

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN/ATAU LAYANAN VERSI UMUM

PANIN FLEXI HEALTH PLAN

Nama Penerbit	: PT Panin Dai-ichi Life	Jenis Produk	: Asuransi Kesehatan
Nama Produk	: Panin Flexi Health Plan	Mata Uang	: Rupiah
Deskripsi Produk	: Panin Flexi Health Plan adalah solusi perlindungan kesehatan dengan besaran premi yang ditentukan berdasarkan profil risiko individu sehingga lebih adil dan personal dengan manfaat yang komprehensif, mulai dari rawat inap, rawat jalan, hingga manfaat tambahan lainnya dalam pilihan limit manfaat yang sesuai kebutuhan.		

FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN

Usia Masuk Tertanggung	1 bulan – 70 tahun Perhitungan berdasarkan ulang tahun terdekat	Masa Pertanggungan	1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang hingga Tertanggung berusia 99 (sembilan puluh sembilan) tahun
Usia Masuk Pemegang Polis	18 – 75 tahun Perhitungan berdasarkan ulang tahun terdekat	Masa Pembayaran Premi	Sama dengan Masa Pertanggungan
Premi	Besarnya Premi pada suatu Tahun Pertanggungan yang disetujui akan ditentukan berdasarkan Usia Tertanggung, Jenis Kelamin, Jenis Plan yang dipilih, Keputusan Seleksi Risiko (Underwriting) (jika ada), dan/atau Multiplier (jika ada), inflasi medis (jika ada), dan No Claim Discount yang dikenakan (jika ada).	Frekuensi Pembayaran Premi	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan
		Manfaat Pertanggungan	Mengacu pada masing – masing Plan

MANFAAT PERTANGGUNGAN

1. Manfaat Rawat Inap

Manfaat Pertanggungan yang ditetapkan dalam Tabel Manfaat Pertanggungan merupakan setiap penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan atas pelayanan dan perawatan bagi Tertanggung yang Diperlukan Secara Medis, dengan maksimum penggantian biaya sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Pertanggungan yang mencakup:

- a. Biaya Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit
- b. Biaya Unit Perawatan Intensif/ICU
- c. Biaya Obat-obatan dan Aneka Perawatan Rumah Sakit
- d. Kunjungan Dokter Umum di Rumah Sakit
- e. Kunjungan Dokter Spesialis di Rumah Sakit
- f. Biaya Laporan Medis
- g. Biaya Ambulan Lokal
- h. Biaya Tindakan Bedah

RISIKO

1. Risiko klaim ditolak disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan dari Polis.
2. Risiko pengembalian Premi yang sudah dibayarkan setelah dikurangi biaya yang ditentukan oleh Penanggung (termasuk biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada)), karena pembatalan Polis dalam masa mempelajari Polis (*FreeLook Period*) kepada Penanggung yang disebabkan oleh Pemegang Polis tidak menyetujui isi Ketentuan Polis, SPAJ dan semua dokumen terkait, baik sebagian maupun keseluruhan.
3. Risiko berakhirnya Pertanggungan karena Pemegang Polis tidak melanjutkan pembayaran Premi Polisnya sampai

- i. Biaya Akomodasi Penunggu Pasien (untuk Tertanggung yang berusia kurang dari 15 tahun atau lebih dari 55 tahun)

2. Manfaat Rawat Jalan (Terkait Rawat Inap)

Pelayanan Rawat Jalan untuk suatu Penyakit atau Cedera dengan diagnosis/alasan/keluhan yang berhubungan dengan Penyakit penyebab Tertanggung menjalani Rawat Inap, diberikan penggantian biaya sesungguhnya yang timbul dari pelayanan dan perawatan Tertanggung yang Dibutuhkan Secara Medis dengan Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan, dengan maksimum penggantian biaya sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Pertanggungans Dasar yang mencakup:

- a. Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap
- b. Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap
- c. Biaya Perawatan oleh Juru Rawat setelah Rawat Inap
- d. Fisioterapi
- e. Protesa

3. Manfaat Rawat Jalan

Pelayanan Rawat Jalan untuk suatu Penyakit atau Cedera yang diderita, diberikan penggantian biaya sesungguhnya yang timbul dari pelayanan dan perawatan Tertanggung yang Dibutuhkan Secara Medis dengan Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan, dengan maksimum penggantian biaya sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Pertanggungans Dasar yang mencakup:

- a. Rawat Jalan Cuci Darah (Hemodialysis)
- b. Perawatan Kanker
- c. Biaya Pembedahan Pulang Hari (one day surgery)
- d. Biaya Perawatan Sebelum Pembedahan Pulang Hari
- e. Biaya Perawatan Setelah Pembedahan Pulang Hari
- f. Perawatan Luka Bakar
- g. Biaya Rawat Jalan akibat Kecelakaan
- h. Rawat Jalan Lanjutan karena Kecelakaan

4. Manfaat Tambahan Lainnya

- a. Biaya Perawatan Psikiatris dan Psikologis
- b. Biaya Perawatan Paliatif
- c. Santunan Tunai
- d. Santunan Pemakaman

5. Maksimum Manfaat per Tahun adalah Maksimum manfaat yang dapat dibayarkan untuk seluruh manfaat Rawat Inap dan/atau Rawat Jalan per tahun Pertanggungans tercantum dalam Tabel Manfaat Pertanggungans.

