hari
Santunan rawat inap ICU karena sakit dan/atau kecelakaan per kejadian per tahun	450.000	600.000	750.000	750.000	1.125.000
Maksimum lama santunan rawat inap ICU di rumah sakit untuk setiap penyakit dan/atau cedera kecelakaan per kejadian per tahun	30 hari	45 hari	45 hari	60 hari	60 hari
Santunan kunjungan dokter spesialis per hari per kejadian per tahun	75.000	75.000	100.000	100.000	150.000
Santunan pembedahan (<i>surgery</i>) per periode kejadian rawat inap	2.000.000	2.000.000	3.000.000	3.000.000	4.000.000
Santunan <i>meninggal dunia</i> karena sakit dan/atau kecelakaan	10.000.000	12.500.000	15.000.000	17.500.000	20.000.000
Pengembalian Premi sebesar 50%	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Fasilitas <i>cashless</i>	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia

Manfaat	Platinum		
	Plan H	Plan I	Plan J
Santunan harian rawat inap di rumah sakit karena sakit dan/atau kecelakaan	500.000	750.000	1.000.000
Maksimum lama santunan harian rawat inap di rumah sakit untuk setiap penyakit dan/atau cedera kecelakaan per kejadian per tahun	90 hari	120 hari	120 hari
Santunan rawat inap ICU karena sakit dan/atau kecelakaan per kejadian per tahun	750.000	1.125.000	1.500.000
Maksimum lama santunan rawat inap ICU di rumah sakit untuk setiap penyakit dan/atau cedera kecelakaan per kejadian per tahun	45 hari	60 hari	60 hari
Santunan kunjungan dokter spesialis per hari per kejadian per tahun	150.000	175.000	200.000
Santunan pembedahan (<i>surgery</i>) per periode kejadian rawat inap	4.000.000	5.000.000	5.000.000
Santunan meninggal dunia karena sakit dan/atau kecelakaan	22.500.000	25.000.000	30.000.000
Pengembalian Premi sebesar 50%	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Fasilitas <i>cashless</i>	Tersedia	Tersedia	Tersedia

PENGECUALIAN

Perlindungan Asuransi Perawatan Rumah Sakit berdasarkan Polis ini tidak berlaku dan santunan tidak akan dibayarkan oleh Penanggung apabila terjadinya Perawatan Rumah Sakit secara langsung atau tidak langsung diakibatkan oleh hak-hal sebagai berikut:

1. Perang (dengan atau tanpa adanya pernyataan perang), invasi negara asing ke dalam suatu negara, permusuhan suatu negara dengan negara lainnya, terorisme, perang saudara, pemberontakan, revolusi, huru-hara, kerusuhan, tindakan militer, kudeta atau Tertanggung sedang bertugas dalam satu dinas militer;
2. Upaya bunuh diri atau upaya apapun sejenisnya, kesepakatan untuk melakukan tindakan bunuh diri atau upaya-upaya melukai diri sendiri, baik dalam keadaan sadar atau tidak sadar;
3. Keterlibatan Tertanggung dalam kegiatan berbahaya (atau ikut serta dalam latihan khusus untuk itu, termasuk tetapi tidak terbatas pada kegiatan menyelam dengan menggunakan alat pernafasan, pendakian gunung dengan

