

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN/ATAU LAYANAN VERSI UMUM

SPECTRA HEALTH CARE

Nama Penerbit	PT BNI Life Insurance	Deskripsi Produk	Spectra Health Care merupakan produk Asuransi Kesehatan yang memberikan proteksi bagi Tertanggung yang menjalani Rawat Inap dan Rawat Jalan di Rumah Sakit yang diakibatkan oleh Penyakit maupun kecelakaan termasuk didalamnya proteksi ekonomi terhadap risiko kematian.
Nama Produk	BNI Life		
Mata Uang	Rupiah (IDR)		
Jenis Produk	Kesehatan		

FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN

Usia Masuk	Pemegang Polis : 17 – 70 tahun Tertanggung Utama : 17 – 60 tahun Tertanggung Tambahan : 6 bulan – 60 tahun Khusus untuk Manfaat Melahirkan : 18 tahun – 45 tahun Perhitungan usia masuk menggunakan ulang tahun terakhir
Masa Asuransi	1 tahun dan dapat diperpanjang sampai dengan Tertanggung berusia 70 tahun
Cara Pembayaran Premi	Tahunan
Ketentuan Premi	- Besarnya premi sesuai usia masuk, jenis kelamin, dan jenis plan yang dipilih. - Diskon total premi 5% jika Nasabah mengikutsertakan Tertanggung Tambahan (Pasangan dan/atau Anak) atau memiliki Polis Blife Spectra Link.
Uang Pertanggungan	Sesuai dengan plan yang dipilih
Masa Tunggu	- Perawatan Akibat Kecelakaan : Tidak ada masa tunggu - Perawatan Rumah Sakit : 30 hari kalender - Manfaat Melahirkan : 280 hari kalender

Pre-Existing Condition	Masa tunggu untuk Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (<i>Pre-Existing Condition</i>) selama 12 (dua belas) bulan untuk penyakit-penyakit berikut: - Batu dalam saluran kemih, ginjal, kantung empedu (sistem <i>Biller</i>), gagal ginjal kronik; - Penyakit jantung dan Pembuluh darah (darah tinggi, penyakit pembuluh darah otak, penyakit pembuluh darah vena, penyakit kelainan darah); - Penyakit yang berhubungan dengan Telinga, Hidung dan Tenggorokan yang memerlukan Pembedahan (Operasi Amandel, Operasi Gendang Telinga, Operasi <i>Mastoid</i>, Operasi <i>Sinus</i>, Operasi Kelenjar <i>Thyroid</i>); - Katarak, <i>Pterygium</i>, <i>Hordeolum</i>; - Semua bentuk tumor (tumor jinak, tumor ganas), <i>kista</i>, polip, <i>Lymphadenopati</i>; - Radang, Tukak pada Lambung dan Usus 12 jari; - <i>Tuberculosis</i> beserta komplikasinya, <i>Bronchitis</i>, Asma; - Penyakit/gangguan pada persendian, tulang persendian dan penyakit pada otot; - Kencing manis (<i>Diabetes Melitus</i>), penyakit kelenjar gondok (<i>Hyperthyroid & Hypothyroid</i>); - Kelainan Kadar lemak dalam darah (<i>Kolesterolemia</i>) dan Kelainan Asam urat dalam darah; - Ayan (<i>Epilepsy</i>); - Hernia; - Wasir (<i>Haemoroid</i>), segala bentuk <i>fistula</i>, <i>Hydrocele</i>, <i>Varicocele</i>; - Hepatitis; - <i>Endometriosis</i>, <i>Adenomiosis</i>, gangguan yang termasuk pada sistem reproduksi; - Gangguan pada <i>prostate</i>; - Penyakit/gangguan pada Tulang Belakang (termasuk cakram antar ruas tulang belakang).
Ketentuan Underwriting	1. Berlaku ketentuan <i>Simplify Underwriting</i>; 2. Tidak berlaku ketentuan ekstra premi dan tidak diperlukan MCU, proses underwriting hanya menyetujui penerbitan Polis atau pengajuan ditolak; 3. Khusus untuk Plan 100 diwajibkan mengambil Manfaat Tambahan Rawat Jalan; 4. Perpanjangan Polis tidak otomatis renewal (tergantung dari <i>history claim</i> sebelumnya); 5. Bertanggung jawab hanya dapat mengubah plan pada ulang tahun Polis berikutnya atas persetujuan Penanggung.
Masa Mempelajari Polis (Cooling-Off Period)	15 (lima belas) hari kalender sejak Polis diterima oleh Pemegang Polis
Masa Leluasa (Grace Period)	60 (enam puluh) hari kalender terhitung mulai tanggal jatuh tempo Premi

