

Tentang Grup Allianz

Allianz Group adalah perusahaan asuransi dan manajemen aset terkemuka di dunia dengan lebih dari 122 juta nasabah individu dan perusahaan di lebih dari 70 negara. Nasabah Allianz mendapatkan manfaat dari berbagai layanan asuransi individu dan kumpulan, mulai dari asuransi properti, jiwa dan kesehatan, sampai layanan bantuan asuransi kredit dan asuransi bisnis secara global. Allianz adalah salah satu investor terbesar di dunia, dengan dana kelolaan nasabah asuransi lebih dari 714 miliar Euro. Sementara manajer aset kami, PIMCO dan Allianz Global Investors mengelola aset tambahan sebesar 1,7 triliun Euro milik pihak ketiga. Berkat integrasi sistematis ekologis dan kriteria sosial pada proses bisnis dan keputusan investasi, Allianz memegang posisi terdepan untuk perusahaan asuransi dalam Dow Jones Sustainable Index. Pada tahun 2022, Allianz Group memiliki 159.000 karyawan dan meraih total pendapatan 152,7 miliar Euro serta laba operasional sebesar 14,2 miliar Euro.

Tentang Allianz di Asia

Asia adalah salah satu wilayah pertumbuhan inti untuk Allianz, yang ditandai dengan keragaman budaya, bahasa dan adat istiadat. Allianz telah hadir di Asia sejak 1910, menyediakan asuransi kebakaran dan maritim di kota-kota pesisir Tiongkok. Saat ini, Allianz aktif di 15 pasar di wilayah tersebut, menawarkan beragam asuransi dengan bisnis inti pada asuransi kerugian, asuransi jiwa, perlindungan dan solusi kesehatan, dan manajemen aset. Dengan lebih dari 36.000 staf, Allianz melayani kebutuhan lebih dari 21 juta nasabah di wilayah ini melalui berbagai saluran distribusi dan platform digital.

Tentang Allianz Indonesia

Allianz memulai bisnisnya di Indonesia dengan membuka kantor perwakilan di tahun 1981. Pada tahun 1989, Allianz mendirikan PT Asuransi Allianz Utama Indonesia, perusahaan asuransi umum. Kemudian, Allianz memasuki bisnis asuransi jiwa, kesehatan dan dana pensiun dengan mendirikan PT Asuransi Allianz Life Indonesia di tahun 1996. Di tahun 2006, Allianz Utama dan Allianz Life memulai bisnis asuransi syariah. Pada tahun 2023, PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia resmi beroperasi sebagai entitas terpisah yang memberikan perlindungan asuransi dan pengelolaan risiko keuangan yang berbasis syariah. Kini, Allianz Indonesia didukung oleh lebih dari 1.000 karyawan dan lebih dari 40.000 Tenaga Pemasar dan ditunjang oleh jaringan mitra perbankan dan mitra distribusi lainnya. Saat ini, Allianz menjadi salah satu asuransi terkemuka di Indonesia yang dipercaya untuk melindungi lebih dari 10 juta tertanggung.

PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan, dan Tenaga Pemasarnya telah memegang lisensi dari Asosiasi Asuransi Syariah Indonesia.

Catatan Penting untuk Diperhatikan

- **AlliSy Preferred Medical** adalah produk asuransi yang diterbitkan oleh PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia.
- Kontribusi yang dibayarkan sudah termasuk komisi Tenaga Pemasar.
- Brosur ini bukan merupakan bagian dari Polis Produk Asuransi ("Polis") dan bukan suatu bentuk perjanjian asuransi antara PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia dengan Peserta. Peserta terikat penuh dengan setiap ketentuan yang terdapat dalam Polis.
- Penjelasan lebih lengkap mengenai syarat, ketentuan termasuk pembebanan biaya secara rinci dan pengecualian dapat Peserta pelajari pada Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum dan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Personal serta Polis.
- PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia berhak menolak pengajuan Polis, apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.

Apabila Peserta memiliki pertanyaan dan keluhan terkait produk dan/atau layanan Pengelola, Peserta dapat menyampaikannya melalui *Customer Center* Pengelola:

Customer Lounge

World Trade Centre 6, Ground Floor
Jl. Jend. Sudirman Kav. 29-31
Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Corporate Number

AllianzCare Syariah

Email

Website

: +62 21 2926 8888

: 1500 139

: allianzcaresyariah@allianz.co.id

: www.allianz.co.id

Allianz



Allianz
Syariah



AlliSy Preferred Medical

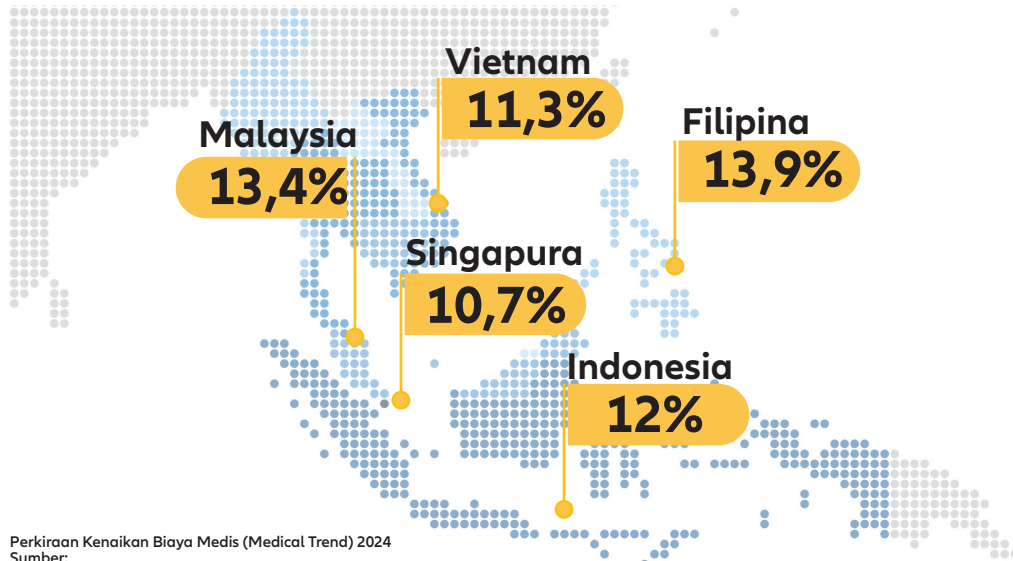
Mudah, Dapat Diandalkan, dan Stabil Hadapi Masa Depan

No.0042/AZLS-BRAND/RE/1/IV/2026

PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan, dan Tenaga Pemasarnya telah memegang lisensi dari Asosiasi Asuransi Syariah Indonesia.

Biaya Kesehatan Kian Meningkat

Di Asia Tenggara, kenaikan biaya kesehatan secara konsisten berada di level **2 digit per tahun**, jauh melampaui inflasi umum yang hanya berkisar 1–4%.



Perkiraan Kenaikan Biaya Medis (Medical Trend) 2024

Sumber:

IFG Progress, (2025, 21 Maret) Potential Consequences of the Upcoming SEOJK Health Insurance Regulation
WTW Global Medical Trends Survey (2025)

Inflasi kesehatan jauh melampaui inflasi umum. Perlindungan kesehatan kini bukan pilihan, tetapi sudah menjadi kebutuhan.

Di tengah inflasi kesehatan yang terus melonjak, biaya pengobatan dan perawatan penyakit, kini bisa menguras tabungan bertahun-tahun hanya dalam hitungan hari.

Kanker
Biaya Kemoterapi
± Rp1.000.000 - Puluhan Juta

Jantung
Biaya Bypass
± Rp63.000.000 - Ratusan Juta

Gagal Ginjal
Biaya Cuci Darah
± Rp420.000.000/per tahun

Stroke
Biaya Pengobatan
± Rp150.000.000 - Rp450.000.000

Sumber:

Indonesia Cancer Care Community (ICCC) 2024
<https://kemkes.go.id/id/penyakit-ginjal-jadi-prioritas-penanganan-oleh-pemerintah> (2025)
<https://www.cermati.com/artikel/biaya-operasi-bypass-jantung> Pusat Jantung Nasional Harapan Kita (2024)
Artikel Hellosehat/Biaya Pengobatan Stroke 2024

Dengan meningkatnya risiko dan biaya pengobatan yang terus naik, saatnya Peserta memiliki perlindungan kesehatan yang mampu menjaga finansial Peserta dan Keluarga dari beban tak terduga.