- menggunakan tali atau petunjuk jalan, pot holing, terjun payung, layang gantung, olah raga musim dingin dan/atau yang melibatkan es atau salju termasuk tetapi tidak terbatas pada ski es dan kereta luncur, hoki es, bungee jumping, serta olah raga profesional atau olah raga lainnya yang menggunakan kendaraan tertentu;
4. Keterlibatan Tertanggung dalam penerbangan kecuali sebagai seorang penumpang yang sah di dalam pesawat terbang komersial dengan sayap permanen yang disediakan dan dioperasikan oleh suatu badan penerbangan atau perusahaan penyewaan pesawat terbang yang mempunyai izin untuk menerbangkan secara rutin penumpang yang membayar, atau di dalam helikopter yang dimaksud tersebut beroperasi hanya pada bandar udara komersial dan atau terminal helikopter yang mempunyai izin;
 5. Meninggal dunia baik secara langsung maupun tidak langsung akibat melakukan tindakan melanggar hukum, kejahatan atau kegiatan yang melawan hukum Negara / Tindak Pidana termasuk pembunuhan yang dilakukan oleh orang yang berkepentingan terhadap manfaat Asuransi;
 6. Tertanggung menggunakan obat-obatan terlarang kecuali jika terbukti bahwa obat tersebut digunakan atas petunjuk dokter dan bukan dalam hubungan dengan upaya perawatan kecanduan obat;
 7. Kehamilan, kelahiran, atau keguguran dan komplikasi yang terjadi sebagai akibatnya;
 8. Pemeriksaan kesehatan rutin atau pemeriksaan lainnya dimana tidak ada indikasi obyektif mengenai terganggunya kesehatan Tertanggung, pemeriksaan mata atau upaya perbaikan penglihatan dengan cara apapun, pemeriksaan pendengaran, penyuntikan untuk pencegahan atau vaksinasi, peristirahatan, rehabilitasi atau perawatan tambahan atas Penyakit dan/atau Cedera Tubuh;
 9. Gangguan mental dan kejiwaan atau sakit jiwa;
 10. Kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya
 11. Reaksi nuklir, radiasi atau kontaminasi zat radio aktif;
 12. Penyakit bawaan atau kelainan lahir;
 13. Pengaturan jarak kelahiran, pengobatan ketidaksuburan dan sterilisasi;
 14. Perawatan Rumah Sakit yang timbul dalam jangka waktu 15 (lima belas) hari kalender sejak tanggal mulai Polis berlaku;
 15. Perawatan Rumah Sakit yang dijalani oleh Tertanggung di luar Rumah Sakit.

Persyaratan dan Tata Cara	
- Ketentuan underwriting produk ini adalah <i>Guaranteed Acceptance</i>. - Syarat Kepesertaan: - Penambahan Tertanggung dalam masa Pertanggungan Polis tidak diperbolehkan, kecuali pada ulang tahun Polis berikutnya. - Perubahan plan dalam masa Pertanggungan Polis diperbolehkan, namun berlaku hanya untuk satu tahun sekali dan mendapat persetujuan dari Penanggung. - Semua Tertanggung yang terdaftar dalam Polis harus mengambil plan yang sama. - Mekanisme Pembelian Produk: Model bisnis jalur referensi (Telemarketing) - Nasabah Bank BNI yang memenuhi persyaratan kepesertaan dihubungi staf Telemarketing BNI Life untuk ditawarkan produk Asuransi Solusi Proteksi Sehat. - Nasabah setuju untuk membeli produk Solusi Proteksi Sehat. - Staf Telemarketing menindaklanjuti proses persetujuan Nasabah. - BNI Life akan mengirimkan Polis kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung	Anda dapat menyampaikan pertanyaan dan pengaduan melalui: PT BNI Life Insurance Contact Center BNI Life Email: care@bni-life.co.id Customer Care: 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**