MANFAAT	RISIKO
Manfaat Utama Rawat Inap 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. • Batas jaminan yang dijelaskan ini adalah harian dan berlaku maksimum 180 (seratus delapan puluh) hari perawatan per tahun sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat. b. Biaya Kamar Semi ICU/Isolasi	Risiko yang mungkin terjadi dalam membeli produk Asuransi ini adalah risiko individual, yaitu a. tidak dibayarkannya manfaat asuransi jika klaim yang terjadi termasuk ke dalam pengecualian Polis; b. pengajuan klaim melewati batas pengajuan; c. potensi kerugian yang lebih besar jika Klaim

• 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 Daftar Manfaat. • Apabila dibutuhkan, Tertanggung untuk dirawat di Kamar Semi ICU/Isolasi lebih dari maksimum hari yang tercantum dalam Daftar Manfaat Asuransi, maka biaya perawatan selanjutnya mengacu kepada limit Biaya Kamar Rawat Inap. c. Biaya Kamar ICU (Unit Perawatan Intensif) • Penggantian biaya - biaya harian untuk akomodasi kamar dan menginap di Unit Perawatan Intensif/ICU. • Perawatan di Unit Perawatan Intensif/ICU/ICCU 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/ICCU. • Batas jaminan yang dijelaskan ini adalah harian dan berlaku maksimum 20 (dua puluh) hari perawatan per tahun sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat. • Apabila dibutuhkan, Tertanggung untuk dirawat di Unit Perawatan Intensif/ICU/ICCU lebih dari maksimum hari yang tercantum dalam Daftar 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. Pembedahan Penggantian biaya - biaya yang wajar yang 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 dan Lazim 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 & Penggolongannya sebagaimana terlampir dalam Polis ini. • Biaya Pembiusan (Anestesi) Penggantian atas Biaya Yang Wajar dan Lazim yang dibebankan oleh Dokter Anestesi termasuk biaya Obat Anestesi sesuai dengan penggolongan pembedahan yang tercantum dalam Daftar Pembedahan & Penggolongannya sebagaimana terlampir dalam Polis ini. • Alat Bantu yang ditanam pada tubuh Penggantian meliputi biaya Pen, Screw, IOL dan Stent. • Penggantian biaya disesuaikan dengan penggolongan pembedahan yang tercantum dalam Daftar Pembedahan & Penggolongannya sebagaimana terlampir dalam Polis ini dengan memperhatikan maksimum biaya yang tertera dalam Daftar Manfaat Asuransi. I. Apabila dilakukan 1 (satu) sayatan dalam 1 (satu) kasus pembedahan:	melebihi manfaat yang seharusnya diterima.
---	---

BIAYA - BIAYA
• Biaya-biaya yang terkait dengan biaya bank ditanggung oleh Pemegang Polis. • Biaya pembatalan dalam masa mempelajari Polis (<i>Cooling-Off Period</i>) adalah sebesar Rp100.000,- (<i>seratus ribu rupiah</i>). • Apabila Kartu Kepesertaan hilang atau revisi dikarenakan kesalahan dari Tertanggung, maka akan dikenakan biaya penggantian kartu. • Seluruh biaya tersebut di atas dapat berubah sewaktu-waktu. Namun, Pemegang Polis akan menerima pemberitahuan secara tertulis sebelum perubahan tersebut diberlakukan. • Premi yang telah dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah termasuk komisi untuk tenaga pemasar/badan usaha pemasar.

- 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.
 - Penggolongan pembedahan berdasarkan Rumah Sakit tempat Tertanggung di rawat inap berbeda dengan penggolongan pembedahan berdasarkan Polis sebagaimana tercantum dalam Daftar Pembedahan & Penggolongannya, maka penggolongan pembedahan yang berlaku adalah penggolongan pembedahan berdasarkan Polis.
 - Perawatan Bedah Sehari (One Day Surgery)
Penggantian biaya pembedahan yang diperlukan secara medis dan atas saran Dokter yang dilakukan untuk Penyakit yang membutuhkan tindakan bedah sederhana dengan lama perawatan kurang dari 12 (dua belas) jam.
 - Batas jaminan pembedahan adalah per periode rawat inap.