AlliSyia Preferred Medical
Nikmati hidup tanpa kekhawatiran melalui perlindungan kesehatan komprehensif

- Fleksibel**, tersedia pilihan Kamar dan Wilayah Perlindungan hingga Asia + Australia sesuai *Plan* yang dapat dipilih sesuai kebutuhan.
- Perlindungan kesehatan yang **Komprehensif** dengan beragam manfaat sesuai kebutuhan Peserta dan Keluarga serta perlindungan hingga usia 100 tahun
- Mudah**, dengan tersedianya klaim perawatan sesuai tagihan (*cashless*)

Layanan AlliSyia Preferred Medical*



Expert Medical Opinion.

Layanan Bantuan Medis (Medical Assistance).

*) Layanan ini adalah layanan tambahan yang disediakan oleh perusahaan rekanan yang ditunjuk oleh Pengelola, dan dapat diubah atau dihentikan dari waktu ke waktu. Pengelola tidak bertanggung jawab atas layanan yang disediakan oleh perusahaan rekanan tersebut.



Dengan berlandaskan Pilar **Hifz An-Nafs (Menjaga Jiwa)** pada prinsip **Maqasid Syariah**, Perlindungan **AlliSyia Preferred Medical** hadir sebagai wujud ikhtiar menjaga jiwa dan memberi ketenangan bagi keluarga, agar mereka tetap terlindungi dari risiko yang tak terduga.

Karena setiap langkah perlindungan bukan sekadar perencanaan finansial, melainkan juga wujud untuk **JAGA KEBAIKAN PENUH KEYAKINAN.**

Manfaat Asuransi



Manfaat Asuransi untuk Asuransi Dasar berdasarkan Polis adalah sebagai berikut:

A. Perawatan Rawat Inap atau Pembedahan



Penggantian Biaya Yang Wajar atas Pelayanan Kesehatan yang Dibutuhkan Secara Medis, termasuk Rawat Inap dan Pembedahan, berdasarkan Tabel Manfaat sesuai dengan *Plan* yang dipilih.

B. Manfaat Penyakit Major



Penggantian Biaya Yang Wajar atas Pelayanan Kesehatan untuk Perawatan Penyakit Major bagi Pihak Yang Diasuransikan yang Dibutuhkan Secara Medis berdasarkan Tabel Manfaat sesuai dengan *Plan* yang dipilih.

C. Manfaat Perawatan Darurat



Penggantian Biaya Yang Wajar atas Pelayanan Kesehatan untuk Perawatan Darurat bagi Pihak Yang Diasuransikan yang Dibutuhkan Secara Medis yang terjadi karena keadaan Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan atau Insiden, berdasarkan Tabel Manfaat sesuai *Plan* yang dipilih.

D. Manfaat Tambahan



Penggantian Biaya Yang Wajar atas Pelayanan Kesehatan, berdasarkan Tabel Manfaat sesuai dengan *Plan* yang dipilih.

E. Manfaat Meninggal Dunia



Pengelola membayar Manfaat Meninggal Dunia kepada Penerima Manfaat apabila Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia. Jumlah Manfaat Meninggal Dunia adalah sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat.

F. Fasilitas Hemat Kontribusi



Pengurangan Kontribusi pada saat perpanjangan Polis/Masa Asuransi berikutnya, yaitu sebesar 5% dari Kontribusi Perpanjangan. Fasilitas Hemat Kontribusi tersedia apabila tidak ada klaim selama 1 Periode Pengamatan, dan Peserta memilih pembayaran Kontribusi dengancara Auto debet (Rekening Tabungan atau Kartu Kredit).

Tabel Manfaat

Dalam '000' Rupiah (Rp)

MANFAAT	PENJELASAN	PLAN STANDARD	PLAN EXTRA	PLAN PREMIER
MANFAAT MENINGGAL DUNIA		30.000 Mulai Usia 80: 45.000	30.000 Mulai Usia 80: 45.000	30.000 Mulai Usia 80: 45.000
MANFAAT RAWAT INAP				
Wilayah Perlindungan		Indonesia	Asia kecuali Singapura, Hong Kong, Jepang	Asia + Australia
Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan				
Biaya Kamar dan Akomodasi			Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 1 tempat tidur dan kamar mandi didalam dengan Batas Harga Kamar	Mana yang lebih besar antara Kamar terendah dengan 1 tempat tidur dan kamar mandi didalam dengan Batas Harga Kamar
	Batas Harga Kamar Per Hari; Maksimum 365 Hari	700	1.300	1.650
Biaya Unit Perawatan Intensif atau <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	Per Hari; Maksimum 365 Hari	1.200	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Pembedahan	Per Rawat Inap	60.000		
Biaya Perawatan Bedah Sehari	Per Perawatan	15.000		
Biaya Protesis dan Implan		-		
Biaya Kunjungan Dokter	Per Hari; Maksimum 365 Hari	225		
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Per Hari; Maksimum 365 Hari	325		
Biaya Lain-Lain Rawat Inap	Per Rawat Inap	12.000		
Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap*	Per Tahun Polis; Maks. 60 hari Sebelum Rawat Inap	1.800		
Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap*	Per Tahun Polis; Maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	1.800		
Biaya Perawatan Fisioterapi Rawat Jalan*	Per Tahun Polis; Maks. 60 hari Sebelum Rawat Inap Maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	-		
Biaya Perawatan Di Rumah*	Per Tahun Polis;	-	200.000	300.000
Biaya Rehabilitasi Lanjutan*	Per Tahun Polis; Maks. 90 hari Sesudah Manfaat Perawatan Fisioterapi Rawat Jalan berakhir	-	200.000	300.000
Biaya Pengobatan Tradisional	Per Tahun Polis; Selama Rawat Inap, Maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	-	15.000 Maksimum 1.000 per klaim	25.000 Maksimum 1.000 per klaim
Biaya Konsultasi Psikiater Rawat Jalan*	Per Tahun Polis; Maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap	-	15.000	25.000
Biaya Ambulan Lokal	Per Rawat Inap	400	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan

*) Klaim hanya dapat dilakukan *reimbursement*

Tabel Manfaat

Dalam '000' Rupiah (Rp)

MANFAAT	PENJELASAN	PLAN STANDARD	PLAN EXTRA	PLAN PREMIER
MANFAAT MENINGGAL DUNIA		30.000 Mulai Usia 80: 45.000	30.000 Mulai Usia 80: 45.000	30.000 Mulai Usia 80: 45.000
MANFAAT RAWAT INAP				
Wilayah Perlindungan		Indonesia	Asia kecuali Singapura, Hong Kong, Jepang	Asia + Australia
Manfaat Penyakit Major				
Biaya Perawatan Dialisis*	Per Tahun Polis	15.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Transplantasi Organ		-		
Biaya Donor Transplantasi Organ*		-		
Biaya Perawatan Rawat Jalan Kanker, termasuk: Pemeriksaan remisi kanker & tes laboratorium	Per Tahun Polis	80.000		
Biaya Perawatan HIV/AIDS	Per Tahun Polis	-	15.000	15.000
Biaya Perawatan Paliatif (Manfaat Penyakit Kritis)	Per Tahun Polis	-	250.000	250.000
Manfaat Perawatan Darurat				
Biaya Rawat Jalan karena Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden termasuk Perawatan Gigi karena Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden*	Per Tahun Polis Dalam waktu 2 hari kalender sejak mengalami keadaan Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden	5.000	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Perawatan Rawat Jalan lanjutan karena Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan atau Insiden*	Perawatan rawat jalan dalam 30 hari sejak mengalami keadaan Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden	-		
Manfaat Tambahan				
Biaya Perawatan Rawat Jalan karena Demam Berdarah dan/atau Tifus* a) Demam Berdarah Pemeriksaan laboratorium NS1 dengan hasil positif (+) atau Dengue IgM dengan hasil positif (+) dan trombosit kurang dari atau sama dengan 150.000 per mikroliter darah b) Tifoid/Paratifoid Pemeriksaan laboratorium Tubex dengan hasil positif (+) dengan skor lebih dari atau sama dengan 6, atau Widal dengan skor lebih dari 1/160, atau kultur <i>Salmonella typhoidal</i> dengan hasil positif (+)	Per Tahun Polis	8.000	8.000	8.000