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

Jenis Kelamin : **Laki-laki**

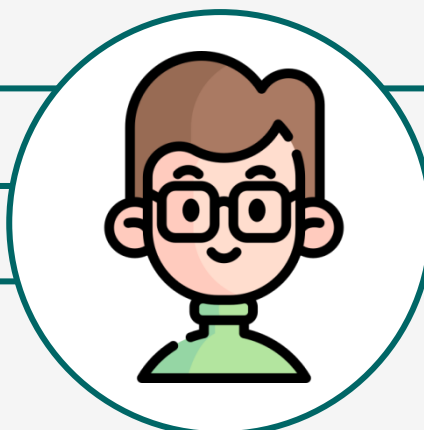
Plan yang dipilih : **Plan A**

Tanggal Lahir : **7 Mei 1967**

Total Premi : **Rp3.485.000**

Usia Tertanggung : **54 tahun**

Periode Bayar Premi : **Tahunan**



Tanggal Mulai Polis Berlaku: **22 Juni 2021**

Tabel Manfaat Plan A

Manfaat	Silver
	Plan A
Santunan harian rawat inap di rumah sakit karena sakit dan/atau kecelakaan	300.000
Maksimum lama santunan harian rawat inap di rumah sakit untuk setiap penyakit dan/atau cedera kecelakaan per kejadian per tahun	60 hari
Santunan rawat inap ICU karena sakit dan/atau kecelakaan per kejadian per tahun	-
Maksimum lama santunan rawat inap ICU di rumah sakit untuk setiap penyakit dan/atau cedera kecelakaan per kejadian per tahun	-
Santunan kunjungan dokter spesialis per hari per kejadian per tahun	-
Santunan pembedahan (<i>surgery</i>) per periode kejadian rawat inap	-
Santunan meninggal dunia karena sakit dan/atau kecelakaan	5.000.000
Pengembalian Premi sebesar 50%	Tersedia
Fasilitas <i>cashless</i>	-

Simulasi Pembayaran Manfaat Asuransi:

Tuan A menderita penyakit Thypoid pada Tahun Polis ke-2. Tuan A harus menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit selama 5 hari. Pada saat pulang perawatan, Tuan A mengajukan klaim dengan rincian sebagai berikut:

Jenis Perawatan	Klaim Yang Diajukan	Klaim Yang Dibayarkan
Biaya Kamar selama 5 hari	Rp1.500.000	Santunan harian rawat inap: Rp300.000 x 5 hari = Rp1.500.000
Biaya Obat-obatan	Rp1.000.000	
Total	Rp3.000.000	Rp1.500.000

Maka klaim yang dibayarkan oleh Penanggung yaitu sebesar Rp1.500.000.

Catatan:

- Data Tertanggung/Pemegang Polis adalah sebagai contoh dan bukan data sesungguhnya.
- Ilustrasi ini tidak mengikat dan bukan merupakan perjanjian asuransi dan bukan merupakan bagian dari Polis. Hak dan kewajiban sebagai Pemegang Polis/Tertanggung dan Ketentuan mengenai produk ini tercantum dalam Polis. Ilustrasi lebih lengkap tentang produk ini tercantum dalam situs web PT BNI Life Insurance (www.bni-life.co.id)

INFORMASI TAMBAHAN

1. Definisi-definisi penting:

- Pemegang Polis adalah seseorang atau badan hukum yang mengadakan perjanjian Asuransi Jiwa atau Penggantinya dengan Penanggung.
- Tertanggung adalah orang yang atas jiwanya diadakan perjanjian asuransi berdasarkan Polis ini.
- Masa Leluasa (*Grace Period*) adalah masa tenggang/leluasa pembayaran Premi, pada saat pertanggungan tetap berlaku.
- 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.

2. Prosedur, tata cara, dan syarat:

• Prosedur Klaim:

1. Dalam waktu selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan, Pemegang Polis dan/atau Ahli Waris harus mengajukan pemberitahuan tertulis kepada BNI Life.
2. BNI Life akan mengirimkan formulir klaim yang wajib diserahkan oleh pihak yang mengajukan klaim kepada BNI Life dengan melampirkan dokumen-dokumen pendukung yang diperlukan oleh BNI Life atas biaya Pemegang Polis, ahli waris menurut hukum yang berlaku atau pihak yang berhak mengajukan klaim.

a. Untuk klaim meninggal dunia:

- i. Formulir Klaim Meninggal Dunia;
- ii. Polis asli atau hasil cetak e-Policy;
- iii. Fotokopi surat keterangan kematian atau akte kematian dari instansi pemerintah setempat yang dilegalisir;
- iv. Surat keterangan dari pihak yang berwenang dan dilegalisir oleh serendah-rendahnya Konsulat Jenderal Republik Indonesia apabila Tertanggung meninggal di luar wilayah Republik Indonesia (asli /copy legalisir);
- v. Surat keterangan dari KePolisian apabila Tertanggung meninggal dunia karena kecelakaan;
- vi. Surat keterangan penyebab kematian dari Dokter/Rumah Sakit (jika diberikan pelayanan medis) atau kronologis kematian Tertanggung yang dibuat oleh ahli waris (jika tidak diberikan pelayanan medis);
- vii. Fotokopi Kartu keluarga dan Kartu Identitas Diri Pemegang Polis atau Penerima Manfaat yang masih berlaku;
- viii. Surat Kuasa dan pelimpahan wewenang dari Pemegang Polis atau Penerima Manfaat untuk meminta keterangan dari pihak ketiga (bila diperlukan);
- ix. Dokumen lain sebagaimana diperlukan Penanggung apabila klaim yang diajukan memerlukan klarifikasi dan/atau informasi lebih lanjut.