6. Tambahan Maksimum Manfaat Seumur Hidup adalah manfaat tambahan di luar batas Maksimum Manfaat Tahunan yang diberikan Penanggung kepada Tertanggung dengan jumlah tertentu sebagaimana yang dipilih Pemegang Polis pada Tabel Manfaat Pertanggungans yang jumlahnya akan berkurang sesuai dengan penggunaannya selama Masa Pertanggungans.

dengan Masa Leluasa (Grace Period) berakhir.

- 4. Risiko yang berhubungan dengan perubahan kondisi ekonomi, kebijakan politik, hukum, dan peraturan pemerintah yang bisa mengakibatkan peningkatan biaya kesehatan yang dapat mempengaruhi kecukupan manfaat yang diterima oleh Tertanggung di masa mendatang.
- 5. Manfaat asuransi yang dibayarkan oleh Penanggung terbatas pada jumlah manfaat yang tercantum dalam Polis sehingga terdapat kemungkinan biaya perawatan yang timbul melebihi manfaat yang tersedia.
- 6. Manfaat asuransi tidak dapat dibayarkan apabila peristiwa yang diklaim terjadi dalam masa tunggu (*waiting period*) sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Polis.

BIAYA

- 1. Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya pemeriksaan kesehatan, pengadaan Polis digital, remunerasi karyawan, tenaga pemasar dan komisi bank.
- 2. Pajak akan dikenakan berdasarkan peraturan perundang-undangan bidang perpajakan yang berlaku.
- 3. Biaya-biaya lainnya yang mungkin dikenakan kepada Pemegang Polis (jika ada) adalah biaya yang terkait dengan Pemulihan Polis seperti Premi tertunggak dan bunga atas Premi tertunggak.

Keterangan lengkap mengenai Manfaat Pertanggungan, termasuk syarat-syarat dan Pengecualian tercantum pada Polis, berlaku dan mengikat.

PENGEUALIAN

Semua Pertanggungan dan manfaat tidak akan dibayarkan, apabila Tertanggung menjalani rawat inap, tindakan bedah dan rawat jalan yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung, oleh satu atau lebih keadaan di bawah ini:

1. *Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya.*
2. *Setiap Penyakit, Cedara atau Ketidakmampuan yang tanda atau gejalanya dimulai atau terjadi dalam Masa Tunggu.*
3. *Penyakit tertentu yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak tanggal berlaku Pertanggungan, atau tanggal pemulihan atau tanggal perubahan plan (mana yang paling akhir), baik Tertanggung telah mengetahuinya ataupun tidak, termasuk namun tidak terbatas pada yang diakibatkan oleh Kecelakaan, yang mencakup:*
 - a. *Katarak;*
 - b. *Semua jenis kelainan telinga dan tenggorokan, Kondisi abnormal rongga hidung, sekat hidung atau kerang hidung (turbيناتes), termasuk sinus;*
 - c. *Penyakit pada tonsil atau adenoid dan/atau yang memerlukan pembedahan;*
 - d. *Penyakit kelenjar gondok (Tiroid);*
 - e. *Penyakit Autoimun termasuk namun tidak terbatas pada SLE (Systemic Lupus Erythematosus);*
 - f. *Tuberkulosis, Asma, PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik);*
 - g. *Penyakit Tekanan Darah Tinggi dan/atau Pembuluh darah otak;*
 - h. *Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (Kardiovaskuler);*
 - i. *Penyakit Kencing Manis;*
 - j. *Radang atau tukak pada lambung atau pada usus dua belas jari dan/atau dispepsia;*
 - k. *Radang dan/atau batu kandung empedu;*
 - l. *Batu pada ginjal, saluran kemih atau kandung kemih, dan/atau kelainan ginjal;*
 - m. *Semua jenis kanker dan/atau tumor/benjolan/kista baik jinak maupun ganas;*
 - n. *Penyakit Osteoarthritis, semua jenis kelainan sendi, otot dan ligamennya oleh sebab apapun termasuk Kecelakaan;*
 - o. *Semua jenis kelainan sistem reproduksi pria atau wanita, termasuk namun tidak terbatas pada Fibroid/Miom di rahim, endometriosis, varikokel, hidrokel, atau tindakan Histerektomi baik dengan atau tanpa pengangkatan saluran telur dan indung telur;*
 - p. *Semua Jenis Hernia termasuk Herniasi Nukleus Pulposus (HNP), kelainan tulang belakang termasuk kelainan seperti bulging atau gejala lainnya, oleh sebab apapun termasuk Kecelakaan;*
 - q. *Wasir, Fistula Ani / Perianal Fistula dan/atau Abses; dan/atau*
 - r. *Hepatitis dan/atau kelainan hati*

Perawatan yang disebabkan oleh atau sehubungan dengan penyakit-penyakit tersebut di atas dapat dibayarkan apabila terjadi setelah melewati periode tersebut dengan tetap merujuk pada ketentuan Polis.