*) Klaim hanya dapat dilakukan *reimbursement*

Tabel Manfaat

Dalam '000' Rupiah (Rp)

MANFAAT		PENJELASAN	PLAN STANDARD	PLAN EXTRA		PLAN PREMIER		
MANFAAT MENINGGAL DUNIA			30.000 Mulai Usia 80: 45.000	30.000 Mulai Usia 80: 45.000		30.000 Mulai Usia 80: 45.000		
MANFAAT RAWAT INAP								
Wilayah Perlindungan			Indonesia	Asia kecuali Singapura, Hong Kong, Jepang		Asia + Australia		
Biaya Peralatan Medis Yang Tahan Lama*	Per Tahun Polis; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap		-	15.000		15.000		
Biaya Anggota Tubuh Artifisial*	Per Tahun Polis; selama Rawat Inap, sampai dengan maks. 90 hari Sesudah Rawat Inap		-	250.000		250.000		
Layanan**								
Expert Medical Opinion			-	Tersedia		Tersedia		
Medical Assistance			-	Tersedia		Tersedia		
Batas Manfaat Tahunan			1.000.000	15.000.000		20.000.000		
Batas Manfaat Tahunan Tambahan			1.000.000	15.000.000		20.000.000		
Risiko Sendiri Per Tahun Polis				Preferred Network	Other Network (Asia kecuali SG, HK, JP)	Preferred Network	Other Network (Asia kecuali SG, HK, JP)	Other Network (SG, HK, JP, AUS)
	Risiko Sendiri Opsi 1		-	6.000	12.000	6.000	12.000	25.000
	Risiko Sendiri Opsi 2			10.000	20.000	10.000	20.000	40.000

Catatan:
a. SG, HK, JP, AUS : Singapura, Hong Kong, Jepang, Australia
b. Batas Manfaat Tahunan diberikan ketika Peserta menderita salah satu dari kondisi berikut:
• Serangan Jantung
• Stroke
• Kanker Invasif

*) Klaim hanya dapat dilakukan *reimbursement*
**) Layanan ini adalah layanan tambahan yang disediakan oleh perusahaan rekanan yang ditunjuk oleh Pengelola, dan dapat diubah atau dihentikan dari waktu ke waktu. Pengelola tidak bertanggung jawab atas layanan yang disediakan oleh perusahaan rekanan tersebut.

Syarat & Ketentuan

Jenis Produk

Asuransi Kesehatan Individu Syariah.

Usia Masuk Peserta (ulang tahun terdekat)

Minimum Usia 18 tahun.

Usia Masuk Pihak Yang Diasuransikan (ulang tahun terdekat)

Usia 1 bulan - 75 tahun.

Masa Asuransi

1 tahun dan dapat diperpanjang setiap tahun hingga usia 100 tahun.

Mata Uang

Rupiah.

Periode Eliminasi Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker

3 bulan pertama sejak dan termasuk Tanggal Efektif Perlindungan.

Masa Tunggu

Plan Standard

Untuk setiap Penyakit dan Manfaat Asuransi, kecuali Kecelakaan, Insiden, atau Keadaan Kahar: 30 hari*.

Untuk Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker: 3 bulan setelah berakhirnya Periode Eliminasi.

Untuk Penyakit Khusus atau Pelayanan Kesehatan terkait Penyakit Khusus: Penyakit Khusus tidak akan dilindungi, kecuali apabila Polis diperpanjang maka Penyakit Khusus ini akan dilindungi untuk tahun perpanjangan berikutnya.

Plan Extra dan Premier

Untuk setiap Penyakit dan Manfaat Asuransi, kecuali Kecelakaan, Insiden, atau Keadaan Kahar: 30 hari*.

Untuk Penyakit Kanker atau Manfaat Perawatan Kanker: 3 bulan setelah berakhirnya Periode Eliminasi.

Untuk Penyakit Khusus atau Pelayanan Kesehatan terkait Penyakit Khusus: 6 bulan Masa Tunggu dilanjutkan 6 bulan Risiko Sendiri atas Penyakit Khusus sebesar Rp100.000.000.

Untuk HIV/AIDS: 6 bulan.

*) Sejak Tanggal Efektif Pertanggungan.

Syarat & Ketentuan

Masa Pembayaran Kontribusi

Tahunan dan dapat diperpanjang setiap tahun hingga usia 99 tahun.

Frekuensi Pembayaran Kontribusi

Bulanan, kuartalan, semesteran dan tahunan.

Faktor pengali untuk frekuensi pembayaran Kontribusi:

Frekuensi Pembayaran	Faktor Pengali
Tahunan	100%
Semesteran	52%
Kuartalan	27%
Bulanan	10%

Grace Period

Masa leluasa pembayaran Kontribusi adalah 1 bulan kurang 1 hari.

Underwriting

Full Underwriting.

Surplus Underwriting

Jika terjadi Surplus Underwriting atas Dana *Tabarru'*, Pengelola akan memasukkan seluruh hasil Surplus Underwriting Dana *Tabarru'* tersebut ke dalam Dana *Tabarru'*.

Perhitungan Surplus Underwriting Dana *Tabarru'* akan dilakukan oleh Pengelola, perhitungan mana akan bersifat final dan mengikat bagi Peserta.

Risiko Sendiri

Ketentuan Risiko Sendiri

- Besar Risiko Sendiri yang harus Peserta bayarkan untuk setiap Rawat Inap atau Pembedahan akan berlaku sesuai Kategori Rumah Sakit atau Klinik, sebagaimana dijelaskan pada Tabel Manfaat.
- Besarnya Risiko Sendiri yang menjadi tanggungan Peserta ditentukan berdasarkan kategori Rumah Sakit atau Klinik tempat Pihak Yang Diasuransikan menerima Pelayanan Kesehatan, yaitu *Preferred Network* atau *Other Network*.

Risiko Sendiri

- Pengelola dapat memperbarui Daftar Rumah Sakit dan Klinik, termasuk perubahan kategori terkait Fasilitas *Cashless*, *Preferred Network*, *Other Network*, dan/atau penetapan Rumah Sakit/Klinik Di Luar Cakupan Perlindungan, dengan ketentuan bahwa Daftar Rumah Sakit dan Klinik akan diperbarui pada setiap tanggal 1 setiap bulan. Apabila tanggal 1 tersebut jatuh pada hari libur dan/atau bukan hari kerja (termasuk Sabtu dan Minggu), pembaruan akan dilakukan pada hari kerja terdekat sebelumnya. Versi yang berlaku adalah Daftar Rumah Sakit dan Klinik yang tersedia pada situs resmi Kami dan/atau portal Peserta pada saat Pihak Yang Diasuransikan menerima Pelayanan Kesehatan. Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan wajib memeriksa Daftar Rumah Sakit dan Klinik yang paling terbaru sebelum Pihak Yang Diasuransikan menerima Pelayanan Kesehatan.
- **Risiko Sendiri tidak berlaku untuk:**
 - a. Penyakit Kritis (Perawatan Paliatif)
 - b. Pelayanan Rawat Jalan
 - c. Perawatan HIV/AIDS
 - d. Kecelakaan
 - e. Keadaan Kahar (bencana yang dideklarasikan oleh Pemerintah (Presiden, Gubernur, Bupati/Walikota))
- **Untuk Penyakit Khusus dan HIV/AIDS** akan dikenakan sebesar Rp100.000.000 secara agregat per Tahun Polis selama 6 bulan setelah 6 bulan masa tunggu berakhir dan berlaku untuk semua *plan*. Mulai tahun ke-2 dan seterusnya, Risiko Sendiri akan berlaku sesuai dengan jaringan *Preferred Network*.