b. Untuk klaim Perawatan Rumah Sakit:

- i. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan;
- ii. Surat Keterangan dari KePolisian apabila disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas;
- iii. Kwitansi Asli/Legalisir dan perincian biaya perawatan dari Rumah Sakit tempat Tertanggung dirawat;
- iv. Perincian biaya obat-obatan dan hasil pemeriksaan laboratorium (jika ada), selama menjalani perawatan di Rumah Sakit;
- v. Fotokopi Kartu keluarga dan Kartu Identitas Diri Pemegang Polis dan Tertanggung yang masih berlaku;
- vi. Surat Kuasa dan pelimpahan wewenang dari Pemegang Polis atau Penerima Manfaat untuk meminta keterangan dari pihak ketiga (bila diperlukan);
- vii. Dokumen lain sebagaimana diperlukan Penanggung apabila klaim yang diajukan memerlukan klarifikasi dan/atau informasi lebih lanjut.

Dokumen-dokumen tersebut harus diterima oleh Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah Tertanggung atau pihak yang mengajukan klaim menerima formulir-formulir pengajuan bukti klaim tersebut.

Bilamana dipandang perlu oleh Penanggung dalam rangka pembuktian kebenaran dan kelaziman suatu klaim, Penanggung berhak meminta pendapat dari pihak ketiga yang independen dan kompeten termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan "post mortem" dan/atau pendapat medis kedua. Pendapat pihak ketiga yang independen dan kompeten tersebut dijadikan dasar keputusan Penanggung dalam penyelesaian klaim. Seluruh biaya pemeriksaan medis yang diperlukan oleh Penanggung untuk membuktikan kebenaran klaim tersebut akan menjadi tanggungan Penanggung.

3. Jika Pemegang Polis dan/atau Ahli Waris gagal memenuhi kewajibannya sebagaimana di uraikan dalam poin 2, maka klaim untuk pembayaran santunan menjadi batal kecuali Penanggung dapat menerima bukti-bukti yang diajukan oleh Pemegang Polis mengenai penyebab keterlambatan tersebut. Jika Penanggung dapat menerima keterlambatan sebagaimana dimaksud dalam poin 3 ini, maka dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak Pemegang Polis dan/atau Tertanggung menerima formulir sebagaimana dimaksud dalam poin 2, Penanggung harus telah menerima segala dokumen pendukung klaim sebagaimana disyaratkan.

Pembayaran Santunan

1. Kecuali dalam hal tidak dipenuhinya sebagian atau seluruh syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan yang diatur dalam Polis ini oleh Pemegang Polis, Tertanggung dan/atau ahli waris menurut hukum yang berlaku, santunan akan dibayar oleh Penanggung selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja setelah Penanggung menerima seluruh dokumen yang dibutuhkan dalam pengajuan klaim dan/atau pembayaran santunan dan tidak diperlukan investigasi lebih lanjut terhadap klaim yang diajukan.
2. Dalam hal klaim yang diajukan memerlukan investigasi lebih lanjut, penanggung berhak melakukan proses investigasi, dengan melakukan pemberitahuan baik lisan ataupun tertulis kepada Pemegang Polis, Tertanggung atau ahli waris sesuai hukum yang berlaku. Proses investigasi dimaksud dapat menyebabkan penundaan penyelesaian proses klaim.
3. Setelah selesainya proses investigasi, Penanggung memberitahukan secara lisan atau tertulis hasil investigasi dan memutuskan pembayaran atau penolakan klaim terhadap Pemegang Polis, Tertanggung dan atau ahli waris.
4. Santunan akan dibayarkan kepada Tertanggung atau ahli waris menurut hukum yang berlaku atau kepada pihak lain yang ditentukan secara tertulis oleh Tertanggung.
5. Bukti pembayaran santunan oleh Penanggung kepada Tertanggung atau ahli waris sesuai hukum yang berlaku atau pihak lain yang ditentukan secara tertulis oleh Tertanggung merupakan pembebasan bagi Penanggung dari semua tanggung jawab Penanggung berkenaan dengan santunan tersebut.