4. *Biaya yang tidak sesuai dengan kenyataan dan keperluan, dan bukan Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan pada perawatan suatu Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan dengan standar yang serupa dengan tempat dimana biaya tersebut terjadi ketika adanya penyediaan jasa medis atau perawatan yang serupa dan sebanding, atau merupakan pilihan pembedahan atau perawatan yang tidak Dibutuhkan Secara Medis.*
5. *Biaya yang timbul dari upaya mendonorkan organ dan jaringan tubuh serta semua komplikasinya termasuk namun tidak terbatas pada biaya Tindakan Bedah, biaya organ yang didonorkan dan biaya*

bantuan hukum; Biaya yang timbul dari upaya penerimaan organ yang didonorkan selain biaya Tindakan Bedah.

- 6. Rawat Jalan yang tidak terkait dengan Rawat Inap, kecuali manfaat Rawat Jalan dan manfaat tambahan lainnya yang tertera pada Tabel Manfaat Pertanggungangan.*
- 7. Penyakit, Cedera, Ketidakmampuan atau setiap keadaan yang disebabkan oleh tindakan percobaan bunuh diri atau pencederaan diri, baik dilakukan dalam keadaan sadar ataupun tidak sadar termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung.*
- 8. Perawatan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan seperti operasi bariatrik, bulimia, anoreksia nervosa termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung.*
- 9. Pemeriksaan mata, kesalahan refraksi mata termasuk rabun jauh (Myopia), pembelian/penyewaan kacamata/lensa (lensa selain monofokal) atau alat bantu pendengaran.*
- 10. Perawatan dan/atau pembedahan untuk mengubah jenis kelamin termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung.*
- 11. Semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan atau pembedahan gigi termasuk bedah mulut, gusi, atau struktur penyangga gigi (mandibula dan maksila) secara langsung dan pengobatan yang terkait dengannya kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan.
Khusus pemasangan gigi palsu, mahkota gigi dan implan gigi karena sebab apapun termasuk karena Kecelakaan tetap dikecualikan.*
- 12. Kanker yang diketahui gejalanya oleh Tertanggung yang telah didiagnosis atau mendapat pengobatan dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak tanggal berlakunya Pertanggungangan atau tanggal pemulihan atau tanggal perubahan plan, tergantung tanggal mana yang paling akhir terjadinya.*
- 13. Perawatan yang berhubungan dengan kehamilan/upaya untuk hamil, termasuk melahirkan, diagnosis dan perawatan ketidaksuburan, keguguran, aborsi, sterilisasi (vasektomi/MOP dan tubektomi/MOW) dan kontrasepsi, metode-metode pengaturan kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya.*
- 14. Sunat dengan segala konsekuensinya selain sunat yang dilaksanakan sehubungan dengan Kecelakaan atau Penyakit yang diderita oleh Tertanggung.*
- 15. Pengobatan atau pembedahan untuk cacat bawaan baik herediter (keturunan) maupun kongenital (bawaan dari lahir), gangguan tumbuh kembang, termasuk namun tidak terbatas pada Failure To Thrive (FTT), gangguan pemusatan perhatian (Autisme), dan retardasi mental yang sudah diketahui atau belum diketahui sebelumnya. Dalam hal penyebab kondisi medis tidak dapat ditentukan apakah merupakan kelainan bawaan/kongenital atau kelainan yang didapat setelah lahir, maka penyebab kondisi medis akan mengacu pada literatur/jurnal kedokteran barat yang mencantumkan lebih besar kemungkinan kondisi medis yang diderita merupakan kelainan bawaan/cacat lahir/kelainan/keterlambatan perkembangan/penyakit keturunan (hereditary disease)/kongenital.*
- 16. Tindakan Bedah dan/atau Perawatan yang dilakukan semata-mata karena keinginan Tertanggung tanpa adanya Cedera atau Penyakit; pembedahan percobaan (explorative); pembedahan dan/atau Perawatan Eksperimental (tidak memenuhi standar WHO atau KEMENKES RI) termasuk tindakan Digital Subtraction Angiography (DSA) dengan flushing; pembedahan untuk tujuan kosmetik atau pembedahan plastik kecuali untuk rekonstruksi yang disebabkan oleh Cedera atau Penyakit yang terjadi dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sejak tanggal tindakan bedah awal.*
- 17. Biaya pemeriksaan kesehatan rutin (medical check up), biaya pemeriksaan atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis/alasan/keluhan Rawat Inap, biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Dokter,*