Penyakit Khusus tersebut diantaranya:

- a. Batu di Ginjal, Saluran/Kandung Kemih, Saluran/Kandung Empedu;
- b. Penyakit jantung, Pembuluh darah jantung dan Pembuluh darah otak (contoh : Gagal jantung, Penyakit Jantung Koroner, Stroke);
- c. Katarak;
- d. Segala jenis tumor jinak/massa/kista/ polip;
- e. Penyakit amandel atau adenoid dan kondisi abnormal dari rongga hidung, septum intranasal atau konka turbin, termasuk sinus yang mengakibatkan intervensi bedah;
- f. Kencing Manis;
- g. Tuberkulosis dan semua komplikasinya;
- h. Gangguan Kelenjar Tiroid;
- i. Hipertensi, Hiperlipidemia (contoh: Hiperkolesterol, Hipertrigliserid)
- j. Gagal Ginjal Kronis;
- k. Segala jenis Hernia, Intervertebral Disc prolaps;
- l. Segala jenis gangguan hematologi, autoimmune;
- m. Wasir;
- n. Semua jenis gangguan sistem reproduksi pria atau wanita ,termasuk namun tidak terbatas pada fibroid / mioma di rahim; dan/atau
- o. Tukak lambung (ulkus peptikum).

Layanan

Expert Medical Opinion

Ruang Lingkup Layanan Expert Medical Opinion

Layanan *Expert Medical Opinion* dapat digunakan oleh Pihak Yang Diasuransikan dengan tunduk pada Batas Dalam Tabel Manfaat. Layanan *Expert Medical Opinion* ini hanya dapat digunakan Pihak Yang Diasuransikan dalam hal:



01

Pihak Yang Diasuransikan ingin memahami atau memvalidasi situasi medis yang serius dan kompleks;

02

Pihak Yang Diasuransikan perlu membuat keputusan medis, seperti Pembedahan atau tindakan medis penting lainnya;

03

Pihak Yang Diasuransikan didiagnosis menderita kondisi medis kritis dan ingin mempelajari pengobatan alternatif lain; dan/atau

04

Pihak Yang Diasuransikan perlu mencari pendapat tentang pengobatan alternatif lain.

Untuk Informasi lebih lengkap mengenai Layanan *Expert Medical Opinion*, silahkan akses link berikut <https://alz.id/EMO>.

Medical Assistance

Ruang Lingkup Layanan Bantuan Medis (*Medical Assistance*)

Layanan Bantuan Medis di bawah ini akan diberikan kepada Pihak Yang Diasuransikan apabila Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia, mengalami Insiden, menderita Penyakit atau mengalami keadaan tertentu sebagaimana dijelaskan di bawah ini, sepanjang peristiwa tersebut terjadi selama periode berlakunya Layanan Bantuan Medis ini, DENGAN KETENTUAN sebagai berikut:



1

Pihak Yang Diasuransikan sedang melakukan perjalanan > 100 kilometer dari Tempat Tinggal-nya atau ketika Pihak Yang Diasuransikan berada di luar negeri, untuk jangka waktu yang tidak melebihi 90 hari; dan

2

Pihak Yang Diasuransikan wajib menghubungi Bantuan Darurat 24 Jam melalui nomor telepon yang tercantum pada kartu bantuan medis sebelum mengatur atau melakukan tindakan apa pun yang memerlukan pengaturan/biaya dari Perusahaan Rekanan.

Untuk Informasi lebih lengkap mengenai Layanan Bantuan Medis silahkan akses link berikut <https://www.allianz.co.id/layanan/customer-service/evakuasi-medis.html#>.

Syarat & Ketentuan

Alokasi Kontribusi

Tabarru’*

Tahun Polis	Plan Standard	Plan Extra	Plan Premier
1	40%	40%	40%
2	54%	54%	54%
3	59%	59%	59%
4	62%	62%	62%

Ujrah*

Tahun Polis	Plan Standard	Plan Extra	Plan Premier
1	60%	60%	60%
2	46%	46%	46%
3	41%	41%	41%
4	38%	38%	38%

*)Tabarru’ dan Ujrah dihitung sebelum No Claim Bonus.

Syarat & Ketentuan

Akad Tabarru’

Akad hibah dalam bentuk pemberian luran Tabarru’ dari Peserta kepada Dana Tabarru’ untuk tujuan tolong menolong di antara Para Peserta sebagaimana diatur dalam Polis, yang tidak bersifat dan bukan untuk tujuan komersial.

Akad Tabarru’

Akad antara Para Peserta dan Pengelola yang memberikan kuasa kepada Pengelola sebagai wakil Para Peserta untuk mengelola Asuransi Kesehatan Syariah, termasuk untuk melakukan kegiatan administrasi, Underwriting, pembayaran klaim, pemasaran, dan/atau investasi Dana Tabarru’, masing-masing sesuai dengan kuasa atau wewenang yang diberikan dan ketentuan-ketentuan lainnya yang ditetapkan oleh Pengelola dan dengan imbalan berupa Ujrah.

Dana Tabarru’

Kumpulan dana yang berasal dari kontribusi Para Peserta, yang mekanisme penggunaannya sesuai dengan perjanjian asuransi Syariah yang disepakati.

Iuran Tabarru’

Sejumlah uang yang diambil dari Kontribusi untuk tujuan tolongmenolong di antara Para Peserta yang akan dimasukkan ke dalam Dana Tabarru’.

Ujrah Akuisisi dan Pemeliharaan

Ujrah sehubungan dengan permohonan asuransi dan penerbitan Polis, yang antara lain meliputi biaya-biaya pemeriksaan kesehatan, biaya-biaya pengadaan Polis dan pencetakan dokumen ujrah lapangan, ujrah pos dan telekomunikasi serta remunerasi karyawan dan agen.

Ujrah Pengelolaan Dana Tabarru’

Ujrah atas pengelolaan Dana Tabarru’.



Bapak Lutfi
(Pihak Yang Diasuransikan sebagai Peserta dan Pembayar Kontribusi Usia Masuk 30 tahun, saat membeli **AlliSy**a Preferred Medical

Plan yang dipilih
Plan Premier

Melakukan Pemilihan Risiko Sendiri Opsi 2

Kontribusi
Rp18.828.000 / tahun

Memilih metode pembayaran Autodebit Rekening Tabungan

Skenario Klaim Ilustrasi



Bapak Lutfi terdiagnosis penyakit Gagal Ginjal pada tahun ke-2 setelah membeli Polis **AlliSy**a Preferred Medical.



Bapak Lutfi menjalani pemeriksaan diagnosis untuk menentukan perawatan tahap selanjutnya, biaya yang timbul dibayar sesuai tagihan.



60 hari kemudian Bapak Lutfi menjalani Rawat Inap dan Perawatan Dialisis selama 30 hari di Rumah Sakit.