f. Biaya Kunjungan Dokter yang Merawat

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

g. Konsultasi Dokter Spesialis

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

h. 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 Rawat Jalan dan Rawat Gigi darurat tanpa opname akibat kecelakaan

- Dilakukan selambat-lambatnya 24 (dua puluh empat) jam setelah kejadian Kecelakaan, tidak termasuk biaya perawatan lanjutan (bila ada).
- Biaya yang ditanggung meliputi biaya Dokter atau Dokter Gigi, Obat-obatan, pemeriksaan penunjang diagnostic, dan biaya tindakan perawatan yang berhubungan dengan Kecelakaan tersebut dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan Tabel Manfaat.
- Batas jaminan ini per kejadian

j. Perawat Pribadi di Rumah

- 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 yang dijelaskan ini adalah harian dan berlaku maksimum 180 (seratus delapan puluh) hari per tahun sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.

k. Santunan Sebelum dan Setelah Perawatan Rumah Sakit

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.

l. Santunan Duka

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.

Manfaat Tambahan

Rawat Jalan

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

a. Biaya Konsultasi Dokter Umum, dengan ketentuan sebagai berikut:

- 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. Biaya Konsultasi Dokter Spesialis, dengan ketentuan sebagai berikut:

- 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 Spesialis lain.
- Bila manfaat Konsultasi Dokter Spesialis telah mencapai jumlah maksimal kunjungan untuk satu periode berlaku, maka:
 - (i). Bila manfaat masih tersedia, maka penggantian biaya Konsultasi Dokter Spesialis akan mendapatkan penggantian manfaat sebesar Konsultasi Dokter Umum, dan
 - (ii). Mengurangi jumlah manfaat kunjungan Konsultasi Dokter Umum.

c. Biaya Pembelian Obat-obatan, dengan ketentuan sebagai berikut:

Penggantian biaya obat-obatan atas resep dokter untuk satu periode Masa Berlaku setinggi-tingginya sebagaimana disebutkan dalam Tabel Manfaat Rawat Jalan.

d. Biaya Pemeriksaan Diagnostik, dengan ketentuan sebagai berikut:

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, dengan ketentuan sebagai berikut:

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, dengan ketentuan sebagai berikut:

Penggantian biaya administrasi dengan batasan setinggi-tingginya sesuai dengan Tabel Biaya Administrasi.

PENGECUALIAN

Penanggung tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi apabila risiko yang dialami Tertanggung diakibatkan oleh hal-hal 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, narkotik atau obat-obatan yang tidak menggunakan resep dokter atau menghirup racun atau gas kecuali 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 & 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.
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
 - Phimosis di atas usia 2 tahun
 - Sleep Abnoe
8. Kelainan/gangguan kejiwaan atau syaraf termasuk psikosis, neurosis, stres, 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 akupuntur (kecuali akupuntur 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.
 - 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 dan lain lainnya).
 - 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 Jamsostek atau BPJS.
28. Radiasi ion atau pencemaran karena radioaktif dari bahan/limbah nuklir.
29. Perawatan yang diakibatkan karena pelanggaran hukum.

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

- Agen BNI Life melakukan penawaran kepada calon Tertanggung.
- Apabila calon Tertanggung menyatakan setuju untuk membeli asuransi Kesehatan Spectra Health Care, maka Agen BNI Life akan membantu dalam proses penutupan.
- BNI Life akan mengirimkan Polis kepada 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 Customer Care 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 Utama: **Tuan A**

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

Jenis Kelamin: **Laki-laki**

Premi Rawat Inap: **Rp3.128.695**

Premi Rawat Jalan: **Rp2.683.364**

Total Premi: **Rp5.812.059**

Tanggal Lahir: **26 Januari 1991**

Uang Pertanggungan: **Rp2.000.000**

Plan yang diambil: **Plan 100**

Usia Tertanggung: **34 tahun**

Periode Bayar: **Tahunan**

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



Nama	Jenis Kelamin	Usia	Tertanggung	Status	Plan	Manfaat	Uang Pertanggungan	Pembayaran Premi	Premi
Nona A	Wanita	35 Tahun	Tambahan	Istri	Plan100	RI, RJ	Rp2.000.000	Tahunan	Rp1.290.520
Anak 1	Pria	16 Tahun	Tambahan	Anak	Plan100	RI, RJ	Rp2.000.000	Tahunan	Rp1.144.379
Anak 2	Wanita	15 Tahun	Tambahan	Anak	Plan100	RI, RJ	Rp2.000.000	Tahunan	Rp1.099.046
Anak 3	Pria	5 Tahun	Tambahan	Anak	Plan100	RI, RJ	Rp2.000.000	Tahunan	Rp1.099.046

Catatan: Diskon premi pada produk Maksima Sehat berlaku jika Nasabah mengikutsertakan Tertanggung Tambahan atau memiliki Polis Asuransi Individu BNI Life yang dijual melalui Bancassurance (kecuali Nasabah yang memiliki Polis Perisai Prima atau mengikuti program promo produk BNI Life lainnya).