biaya preventif (pencegahan Penyakit) termasuk imunisasi dan vaksinasi (kecuali Komplikasi yang timbul pasca vaksinasi atas penyakit yang dinyatakan Pandemi oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang terjadi dalam periode 14 (empat belas) hari setelah vaksinasi diberikan di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia), food supplement (kecuali obat herbal Cina sebagai bagian pengobatan tradisional Cina), biaya istirahat, biaya telekomunikasi, biaya penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan perawatan medis.

18. *Rawat Inap di Rumah Sakit yang bertujuan hanya untuk diagnostik seperti namun tidak terbatas pada pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan sinar X, pemeriksaan fisik umum.*
19. *Setiap tindakan, Perawatan dan/atau pengobatan yang dilakukan di fasilitas Perawatan sebagai berikut*
 - a. *Klinik pribadi atau perorangan yang setiap tindakan dan/atau perawatannya dilaksanakan oleh profesi lain selain dokter*
 - b. *Rumah bersalin yang setiap tindakan dan/atau perawatannya dilaksanakan oleh profesi lain selain dokter*
 - c. *Rumah peristirahatan atau tempat pemulihan kesehatan termasuk sanatorium atau rumah sakit jiwa*
 - d. *Rumah untuk rehabilitasi setelah mengalami sakit*
 - e. *Rumah jompo*
 - f. *Fasilitas Perawatan dan/atau pengobatan ketergantungan, penyalahgunaan, kecanduan alkohol, atau kecanduan obat terlarang*
 - g. *Balai pengobatan; dan/atau*
 - h. *Klinik pengobatan alternatif, naturopati, homeopati, chiropractor, akupunktur, atau pengobatan tradisional lain*
 - i. *Spa atau sauna atau salon atau klinik estetika*
20. *Perawatan dan/atau pengobatan tradisional dan/atau alternatif, termasuk dan tidak terbatas pada sinthe, pengobatan herbal, ahli patah tulang, paranormal, chiropractor, naturopati, holistik, akupunktur dan terapi oksigen hiperbarik (kecuali Rawat Inap di Rumah Sakit berlisensi dan dilakukan oleh Dokter), akupresur, refleksologi, pijat, terapi aroma dan sejenisnya.*
21. *Pengobatan atas diri Tertanggung sehubungan kelainan jiwa, cacat mental, neurosis, psikosomatis, psikosis atau suatu pengobatan yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa atau di bagian psikiatri suatu Rumah Sakit atau pengobatan yang dilakukan oleh seorang psikiater/psikolog, kecuali berkaitan dengan Manfaat Tambahan Lainnyayaitu perawatan Psikiatri dan Psikologis yang Dibutuhkan Secara Medis untuk Penyakit dan Cedera yang tidak bersifat psikiatri.*
22. *Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan yang terjadi pada saat Tertanggung di bawah pengaruh atau disebabkan oleh narkotika, alkohol, psikotropika, racun, gas atau bahan-bahan sejenis atau obat-obatan selain digunakan sebagai obat menurut resep yang dikeluarkan oleh Dokter.*
23. *Cedera atau Penyakit yang timbul sewaktu Tertanggung tinggal di luar negeri sebagai pekerja purna waktu dan/atau penduduk tetap (Permanent Resident).*
24. *Cedera atau Penyakit yang timbul sebagai akibat langsung atau tidak langsung dari perang, invasi, serangan musuh asing, tindak kekerasan (baik perang diumumkan maupun tidak), perang sipil, pemberontakan, revolusi, keikutsertaan langsung dalam huru-hura, perkelahian, pemogokan dan keributan massa, tindakan militer, perampasan kekuasaan, aktif/turut/ikut dalam angkatan bersenjata, operasi militer/kepolisian, partisipasi aktif/turut/ikut sebagai pelaku terorisme.*
25. *Cedera atau Penyakit akibat reaksi inti atom atau nuklir atau radiasinya.*
26. *Semua Penyakit menular seksual atau akibat penyimpangan seksual termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung.*