Asumsi biaya yang timbul atas perawatan Gagal Ginjal Bapak Lutfi selama 30 hari

Manfaat	Biaya	Total Biaya (Per 30 hari)
Kamar (1 tempat tidur terendah)	Rp1.650.000/hari	Rp49.500.000/hari
Kunjungan Dokter	Rp500.000/hari	Rp15.000.000/hari
Perawatan Dialisis	Rp50.000.000/paket	Rp50.000.000/paket
Pemeriksaan Penunjang	Rp60.000.000/tindakan	Rp60.000.000/tindakan
Biaya lain-lain Rawat Inap	Rp20.000.000	Rp20.000.000
Total Tagihan		Rp194.500.000
Klaim yang disetujui		Rp194.500.000

Kategori Rumah Sakit	Preferred Network	Non Preferred Network Indonesia + Malaysia	Non Preferred Network Di Luar Indonesia + Di Luar Malaysia
Risiko Sendiri (Biaya yang ditanggung sendiri)	Rp10.000.000	Rp20.000.000	Rp40.000.000
Yang dibayarkan oleh Pengelola	Rp184.500.000	Rp174.500.000	Rp154.500.000



Ilustrasi Manfaat

Skenario Klaim 1 - Klaim di Rp100 Juta

Plan		Plan Premier (As Charged)		
Klaim Dalam 1 Tahun Polis		Kategori Rumah Sakit		
		Preferred Network	Other Network (Asia kecuali SG, HK, JP)	Other Network (SG, HK, JP, AUS)
Klaim	Total Eligible Claim	100.000.000	100.000.000	100.000.000
	Risiko Sendiri Yang Dibayarkan Peserta	10.000.000	20.000.000	40.000.000
	Klaim Yang Dibayarkan Oleh Pengelola	90.000.000	80.000.000	60.000.000

Skenario Klaim 2 - Klaim Mencapai Jumlah Maksimal Risiko Sendiri

Plan		Plan Premier (As Charged)		
Klaim Dalam 1 Tahun Polis		Kategori Rumah Sakit		
		Preferred Network	Other Network (Asia kecuali SG, HK, JP)	Other Network (SG, HK, JP, AUS)
Klaim 1	Total Eligible Claim	5.000.000	5.000.000	5.000.000
	Risiko Sendiri Yang Dibayarkan Peserta	10.000.000	20.000.000	40.000.000
	Klaim Yang Dibayarkan Oleh Pengelola	-	-	-
Klaim 2	Total Eligible Claim	25.000.000	25.000.000	25.000.000
	Risiko Sendiri Yang Dibayarkan Peserta	5.000.000	15.000.000	35.000.000
	Klaim Yang Dibayarkan Oleh Pengelola	20.000.000	10.000.000	-
Klaim 3	Total Eligible Claim	100.000.000	100.000.000	100.000.000
	Risiko Sendiri Yang Dibayarkan Peserta	0*	0*	10.000.000*
	Klaim Yang Dibayarkan Oleh Pengelola	100.000.000	100.000.000	90.000.000

*) Risiko Sendiri yang dibayarkan Peserta ketika klaim kedua dan seterusnya telah mencapai jumlah maksimal Risiko Sendiri dalam 1 tahun Polis.

Catatan:

- SG, HK, JP, AUS: Singapura, Hong Kong, Jepang, Australia
- Skenario perhitungan Risiko Sendiri untuk Plan Extra dan Plan Premier adalah sama (untuk kategori Preferred Network dan Other Network Asia kecuali SG, HK, JP), kecuali skenario untuk kategori Other Network (SG, HK, JP, AUS) hanya berlaku jika Nasabah memilih Plan Premier.

Skenario Klaim 3 - Perhitungan klaim jika Peserta melakukan rawat inap di Indonesia dan perhitungan klaim secara Pro Rata

Plan	Plan Premier
Risiko Sendiri di Kategori Rumah Sakit Other Network (Asia kecuali SG, HK, JP)	Deductible sebesar Rp20.000.000,-
Klaim Yang Diajukan	Rawat inap selama 10 hari di Indonesia Pihak Yang Diasuransikan menempati kamar yang lebih tinggi 1 tingkat harga terdekat dari Plan karena kamar yang sesuai Plan penuh.
Rincian Biaya Per Hari	
Biaya Kamar	Rp2.500.000,- / hari
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Rp600.000,- / hari
Biaya lain-lain Rawat Inap hari ke-1 – 2	Rp30.000.000
Biaya lain-lain Rawat Inap hari ke-3 – 10	Rp100.000.000
Keterangan	Sesuai ketentuan Polis, jika kamar yang sesuai Plan penuh, Pihak Yang Diasuransikan dapat menempati kamar yang lebih tinggi 1 tingkat harga terdekat dari Plan yang dipilih, selama maksimal 2 hari berturut-turut. Sehingga: • Perawatan hari ke-1 – 2 (2 hari): dibayarkan sesuai tagihan • Perawatan hari ke 3 – 10 (8 hari): dibayarkan secara Pro-Rata
Perhitungan Klaim Pro Rata	$= \frac{\text{Harga Kamar Hak Pihak Yang Diasuransikan}}{\text{Harga Kamar Yang Digunakan}} \times \text{Total Tagihan Eligible Claim}$ $= \frac{\text{Rp1.650.000}}{\text{Rp2.500.000}} \times ((8 \times (\text{Rp2.500.000} + \text{Rp600.000})) + \text{Rp100.000.000})$ $= \text{Rp82.368.000}$
Rincian Klaim	
Total Pengajuan Klaim	Rp161.000.000
Total Eligible Claim	Biaya hari 1-2: (2 x (Rp2.500.000 + Rp600.000)) + Rp30.000.000 Biaya hari 3-10 (Pro Rata): Rp82.368.000 Total = Rp116.068.000
Total Klaim Yang Dibayarkan Oleh Peserta	(Rp161.000.000 – Rp116.068.000) + Rp20.000.000 (Deductible) = Rp64.932.000
Total Klaim Yang Dibayarkan Oleh Pengelola	Rp161.000.000 – Rp64.932.000 = Rp96.068.000

Klaim

Klaim Reimbursement

Pelayanan Kesehatan harus dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan di salah satu Rumah Sakit yang tercantum dalam Daftar Rumah Sakit dan Klinik namun tidak termasuk dalam Rumah Sakit dan Klinik Di Luar Cakupan Perlindungan.

Pengelola berhak untuk menolak klaim apabila Pelayanan Kesehatan dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan di Rumah Sakit/Klinik Di Luar Cakupan Perlindungan.

Dokumen Klaim Reimbursement

Pihak Yang Diasuransikan atau Peserta harus mengajukan kepada Pengelola dokumen-dokumen klaim Pelayanan Kesehatan berikut ini:

1. Fotokopi Identitas diri Pihak Yang Diasuransikan berupa Akte lahir (anak-anak), Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia (dewasa), dan paspor untuk warga negara asing (dewasa);
2. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan yang telah diisi lengkap dan benar dan ditandatangani oleh Pihak Yang Diasuransikan dan/atau Peserta;
3. Formulir Resume Medis yang telah diisi lengkap dan telah ditandatangani oleh Dokter yang merawat dengan cap/stempel asli dari Rumah Sakit;
4. Bukti pembayaran asli atas perawatan berupa kuitansi asli beserta perincian biaya-biaya masing-masing tindakan dan/atau Pelayanan Kesehatan;
5. Salinan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik;
6. Salinan resep yang berkaitan dengan perawatan;
7. Surat rujukan dari Dokter untuk perawatan dan pengobatan ke Dokter spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan Fisioterapi;
8. Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan/atau Data Medik;
9. Surat Keterangan dari Kepolisian dalam hal Pihak Yang Diasuransikan mengalami Kecelakaan;
10. Dokumen tambahan dari Dokter dalam hal Pihak Yang Diasuransikan mengalami kondisi Darurat; dan
11. Dokumen lain yang menunjang, jika diperlukan.

Seluruh dokumentasi klaim harus dibuat dan dikirimkan kepada Pengelola dalam waktu paling lama 30 hari kalender sejak tanggal penagihan atau tanggal Pihak Yang Diasuransikan meninggalkan Rumah Sakit, yang mana yang terjadi paling akhir. Dalam hal ketentuan ini tidak dipenuhi, Pengelola tidak akan membayarkan klaim Pihak Yang Diasuransikan

Apabila klaim disetujui oleh Pengelola, dan dengan tunduk pada syarat dan ketentuan lainnya dalam Syarat dan Ketentuan Polis (termasuk ketentuan yang mengatur mengenai *Eligible Claim* dan Risiko Sendiri), Pengelola akan membayar Manfaat Asuransi atas klaim tersebut kepada Peserta dalam waktu paling lama 7 hari kerja sejak dokumen klaim telah Pengelola terima dengan benar dan lengkap.

Klaim

Klaim Cashless

Fasilitas *Cashless* dapat digunakan oleh Pihak Yang Diasuransikan untuk Pelayanan Kesehatan yang dilakukan secara Rawat Inap sesuai yang tercantum dalam Tabel Manfaat dan sesuai dengan *Plan* yang Peserta pilih.