• 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 :
 - a. Surat Pengaduan yang menjelaskan masalah yang diajukan.
 - b. Apabila pengaduan bukan dari Pemegang Polis maka wajib melengkapi dokumen berupa Surat Kuasa dari Pemegang Polis ditanda tangani diatas materai.
 - c. Pemegang Polis dan yang dikuasakan melampirkan Salinan identitas diri yang masih berlaku.
 - d. 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:
 - a. Dokumen yang diperlukan tidak berada pada domisili Pemegang Polis; dan/atau
 - b. 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:
 - a. Kantor yang menerima pengaduan tidak sama dengan kantor tempat terjadinya permasalahan yang diajukan dan terdapat kendala komunikasi di antara kedua kantor tersebut;
 - b. Pengaduan yang disampaikan oleh konsumen memerlukan penelitian khusus terhadap dokumen pengaduan; dan/atau
 - c. Terdapat hal lain yang berada diluar kendali.

- **Berakhirnya Pertanggungan:**

Pertanggungan Polis akan otomatis berakhir jika terjadi salah satu dari hal-hal berikut:

1. Tertanggung meninggal dunia dalam Masa Asuransi; atau
2. Polis dibatalkan karena alasan apapun; atau
3. Premi belum dibayar setelah masa tenggang waktu; atau
4. Masa Asuransi berakhir; atau
5. Pada tanggal ulang tahun Polis pertama setelah Tertanggung mencapai Usia 65 (enam puluh lima) tahun untuk Pemegang Polis dan/atau suami/istri atau Usia 23 (dua puluh tiga) tahun untuk anak-anak; atau
6. Penanggung mengakhiri Polis; atau
7. Pemberitahuan tertulis untuk pengakhiran; atau
8. Ditutupnya Kartu Kredit/Tabungan Nasabah.
9. Penanggung berhak membatalkan atau mengakhiri kepesertaan Tertanggung dengan pemberitahuan Secara tertulis kepada Tertanggung dan Pemegang Polis 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum tanggal efektif berlakunya pembatalan/pengakhiran kepesertaan apabila ditemukan adanya unsur, bukti, dan/atau dugaan penipuan atau kecurangan, dan/atau unsur pemalsuan dalam pengajuan klaim pembayaran.

3. **Perubahan:**

- 1) Setiap perubahan manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan produk ini tidak dapat dibatalkan atau diubah kecuali dengan pengesahan tertulis atas Produk ini yang dikeluarkan oleh Penanggung dan ditandatangani oleh pejabat Penanggung yang berwenang dan akan diberikan pemberitahuan kepada Pemegang Polis paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum berlakunya perubahan.
 - 2) Dalam hal Pemegang Polis tidak memberikan pendapatnya terhadap perubahan sebagaimana dimaksud poin 1, maka Penanggung menganggap Pemegang Polis menyetujui perubahan tersebut.
 - 3) Dalam hal Pemegang Polis tidak menyetujui perubahan sebagaimana dimaksud pada poin 1, maka Pemegang Polis berhak memutuskan perjanjian ini tanpa dikenakan biaya apapun.
5. **Tenaga Pemasar yang melakukan pemasaran produk asuransi telah terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) atau Asosiasi Asuransi Jiwa yang ditunjuk oleh OJK.**
6. **Produk Asuransi ini telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan PT BNI Life Insurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.**
7. **Anda akan menerima penawaran produk lain dari Pihak Ketiga apabila menyetujui untuk membagikan data Pribadi.**
8. **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 Layanan ini.

Tanggal Cetak Dokumen:

26/05/2026