27. *Cedera atau Penyakit yang disebabkan oleh olahraga profesional atau dimana Tertanggung mendapatkan penghasilan atau gaji dari melakukan olah raga tersebut, balap jenis apapun, olahraga bela diri, tinju, gulat, kegiatan yang berhubungan dengan pot-holing, panjat tebing, panjat gunung, panjat dinding, mendaki menggunakan penggunaan tali atau panduan, menyelam pada kedalaman lebih dari 30 meter, kegiatan menyelam yang melibatkan penggunaan alat bantu pernapasan, scuba diving, sky diving, cliff diving, bungee jumping, BASE jumping (Building Antenna Span Earth), paralayang, gantole, terjun payung, hang gliding, ballooning, dan kegiatan atau olahraga bahaya lainnya.*
28. *Cedera atau Penyakit yang dialami Tertanggung sebagai penumpang pesawat terbang:*
 - a. *Dari perusahaan penerbangan non komersil; atau*
 - b. *Dari perusahaan penerbangan komersil tetapi tidak sedang menjalani jalur penerbangan untuk pengangkutan umum yang berjadwal tetap dan teratur; atau*
 - c. *Helikopter; atau*
 - d. *yang tidak terdaftar dalam manifes dengan membayar tarif.*
29. *Cedera yang disebabkan oleh:*
 - a. *Tindak pidana kejahatan/pelanggaran atau percobaan tindak pidana kejahatan/pelanggaran yang dilakukan oleh Tertanggung, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan putusan pengadilan*
 - b. *Pelanggaran peraturan perundang-undangan oleh Tertanggung termasuk namun tidak terbatas pada pelanggaran lalu lintas, kecuali dibuktikan sebaliknya dengan putusan pengadilan*
 - c. *Perlawanan oleh Tertanggung dalam hal terjadi penangkapan atau penahanan Tertanggung atau orang lain oleh pihak yang berwenang,*
30. *Tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan oleh pihak yang berkepentingan dalam Polis.*
31. *Biaya perawatan yang disebabkan baik langsung maupun tidak langsung oleh AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) atau Penyakit yang berhubungan dengan AIDS (ARC/AIDS Related Complex), atau Penyakit kelamin.*
32. *Perawatan dan/atau pengobatan yang telah mendapatkan penggantian atas semua biaya perawatan atas Penyakit, Cedera, atau Ketidakmampuan dari perusahaan/lembaga mana pun, dan Ketidakmampuan yang muncul karena kegiatan di luar pekerjaan yang telah dilindungi oleh pemberi kerja;*
33. *Manfaat Santunan Pemakaman tidak akan dibayarkan, apabila Tertanggung meninggal yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung, oleh satu atau lebih keadaan dibawah ini:*
 - a. *Bunuh diri yang terjadi dalam waktu 1 (satu) tahun terhitung sejak tanggal penerbitan Polis atau setiap perubahannya (Addendum) atau tanggal penerbitan pemulihan yang mana yang paling akhir.*
 - b. *Menjalani eksekusi hukuman mati oleh Pengadilan*
 - c. *Terjadi pada saat Tertanggung melakukan kejahatan.*
 - d. *Terjadi akibat kejahatan atau pembunuhan yang dilakukan oleh yang berkepentingan dalam Pertanggungan.*

PERSYARATAN DAN TATA CARA

1. Persyaratan

Usia Masuk Tertanggung : 1 bulan – 70 tahun
 Usia Masuk Pemegang Polis : 18 – 75 tahun

Perhitungan Usia berdasarkan ulang tahun terdekat.

2. Tata cara/prosedur pengajuan calon Tertanggung baru:

- a. Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung baru mengisi lengkap dan menandatangani Surat Permintaan Asuransi Jiwa yang disediakan oleh Penanggung.
- b. Dokumen persyaratan administrasi lainnya, sebagai berikut:
 - i. Fotokopi kartu identitas diri (KTP/Paspor);
 - ii. Surat Kuasa Pendebetan Rekening;
 - iii. Fotokopi Bukti pembayaran Premi pertama; dan
 - iv. Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan Personal yang telah ditandatangani oleh calon Pemegang Polis.
- c. Apabila pernyataan yang disampaikan oleh calon Tertanggung baru tidak benar, maka Penanggung berhak sepenuhnya untuk membatalkan Polis ataupun menolak klaim atas Polis yang diterbitkan tanpa kewajiban membayar kompensasi apapun sebagaimana diatur dalam Pasal 251 KUHD.

3. Pengiriman Polis

- Penanggung akan mengirimkan Polis elektronik melalui alamat email Pemegang Polis.
- Apabila Pemegang Polis membutuhkan Polis dalam bentuk non elektronik maka dapat mengajukan permintaan tertulis kepada Penanggung dan akan dikenakan biaya cetak Polis.

4. Pembayaran Premi

- Premi akan dianggap sah apabila dana sudah diterima penuh oleh Penanggung dan dapat diidentifikasi dengan jelas.
- Besarnya Premi Asuransi dapat berubah mengikuti penambahan Usia pada saat Ulang Tahun Polis.