Untuk memanfaatkan Fasilitas *Cashless*, berlaku dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Pihak Yang Diasuransikan wajib menjalani Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang Pengelola tetapkan dari waktu ke waktu.
2. Pihak Yang Diasuransikan menunjukkan Kartu Pihak Yang Diasuransikan dan identitas diri lainnya kepada Jaringan Layanan Kesehatan pada saat akan melakukan Pelayanan Kesehatan.
3. Jaringan Layanan Kesehatan akan melakukan proses verifikasi dengan Pengelola sebelum Jaringan Layanan Kesehatan memberikan Pelayanan Kesehatan.
4. Peserta, Pihak Yang Diasuransikan, dan/atau Jaringan Layanan Kesehatan harus menyediakan informasi dan/atau data medis sehubungan dengan rencana Pelayanan Kesehatan tersebut secara lengkap dan benar. Atas informasi dan/atau data medis yang diberikan, Pengelola akan melakukan pemeriksaan awal untuk menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang diminta termasuk dalam cakupan Syarat dan Ketentuan Polis. Pengelola berhak meminta tambahan dokumen/rekam medis, hasil pemeriksaan penunjang, dan/atau informasi lain yang Pengelola anggap perlu untuk proses penilaian, dan berhak menunda atau menolak pemberian Fasilitas *Cashless* apabila informasi yang diminta tidak diberikan. Setelah Pengelola melakukan pemeriksaan awal:
 - a. Jika Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Syarat dan Ketentuan Polis, Pengelola akan menerbitkan surat persetujuan Rawat Inap kepada Jaringan Layanan Kesehatan. Namun demikian, Kami dapat membatalkan surat persetujuan Rawat Inap pada setiap saat jika Pelayanan Kesehatan yang terjadi tidak sesuai dengan Syarat dan Ketentuan Polis atau jika terdapat indikasi bahwa diagnosis atau perawatan termasuk dalam hal-hal yang tidak dijamin atau dikecualikan dalam Syarat dan Ketentuan Polis atau apabila terdapat ketidaksesuaian antara informasi awal dengan kondisi/diagnosis/tindakan yang sebenarnya. **Surat persetujuan Rawat Inap bersifat sementara dan administratif, diterbitkan berdasarkan informasi awal, dan bukan merupakan jaminan bahwa klaim akan dibayar, yang tetap tunduk pada penilaian klaim akhir berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis; atau**
 - b. Jika Pengelola belum dapat menilai apakah Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan termasuk dalam cakupan Syarat dan Ketentuan Polis, Pengelola berhak untuk tidak menerbitkan surat persetujuan Rawat Inap sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan yang akan dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan. Namun demikian, Pihak Yang Diasuransikan dapat mengajukan klaim atas biaya Pelayanan Kesehatan tersebut kepada Pengelola secara *Reimbursement*, sesuai dengan prosedur pengajuan klaim secara *Reimbursement* sebagaimana diatur dalam Syarat dan Ketentuan Polis.

Klaim

Catatan:

- i. Sebelum Pihak Yang Diasuransikan meninggalkan Rumah Sakit atau Klinik, Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan harus membayar seluruh biaya Pelayanan Kesehatan yang tidak dilindungi (Ekses Klaim) berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis (termasuk biaya yang timbul sebagai akibat diberlakukannya ketentuan Pembayaran Pro Rata serta biaya lain yang tidak dijamin, melebihi Batas Dalam Tabel Manfaat, Batas Manfaat Tahunan, Batas Manfaat Tahunan Tambahan, atau timbul karena peningkatan kelas kamar/layanan atas permintaan Pihak Yang Diasuransikan).
- ii. Fasilitas *Cashless* merupakan layanan atau fasilitas tambahan untuk memudahkan Pihak Yang Diasuransikan dalam melakukan Pelayanan Kesehatan di Jaringan Layanan Kesehatan. Oleh karena itu, Pengelola sewaktu-waktu berhak untuk membatasi atau menghentikan Fasilitas *Cashless* ini dan/atau menentukan tata cara atau prosedur Fasilitas *Cashless* berdasarkan Perlindungan ini (termasuk perubahan Jaringan Layanan Kesehatan dari waktu ke waktu).

Klaim Manfaat Meninggal Dunia

Pengajuan klaim pembayaran Manfaat Meninggal Dunia wajib dilengkapi dengan berkas-berkas antara lain:

- a. Formulir klaim meninggal dunia yang harus diisi dengan lengkap dan benar oleh Penerima Manfaat.
- b. Formulir klaim meninggal dunia yang harus diisi dengan lengkap dan benar oleh Dokter yang melakukan perawatan atas Pihak Yang Diasuransikan.
- c. Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan/atau Data Medik yang diisi dan ditandatangani di atas meterai oleh Penerima Manfaat.
- d. Fotokopi Surat Keterangan Meninggal dari Instansi Pemerintahan yang berwenang (Kutipan Akte Kematian).
- e. Fotokopi Surat Keterangan dari Kepolisian dalam hal penyebab kematian Pihak Yang Diasuransikan yang tidak wajar, tidak diketahui atau karena Insiden, serta hasil autopsi atau visum dari Dokter.
- f. Surat pernyataan yang menjelaskan kronologis kematian Pihak Yang Diasuransikan yang disiapkan secara lengkap dan benar serta ditandatangani oleh Penerima Manfaat (apabila Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia di rumah tanpa perawatan Dokter).
- g. Fotokopi hasil pemeriksaan medis yang terkait dengan dengan Polis/pengajuan klaim ini sehubungan dengan tindakan medis, perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang dilakukan dan/atau diterima oleh Pihak Yang Diasuransikan.
- h. Formulir pemberitahuan nomor rekening yang telah diisi secara lengkap dan benar oleh Penerima Manfaat, dan fotokopi buku rekening Penerima Manfaat.
- i. Fotokopi identitas diri Pihak Yang Diasuransikan berupa Akte lahir (anak-anak), Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia (dewasa), dan paspor untuk warga negara asing (dewasa).
- j. Fotokopi identitas diri Penerima Manfaat berupa Akte lahir (anak-anak), Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia (dewasa), dan paspor untuk warga negara asing (dewasa).
- k. Fotokopi dokumen pendukung yang menjelaskan hubungan antara Pihak Yang Diasuransikan dengan Penerima Manfaat.
- l. Dokumen lainnya (jika diperlukan).

Klaim

Catatan:

- Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani serta dokumen pendukung lainnya sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam Syarat dan Ketentuan Polis dan formulir klaim harus sudah diterima di Kantor Pusat Kami di Jakarta paling lambat 60 hari setelah tanggal terjadinya risiko. Dalam hal ketentuan ini tidak dipenuhi, Pengelola tidak akan membayarkan klaim.
- Klaim Manfaat Meninggal Dunia akan Pengelola bayarkan selambat-lambatnya 14 hari kerja sejak klaim Pengelola setuju dan dokumen klaim telah Pengelola terima dengan benar dan lengkap.

Ekses Klaim

Saat meninggalkan Rumah Sakit atau Klinik, Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan bertanggung jawab untuk membayar biaya yang tidak ditanggung (Ekses Klaim) berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis. Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan tidak terbebas dari kewajiban membayar Ekses Klaim dan harus tetap bertanggung jawab untuk membayar Ekses Klaim apabila:

- a. Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan tidak membayar Ekses Klaim tersebut pada saat Pihak Yang Diasuransikan meninggalkan Rumah Sakit; atau
- b. Setelah Pengelola menerima dokumen klaim dari Rumah Sakit atau Klinik (termasuk tagihan dan rincian Pelayanan Kesehatan dan biaya), Pengelola menemukan bahwa:
 - 1) Rumah Sakit atau Klinik tidak menagihkan atau terdapat kekurangan dalam menagihkan Ekses Klaim kepada Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan; atau
 - 2) Terdapat kondisi yang tidak sesuai dengan Syarat dan Ketentuan Polis atau jika terdapat indikasi bahwa diagnosis perawatan termasuk dalam hal-hal yang tidak dijamin atau dikecualikan dalam Syarat dan Ketentuan Polis; dan/atau
 - 3) Terdapat penyesuaian Manfaat Asuransi (termasuk berdasarkan ketentuan Batas Dalam Tabel Manfaat, Batas Manfaat Tahunan, Batas Manfaat Tahunan Tambahan, atau ketentuan lain dalam Polis) yang menyebabkan adanya selisih yang menjadi tanggungan Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan.