MANFAAT ASURANSI

1. RAWAT INAP

Penggantian 100% dari kuitansi dengan batas maksimum sebagai berikut:

MANFAAT		BATASAN MAKSIMUM	SANTUNAN RI 100
1	Biaya kamar dan makan per hari	180 hari / tahun	100,000
2	Biaya Kamar Semi ICU/Isolasi per hari	10 hari / tahun	200,000
3	Unit Perawatan Intensif (ICU) per hari	20 hari / tahun	300,000
4	Biaya aneka perawatan di Rumah Sakit	per periode rawat inap	2,500,000
5	Biaya Pembedahan :		
	a. Operasi Kompleks	per periode rawat inap	20,000,000
	b. Operasi Besar	per periode rawat inap	12,500,000
	c. Operasi Sedang	per periode rawat inap	8,500,000
	d. Operasi Kecil	per periode rawat inap	5,000,000
	e. Bedah Sehari (One Day Surgery)	per periode rawat inap	1,000,000
6	Biaya kunjungan dokter per hari	180 hari / tahun	25,000
7	Konsultasi dengan dokter spesialis per hari	180 hari / tahun	50,000
8	Biaya Ambulan	per periode rawat inap	150,000
9	Biaya rawat jalan darurat & perawatan gigi khusus akibat kecelakaan	per kejadian	1,000,000
10	Biaya untuk perawat pribadi per hari	180 hari / tahun	40,000
11	Santunan sebelum dan setelah perawatan (Maks. 30 hari)	per periode rawat inap	400,000
12	Santunan Kematian		2,000,000

Manfaat Tambahan

1. RAWAT JALAN

Penggantian 80% dari kuitansi dengan batas maksimum sebagai berikut:

MANFAAT		BATASAN MAKSIMUM	SANTUNAN RJ 100
1	Konsultasi dokter umum	30 kunjungan / tahun	25,000
2	Konsultasi dokter spesialis	15 kunjungan / tahun	50,000
3	Biaya pembelian obat-obatan sesuai dengan resep Dokter	per tahun	1,200,000
4	Biaya laboratorium atas perintah dokter	per tahun	750,000
5	Fisioterapi (per kunjungan per hari)	10 kunjungan / tahun	25,000
6	Biaya Administrasi (per kunjungan per hari)	30 kunjungan / tahun	10,000
Maksimum santunan per tahun			2,500,000

- Berlaku dengan sistem reimbursement

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

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:

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.

Persyaratan Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut:

- a. Rawat Inap
 - Copy identitas diri Tertanggung;
 - Kuitansi asli dari Rumah Sakit beserta perincian biaya;
 - Surat keterangan / resume medis dari Rumah Sakit;
 - Copy resep obat-obatan dari Rumah Sakit;
 - Copy hasil penunjang diagnostic (laboratorium, radiologi, MRI, Scan), jika ada.
- b. Rawat Jalan
 - Copy identitas diri Tertanggung;
 - Kuitansi asli dari Dokter praktik atau Rumah Sakit beserta perincian biayanya;
 - Surat keterangan Dokter (diagnosa Dokter);
 - Copy resep obat-obatan dari Dokter praktik atau apotek;
 - Copy hasil penunjang diagnostic (laboratorium, radiology, MRI, Scan), jika ada.
- c. Manfaat Melahirkan
 - Copy identitas diri Tertanggung;
 - Kuitansi asli dari rumah bersalin, bidan, atau Rumah Sakit beserta perincian biayanya;
 - Resume medis;
 - Status dan riwayat kehamilan (contoh: GxPxAx);
 - Copy resep obat dari rumah bersalin, bidan, atau Rumah Sakit;
 - Copy hasil laboratorium dari rumah bersalin atau Rumah Sakit.
- d. Manfaat Kematian
 - 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 Kuasa dan pelimpahan wewenang dari Pemegang Polis/Penerima Manfaat untuk meminta keterangan dari pihak ketiga (jika diperlukan);
 - Dokumen-dokumen pendukung lainnya (jika diperlukan).