5. Apabila telah melakukan pemakaian Tambahan Maksimum Manfaat Seumur Hidup pada periode Polis sebelumnya maka limit Tambahan Maksimum Manfaat Seumur Hidup periode Polis yang baru akan dikurangi sejumlah klaim yang telah dilakukan.

6. Pengajuan Klaim Manfaat Pertanggungan

- Pengajuan klaim Rawat Inap di Rumah Sakit, Manfaat Pembedahan, Manfaat Pembedahan Pulang Hari dan Rawat Jalan, harus dilakukan dalam waktu 30 hari kalender terhitung sejak Tertanggung keluar dari menjalani Rawat Inap atau Pembedahan Pulang Hari di Rumah Sakit atau setelah menerima pelayanan Rawat Jalan.

Layanan dan Pengaduan

1. Penyampaian pengaduan dapat dilakukan melalui bagian Customer Care Penanggung secara lisan dan/atau secara tertulis.
2. Penanggung akan melakukan tindak lanjut dan menyelesaikan Pengaduan lisan paling lama 5 (lima) Hari Kerja sejak pengaduan diterima oleh Penanggung. Dalam hal Penanggung membutuhkan dokumen pendukung dan jangka waktu penyelesaian pengaduan lisan tidak dapat dipenuhi, maka Penanggung akan meminta kepada nasabah untuk menyampaikan pengaduan secara tertulis dengan melampirkan dokumen pendukung yang diperlukan.
3. Untuk pengaduan secara tertulis maka dokumen dan/atau informasi yang wajib diserahkan kepada Penanggung adalah:
 - a. Formulir Pengaduan dan/atau Surat Pengaduan yang menjelaskan permasalahan yang diadukan yang ditandatangani oleh Pemegang Polis;
 - b. Fotokopi Identitas Diri (KTP) Pemegang Polis yang masih berlaku;
 - c. Surat Kuasa Khusus dari Pemegang Polis apabila pengaduan disampaikan bukan oleh Pemegang Polis dengan melampirkan fotokopi Identitas Diri (KTP) Penerima Kuasa yang masih berlaku;
 - d. Nomor telepon Pemegang Polis dan/atau Penerima Kuasa yang dapat dihubungi; dan
 - e. Dokumen pendukung atas pengaduan yang dipandang perlu oleh Penanggung.
4. Pemegang Polis wajib melengkapi dokumen dan/atau informasi sebagaimana dimaksud pada nomor 3 dalam waktu 10 (sepuluh) Hari Kerja, dan dalam kondisi tertentu Penanggung dapat memperpanjang waktu 10 (sepuluh) Hari Kerja berikutnya.
5. Penanggung akan melakukan tindak lanjut dan menyelesaikan pengaduan tertulis paling lama 10 (sepuluh) Hari Kerja sejak dokumen pengaduan tertulis diterima lengkap oleh Penanggung. Dalam hal terdapat kondisi tertentu, Penanggung dapat memperpanjang jangka waktu paling lama 10 (sepuluh) Hari Kerja berikutnya dengan pemberitahuan tertulis.
6. Apabila ada hal-hal yang ingin disampaikan atau ditanyakan sehubungan dengan produk

- Pengajuan klaim Santunan Pemakaman diajukan kepada Penanggung secara tertulis dalam waktu 90 hari kalender terhitung sejak Tertanggung meninggal.
- Apabila berkas-berkas klaim tersebut tidak disampaikan dalam waktu yang ditentukan, maka Penanggung mempunyai hak untuk tidak memproses klaim yang bersangkutan. Dalam hal berkas-berkas klaim tersebut dapat dilengkapi di kemudian hari maka Pemegang Polis dapat mengajukan berkas klaim yang sudah lengkap tersebut untuk dapat diproses kembali sesuai dengan batas waktu yang ditentukan oleh Penanggung.

7. Berkas-berkas yang wajib diserahkan kepada Penanggung untuk menerima Manfaat Pertanggungan adalah:

- Pengajuan klaim Rawat Inap di Rumah Sakit, Manfaat Pembedahan, Manfaat Pembedahan Pulang Hari dan Rawat Jalan:
 - Formulir Pengajuan Klaim asli;
 - Surat Keterangan Dokter (SKD) asli dari Rumah Sakit/Puskesmas;
 - Surat Kuasa asli;
 - Kuitansi asli Rawat Inap di Rumah Sakit berikut rinciannya. Semua kuitansi dan tanda terima asli atas biaya perawatan tidak akan dikembalikan kecuali berkaitan dengan Koordinasi Manfaat, dimana apabila Penanggung dapat membayarkan klaim tersebut, Penanggung akan memberikan fotokopi kuitansi yang dilegalisir oleh Penanggung dilengkapi dengan catatan besarnya jumlah pembayaran klaim yang telah disetujui oleh Penanggung;
 - Ikhtisar/rincian biaya perawatan dari Dokter tersebut, termasuk biaya obat-obatan dan jasa yang diberikan;
 - Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis/Tertanggung (KTP/Paspor/Akta Kelahiran) yang masih berlaku;
 - Fotokopi tanda bukti pembayaran Premi Asuransi Berkala terakhir seperti bukti transfer bank, rekening penodebetan kartu kredit, rekening tabungan, atau dokumen-dokumen lainnya;
 - Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kepolisian dan Visum et Repertum (akibat Kecelakaan/sebab tidak wajar);
 - Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik (laboratorium, radiologi, Elektro Kardio Grafi (EKG), Computerized Tomography (CT) scan, Magnetic Resonance Imaging (MRI), Positron Emission Tomography (PET) scan, Laporan Patologi Anatomi, dll);
 - Dokumen lainnya yang dianggap perlu sesuai ketentuan Penanggung.
- Pengajuan klaim Santunan Pemakaman:
 - Formulir Pengajuan Klaim asli;