Catatan:

Dalam hal tersebut di atas, Pengelola akan menagihkan Ekses Klaim tersebut kepada Peserta. Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan harus membayar Ekses Klaim tersebut kepada Pengelola dalam waktu 14 hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim diterbitkan oleh Pengelola. Pengelola tidak akan membayar Manfaat Asuransi apapun dan/atau memberikan Fasilitas *Cashless* selanjutnya apabila Pengelola belum menerima pembayaran Ekses Klaim tersebut setelah 14 hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim tersebut. Jika Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan belum membayar Ekses Klaim tersebut dalam waktu 30 hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim diterbitkan oleh Pengelola, Pengelola berhak untuk melakukan satu atau lebih tindakan-tindakan berikut ini: (a) memperhitungkan (*set-off*) Ekses Klaim dengan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan pada kemudian hari; dan/atau (b) mengakhiri Polis Peserta, tanpa menghilangkan kewajiban Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan untuk membayar Ekses Klaim yang terutang kepada Pengelola.

Pengecualian

- I. Pengelola tidak berkewajiban membayar Manfaat Meninggal Dunia berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis apabila Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia disebabkan secara langsung maupun tidak langsung karena:
 1. Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia karena bunuh diri dalam jangka waktu 1 tahun sejak Tanggal Efektif Perlindungan atau tanggal Pemulihan Polis (mana yang paling akhir).
 2. Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia dalam Masa Asuransi karena dihukum mati oleh pengadilan, atau karena dengan sengaja melakukan atau turut serta dalam suatu tindak kejahatan atau suatu percobaan tindak kejahatan, baik aktif maupun tidak, atau apabila Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia akibat tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki atau turut memiliki kepentingan dalam Polis.
- II. Pengelola tidak akan membayar setiap Manfaat Asuransi untuk setiap Pelayanan Kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan yang timbul dari, disebabkan oleh, atau terkait dengan:
 1. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang terjadi sebelum Tanggal Efektif Perlindungan.
 2. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang berhubungan dengan Kondisi *Pre-Existing*, termasuk komplikasinya.
 3. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang terjadi dalam Masa Tunggu.

Untuk menghindari keraguan, apabila suatu Penyakit (termasuk kanker dan HIV/AIDS), Penyakit Khusus, kondisi, atau Cedera, keadaan kesehatan, atau ketidakmampuan termasuk dalam Kondisi *Pre-Existing* atau termasuk dalam pengecualian lain berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis, maka Perlindungan berdasarkan Polis tidak berlaku (meskipun Pelayanan Kesehatan untuk Penyakit (termasuk kanker dan HIV/AIDS), Penyakit Khusus, kondisi, atau Cedera, keadaan kesehatan atau ketidakmampuan tersebut dilakukan setelah berakhirnya Masa Tunggu).
 4. Kanker yang terjadi dalam Periode Eliminasi; dalam hal tersebut, Pengelola tidak akan membayar setiap Manfaat Asuransi (termasuk Manfaat Perawatan Kanker) untuk setiap Pelayanan Kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan kanker tersebut, termasuk Pelayanan Kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan lanjutan yang dilakukan setelah Periode Eliminasi dan Masa Tunggu untuk Penyakit kanker dan/atau Manfaat Perawatan Penyakit Kanker berakhir.
 5. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang tidak Dibutuhkan Secara Medis dan/atau yang menimbulkan biaya yang melebihi Biaya Yang Wajar.
 6. Gangguan mental, perilaku, kejiwaan, psikologis atau syaraf termasuk tetapi tidak terbatas pada anxiety, anorexia, depresi, stres, psikosis, neurosis, fatigue, komplikasi kejiwaan fisik, psikogeriatik dan manifestasi fisiologis atau psikosomatis, serta perawatandan/atau pengobatan pada saat Pihak Yang Diasuransikan di bawah pengaruh atau terlibat dalam penggunaan narkotika, alkohol, psikotropika, racun, gas, atau kecanduan atas bahan – bahan sejenis atau Obat – obatan, kecuali yang digunakan sebagai obat menurut resep Dokter.

Pengecualian

7. Kehamilan (pra/selama/pasca kehamilan), termasuk komplikasi kehamilan karena Kecelakaan, Insiden, keguguran atau kelahiran, penghentian kehamilan, perawatan pra-kehamilan atau setelah melahirkan, atau komplikasi akibat disfungsi atau kekurangan fungsi, kontrasepsi, sterilisasi, metode pengaturan kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, dan semua jenis bantuan prosedur reproduksi, semua terapi hormonal yang berhubungan dengan syndrome premenopause, termasuk semua komplikasi yang terjadi.
8. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan untuk mengurangi atau menambah berat badan, termasuk semua komplikasi yang terjadi.
9. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang berkaitan dengan kosmetik, termasuk bedah plastik, kecuali bedah plastik rekonstruksi fungsional yang Dibutuhkan Secara Medis yang dilakukan dalam kurun waktu 6 bulan sejak tanggal Pembedahan yang dilakukan sebelum dan terkait dengan tindakan bedah plastik rekonstruksi fungsional tersebut.
10. Pemeriksaan mata, kelainan refraksi mata termasuk miopia, dan/atau pembelian/penyewaan kacamata/lensa (termasuk tetapi tidak terbatas pada lensa non monofokal yang digunakan sebagai pencegahan dini suatu penyakit), kecuali untuk perawatan Lasik dengan kelainan refraksi yang lebih dari 5 dioptri.
11. Pemeriksaan fisik secara berkala, pemeriksaan kesehatan (*Medical Check Up*) (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan genetik yang bertujuan memprediksi risiko penyakit dan/atau sebagai pencegahan dini suatu penyakit) atau pemeriksaan penunjang yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosis dari Penyakit atau Cedera yang ditanggung.
12. Biaya yang dikeluarkan bukan untuk pengobatan langsung pada Penyakit atau Cedera (biaya non medis), namun tidak termasuk biaya administrasi.
13. Imunisasi dan vaksinasi, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.
14. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan, termasuk komplikasinya, yang berkaitan dengan:
 - a. Kelainan bawaan. Untuk menghindari keraguan, kelainan bawaan dapat timbul atau muncul di seluruh jenjang usia, dan tidak terbatas pada kelainan bawaan yang terlihat pada, atau gejala atau keluhannya muncul pada saat lahir (*birth defects*). Penentuan kelainan bawaan akan mengacu pada, antara lain, diagnosis Dokter dan/atau literatur atau jurnal kedokteran (baik dalam dan luar negeri);
 - b. Kelainan dan/atau keterlambatan tumbuh kembang; dan/atau
 - c. Sunat yang tidak berkaitan dengan Penyakit atau Cedera.
15. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan, termasuk komplikasinya yang berkaitan dengan Penyakit menular seksual, perubahan jenis kelamin, penggantian kelamin atau Penyakit seksual.
16. Keluarga Berencana, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.