Mekanisme Penyelesaian Klaim

1. Apabila Pemegang Polis dan/atau Tertanggung mengajukan dokumen klaim tidak secara lengkap Penanggung akan menganggap sebagai klaim yang belum diajukan.

2. Penanggung berhak mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari Rumah Sakit dan/atau pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada Tertanggung.
3. Dalam hal telah dilakukan penolakan klaim oleh Penanggung, kemudian ada perbaikan/ralat/penarikan informasi terhadap diagnose dan/atau keterangan lainnya yang sudah diinformasikan secara tertulis oleh Dokter yang merawat Tertanggung kepada Penanggung, maka perbaikan/ralat/penarikan informasi terhadap diagnose dan/atau keterangan lainnya tersebut dinyatakan tidak berlaku dan Penanggung tidak mempunyai kewajiban dalam bentuk apapun untuk memenuhi klaim dari Tertanggung.
4. Pembayaran klaim dilaksanakan dengan segera atau selambat-lambatnya 10 (sepuluh) hari kerja setelah diterimanya dokumen-dokumen dengan kelengkapannya yang telah dipenuhi, termasuk persyaratan lainnya yang tercantum di dalam Polis dan telah disetujui oleh Penanggung. Dokumen-dokumen yang tidak memenuhi kelengkapan persyaratan pengajuan klaim akan dikembalikan dan dapat diajukan Kembali dalam waktu selambat-lambatnya 60 (enam puluh) hari sejak tanggal surat pemberitahuan pengembalian klaim.
5. Manfaat yang dapat dibayarkan:
 - a. Penanggung hanya akan Kembali seluruh atau sebagian jumlah klaim yang diajukan sesuai dengan diagnose penyakit yang tercantum pada formulir laporan klaim, setinggi-tingginya tidak melampaui jumlah maksimum seperti yang tercantum pada Daftar Manfaat Asuransi.
 - b. Apabila dalam masa perawatan ditemukan/didiagnosa penyakit yang dikecualikan maka Penanggung tidak menanggung biaya perawatan yang timbul dan akan menjadi beban penuh dari Tertanggung serta harus diselesaikan di tempat (Rumah Sakit).
6. Pembatalan Klaim
Apabila suatu klaim yang dapat diajukan sesuai dengan persyaratan Polis ini tidak diajukan dalam waktu 60 (enam puluh) hari sejak pelayanan diterima atau apabila suatu klaim yang telah ditolak Penanggung tidak dimintakan penyelesaiannya melalui Badan Arbitrase sebagaimana ditetapkan dalam ketentuan Polis dalam waktu 6 (enam) bulan sejak tanggal penolakan, maka klaim tersebut dianggap batal dan Penanggung tidak berkewajiban melakukan pembayaran apapun.
7. Klaim Perawatan di Luar Indonesia
Semua biaya perawatan yang terjadi di luar Indonesia akan diperhitungkan berdasarkan Biaya Yang Wajar dan tidak lebih besar dari batas jaminan yang tercantum dalam Daftar Manfaat. Kurs konversi yang digunakan adalah kurs tengah Bank Indonesia pada saat Tertanggung membayar biaya perawatan. Jika kuitansi menggunakan selain Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris, maka jumlah klaim yang akan dibayarkan Penanggung dikurangi dengan biaya penerjemah.
8. Pemeriksaan
Penanggung mempunyai hak untuk melakukan pemeriksaan selama klaim masih dalam proses.

1. **Persyaratan Pengajuan Layanan Polis**

- 1) Pengajuan Penutupan Polis 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.

2. 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.

3. 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

4. Berakhirnya Pertanggungan:

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

1. Berakhirnya Pertanggungan
2. Pertanggungan menjadi berakhir karena hal-hal berikut, mana yang lebih dahulu terjadi:
3. Adanya permintaan pengakhiran Asuransi yang diajukan secara tertulis dari Pemegang Polis kepada Penanggung; atau
4. Polis tidak diperpanjang oleh Penanggung; atau

5. Premi tidak dibayarkan setelah melewati Masa Leluasa; atau
 6. Pada akhir tahun Polis ketika Usia Tertanggung mencapai 70 (tujuh puluh) tahun.
 7. Berakhirnya Asuransi tidak mempengaruhi klaim-klaim yang telah diajukan sebelum tanggal efektif berlakunya pengakhiran Asuransi.
 8. 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.
 9. 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.
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 situs 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