ini dan layanan nasabah, silahkan menghubungi Customer Care PT Panin Dai-ichi Life di:

PT Panin Dai-ichi Life

Panin Life Center, 5th Floor

Jl. Letjend. S. Parman Kav. 91 | Jakarta 11420

Tel. (62-21) 255 66 788 | WA. 0818 0202 6788 | customer@panindai-ichilife.co.id

Senin s/d Jumat | 08.30 – 17.30 WIB

www.panindai-ichilife.co.id

- b. Asli Surat Keterangan Dokter (SKD) untuk klaim meninggal dunia;
- c. Surat Kuasa asli;
- d. Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis/Tertanggung/Yang Ditunjuk (KTP/Paspor/Akta Kelahiran) yang masih berlaku;
- e. Fotokopi tanda bukti pembayaran Premi Asuransi Berkala terakhir seperti bukti transfer bank, rekening pendebitan kartu kredit, rekening tabungan, atau dokumen-dokumen lainnya;
- f. Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari kantor Kelurahan atau Akta Kematian dari kantor Catatan Sipil;
- g. Fotokopi Kartu Keluarga/Akta Nikah;
- h. Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kepolisian dan Visum et Repertum (jika meninggal karena Kecelakaan/sebab tidak wajar);
- i. Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kedutaan Besar Republik Indonesia (jika meninggal di luar negeri);
- j. Hasil pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium, radiologi, EKG, dan lain-lain); dan
- k. Dokumen lainnya yang dianggap perlu sesuai ketentuan Penanggung.

Permintaan pembayaran Santunan Pemakaman wajib diajukan secara tertulis selambat-lambatnya 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tertanggung meninggal.

Apabila permintaan pembayaran Manfaat tidak diajukan dengan dokumen lengkap, maka permintaan tersebut tidak akan diproses oleh Penanggung.

8. Pembayaran Klaim Manfaat Pertanggungan

- Apabila pengajuan klaim Manfaat Pertanggungan telah disetujui oleh Penanggung, maka Manfaat Pertanggungan akan dikirimkan ke rekening Pemegang Polis (untuk klaim Rawat Inap di Rumah Sakit, Manfaat Pembedahan, Manfaat Pembedahan Pulang Hari dan Rawat Jalan) atau Yang Ditunjuk (untuk klaim Santunan Pemakaman).
- Pembayaran Manfaat Pertanggungan dilakukan selambat-lambatnya dalam waktu 30 hari kalender sejak klaim disetujui oleh Penanggung.

ILUSTRASI

Nama Tertanggung : Julianto/L /Jenis Kelamin	Nama Pemegang : Julianto/L Polis/Jenis Kelamin
Usia/Tanggal Lahir : 40 tahun/22 Oktober 1984	Usia/Tanggal Lahir : 40 tahun/22 Oktober 1984
Kelas Pekerjaan : [2]	Kelas Pekerjaan : [2]
Premi* : Rp19.604.000,00/Tahun	Masa Pembayaran : 59 tahun Premi
Ekstra Premi : -	Masa Pertanggungan : 59 tahun
Total Premi : Rp19.604.000,00/Tahun	Manfaat : Plan D - Kapasitas 1 tempat Pertanggungan : tidur per kamar* ATAU 1.500.000

***Besarnya Premi pada suatu Tahun Pertanggungan yang disetujui akan ditentukan berdasarkan Usia Tertanggung, Jenis Kelamin, Jenis Plan yang dipilih, Keputusan Seleksi Risiko (Underwriting) (jika ada), dan/atau Multiplier atau No Claim Discount yang dikenakan (jika ada).**