Pengecualian

17. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan, termasuk komplikasinya akibat:
 - a. Terlibat aktif dalam perang, kerusuhan, perkelahian, atau perbuatan kejahatan,
 - b. Cedera yang disengaja serta percobaan bunuh diri, dan/atau
 - c. Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan, pelanggaran hukum, atau percobaan pelanggaran hukum yang dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan, atau perlawanan yang dilakukan oleh Pihak Yang Diasuransikan pada saat terjadinya penahanan atas diri seseorang (termasuk Pihak Yang Diasuransikan) yang dijalankan oleh pihak yang berwenang.
18. Pihak Yang Diasuransikan melakukan dan/atau berpartisipasi dalam kegiatan atau olahraga yang berbahaya (baik yang dilakukan dengan mendapatkan remunerasi/imbalan atau tidak), termasuk namun tidak terbatas pada, balap, kompetisi atau lomba kecepatan (selain berjalan kaki atau berenang) atau bela diri, potholing, panjat tebing, panjat gunung, mendaki menggunakan tali atau alat bantu, menyelam pada kedalaman lebih dari 30 meter, kegiatan menyelam yang melibatkan penggunaan alat bantu pernapasan, *sky diving*, *cliff diving*, *bungee jumping*, *BASE jumping (Building Antenna Span Earth)*, paralayang, gantole dan terjun payung.
19. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan, termasuk komplikasinya, yang diakibatkan karena Pihak Yang Diasuransikan turut dalam suatu penerbangan selain sebagai penumpang resmi atau awak pesawat udara dari maskapai penerbangan komersil, yang penerbangannya terjadwal, rutin dan berlisensi.
20. Rawat Jalan kecuali Rawat Jalan yang harus dilakukan Pihak Yang Diasuransikan akibat Kecelakaan, Insiden, kondisi Darurat, dan/atau Keadaan Kahar.
21. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang berhubungan dengan gigi beserta komplikasinya, kecuali yang dilakukan sebagai akibat keadaan Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden. Namun demikian, pemasangan gigi palsu, mahkota gigi, dan implan gigi dengan sebab apapun, termasuk akibat keadaan Darurat, Keadaan Kahar, Kecelakaan, atau Insiden dikecualikan dari Perlindungan berdasarkan Syarat dan Ketentuan Polis.
22. Setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang telah mendapat penggantian dari Pemerintah, asuransi kesehatan lainnya dan/atau pihak lain.
23. Perawatan eksperimental termasuk obat-obatan, penggunaan obat-obatan, teknologi dan/atau prosedur medis yang tidak konvensional yang belum terbukti efektif berdasarkan praktik medis yang sudah ada, dan belum mendapatkan persetujuan dari badan yang diakui di negara tempat Pihak Yang Diasuransikan menjalani perawatan dan/atau pengobatan termasuk namun tidak terbatas pada Pedoman Nasional Pelayanan Kesehatan dan Standar Pelayanan Medik yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Pengecualian

24. Khusus untuk *Plan Standard*, setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang timbul dari, disebabkan oleh, atau terkait HIV/AIDS.
 25. Khusus untuk *Plan Standard*, perawatan di rumah atau *home care* (termasuk kunjungan perawat/tenaga medis dan layanan pendamping); rehabilitasi (termasuk program rehabilitasi medis maupun non-medis); pengobatan tradisional, komplementer, atau alternatif (termasuk akupunktur, herbalisme /jamu, *chiropractic*, homeopati, dan sejenisnya); transplantasi organ atau jaringan (termasuk evaluasi donor/penerima, tindakan, obat-obatan terkait transplantasi, dan kontrol lanjutan); pembelian peralatan medis tahan lama untuk membantu aktivitas sehari-hari Pihak Yang Diasuransikan; pembelian anggota tubuh artifisial; serta perawatan paliatif.
 26. Khusus untuk *Plan Standard*, setiap perawatan, pengobatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang berhubungan Penyakit Khusus, termasuk komplikasi yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari Penyakit Khusus tersebut.*
- III. Jika Pihak Yang Diasuransikan telah mengungkapkan Kondisi *Pre-Existing* secara benar dan lengkap pada saat mengisi dan mengajukan FAAKPS, berlaku ketentuan sebagai berikut:
- a. Jika pengajuan FAAKPS tersebut telah Pengelola setuju, baik dengan syarat tambahan Kontribusi (*sub-standard*) atau tanpa tambahan Kontribusi (*standard*), Pengelola berhak untuk tidak menerapkan pengecualian yang disebutkan dalam Poin (II)(2) di atas, terbatas pada Kondisi *Pre-Existing* yang
 - b. Jika pengajuan FAAKPS tersebut telah disetujui namun Pengelola menerbitkan dokumen yang menyatakan bahwa Kondisi *Pre-Existing* yang diungkapkan tersebut dikecualikan selamanya dari Manfaat Asuransi dalam Syarat dan Ketentuan Polis (permanent exclusion), pengecualian yang diatur dalam Poin (II)(2) di atas berlaku, dan Pengelola tidak akan membayar klaim yang timbul, baik secara langsung maupun tidak langsung, dari Kondisi *Pre-Existing* yang diungkapkan tersebut dan segala komplikasinya.

Catatan Khusus untuk *Plan Standard*:

*) Jika Pengelola telah memperpanjang Masa Asuransi, maka terhitung sejak Tanggal Perpanjangan Masa Asuransi yang pertama sejak Tanggal Efektif Perlindungan, pengecualian atas Penyakit Khusus sebagaimana diatur pada Pengecualian poin II nomor 26 diatas tidak berlaku kembali untuk Masa Asuransi berikutnya.

Layanan Pengaduan Dan Penyelesaian Sengketa

1. Layanan Pengaduan

- a. Peserta dapat menyampaikan pengaduan secara tertulis atau lisan kepada Pengelola melalui jalur layanan pengaduan yang disediakan oleh Pengelola.
- b. Pengelola akan menindaklanjuti pengaduan tersebut dalam jangka waktu sebagai berikut:
 - (i) Untuk pengaduan secara lisan: 5 hari kerja sejak pengaduan diterima oleh Pengelola (atau jangka waktu lainnya yang dari waktu ke waktu diatur dalam peraturan yang ditetapkan oleh Otoritas Jasa Keuangan ("OJK")).
 - (ii) Untuk pengaduan secara tertulis: 10 hari kerja sejak dokumen pendukung diterima secara lengkap oleh Pengelola (atau jangka waktu lainnya yang dari waktu ke waktu diatur dalam peraturan yang ditetapkan oleh OJK).
- c. Jika terdapat kondisi tertentu sebagaimana yang diatur dalam peraturan yang ditetapkan oleh OJK, dan dengan melakukan pemberitahuan sebelumnya kepada Peserta, Pengelola dapat (i) memperpanjang jangka waktu yang disebutkan dalam poin (1)(b) ini; atau (ii) menindaklanjuti pengaduan tersebut di luar jangka waktu yang disebutkan dalam ayat (1)(b) poin ini.
- d. Informasi lebih lanjut mengenai jalur layanan pengaduan dan prosedur pengaduan tersedia untuk Peserta di situs resmi Pengelola.
- e. Dalam hal tidak terdapat kesepakatan terhadap hasil tindak lanjut pengaduan sebagaimana disebutkan dalam poin (1) ini, Peserta dapat menyampaikan pengaduan kepada OJK untuk penanganan pengaduan sesuai dengan kewenangan OJK atau menyelesaikan sengketa terkait pengaduan tersebut sesuai dengan ketentuan poin (2) ini.

2. Penyelesaian Sengketa

- a. Apabila timbul sengketa antara Peserta dan Pengelola atau pihak lain yang berkepentingan dengan Polis, maka sengketa dapat terlebih dahulu diselesaikan melalui musyawarah untuk mufakat.
- b. Dalam hal sengketa sebagaimana disebutkan dalam poin (2)(a) ini tidak dapat diselesaikan dan tidak mencapai kesepakatan, Pengelola dan Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan dapat menyelesaikan sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan yang berwenang.
- c. Penyelesaian sengketa di luar pengadilan sebagaimana yang dimaksud pada poin (2)(b) ini, dilakukan melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa yang ditetapkan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK), antara lain Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan atau Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa lainnya yang berwenang dan ditetapkan oleh OJK dari waktu ke waktu.

Pelayanan, Penyelesaian Pengaduan Dan Klaim

Apabila ada pertanyaan dan keluhan terkait produk dan/atau layanan Pengelola, silakan menyampaikan pertanyaan dan keluhan melalui *Customer Center* Pengelola:

Alamat:

PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Customer Lounge
World Trade Centre 6, Ground Floor
Jl. Jenderal Sudirman Kav. 29-31
Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Corporate Number:

+62 21 2926 8888

Website:

www.allianz.co.id

AllianzCare Syariah:

1500 139

Email:

allianzcaresyariah@allianz.co.id