Tabel Manfaat Pertanggungan

Jenis Manfaat	Rincian	Plan
		D
Area Pertanggungan		Asia & Australia
1. Manfaat Rawat Inap		
Biaya Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit*	Mana yang lebih besar; Maks tarif kamar per hari; Tidak ada batas maksimum hari. kecuali Kondisi Vegetatif maksimal 150 hari per tahun Pertanggungan	Kapasitas 1 tempat tidur per kamar* ATAU 1.500.000
Biaya Unit Perawatan Intensif/ICU	Tidak ada batas maksimum hari, kecuali Kondisi Vegetatif maksimal 150 hari per tahun Pertanggungan	Sesuai tagihan dengan memperhitungkan maksimum manfaat tahunan keseluruhan (berlaku Proporsional).
Biaya Obat-obatan dan Aneka Perawatan Rumah Sakit	Maks per tahun Pertanggungan	
Kunjungan Dokter Umum di Rumah Sakit	Maks 2 kunjungan per hari	
Kunjungan Dokter Spesialis di Rumah Sakit	Maks 2 kunjungan per hari (per spesialis)	
Biaya Laporan Medis	1 laporan per Rawat Inap	
Biaya Ambulan Lokal	Per rawat inap	
Biaya Tindakan Bedah	Maks per tahun Pertanggungan	
Biaya Akomodasi Penunggu Pasien (untuk Tertanggung yang berusia < 15 atau > 55 tahun)	Maks per hari, Maks 180 hari per Tahun Pertanggungan	375.000
2. Manfaat Rawat Jalan (Terkait dengan Rawat Inap)		
Perawatan Sebelum Rawat Inap	30 hari sebelum Rawat Inap	Sesuai tagihan dengan memperhitungkan maksimum manfaat tahunan keseluruhan.
Perawatan Setelah Rawat Inap	90 hari setelah Rawat Inap	
Biaya Perawatan oleh Juru Rawat Setelah Rawat Inap	7 hari setelah Rawat Inap; Maks 180 hari selama Masa Pertanggungan	
Fisioterapi	Maks 60 hari setelah Rawat Inap; Maks 60 hari per tahun Pertanggungan	
Protesa	180 hari setelah Rawat Inap; Maks 1 kali setiap kejadian kehilangan anggota tubuh;	

Jenis Manfaat	Rincian	Plan
		D
Area Pertanggung		Asia & Australia
3. Manfaat Rawat Jalan		
Rawat Jalan Cuci Darah (Hemodialysis)	Maks per tahun Pertanggung	Sesuai tagihan dengan memperhitungkan maksimum manfaat tahunan keseluruhan.
Perawatan Kanker	Maks per tahun Pertanggung	
Biaya Pembedahan Pulang Hari (one day surgery)	Maks per tahun Pertanggung	
Biaya Perawatan Sebelum Pembedahan Pulang Hari	Maks 30 hari sebelum Pembedahan Pulang Hari	
Biaya Perawatan Setelah Pembedahan Pulang Hari	Maks 90 hari setelah Pembedahan Pulang Hari	
Perawatan Luka Bakar	Maks per tahun Pertanggung	
Biaya Rawat Jalan karena Kecelakaan	Maks 2 x 24 jam setelah kecelakaan, Maksimum per tahun Pertanggung	
Rawat Jalan Lanjutan karena Kecelakaan	Maks 2 x perawatan dalam 30 hari setelah kecelakaan, Maks per tahun Pertanggung	
4. Manfaat Tambahan Lainnya		
Biaya Perawatan Psikiatris dan Psikologis	Biaya wajar dan lazim sesuai dengan Plan yang dipilih, sesuai tagihan terbatas pada Limit Manfaat (jika ada), dan Limit Tahunan keseluruhan, mana yang tercapai lebih dahulu	10.000.000
Biaya Perawatan Paliatif	Maks 150 hari per Tahun Pertanggung	200.000.000
Santunan Tunai	Per hari; maks 30 hari per tahun Pertanggung	450.000
Santunan Pemakaman		30.000.000
5. Maksimum Manfaat Per Tahun		6.000.000.000
6. Tambahan Maksimum Manfaat Seumur Hidup***		12.000.000.000

*) Penggantian biaya sesuai biaya kamar dengan kapasitas 1 (satu) tempat tidur dengan tarif terendah yang dimiliki oleh Rumah Sakit tempat Tertanggung menjalani Rawat Inap.

***) Manfaat untuk membayar kelebihan klaim (sesuai Polis) dari Maksimum Manfaat per Tahun atas manfaat yang tersedia selama 1 periode seumur hidup, artinya: sisa saldo dari Tambahan Maksimum Manfaat Seumur Hidup akan dibawa ke tahun berikutnya sampai manfaat berakhir. Pada saat manfaat sudah habis/tidak tersedia, maka tidak ada lagi manfaat yang tersedia untuk Tertanggung. Besar Manfaat ini mengikuti Ketentuan Perusahaan, dimana ketentuan yang berlaku adalah 2x dari Maksimum Manfaat per Tahun.

TABEL MANFAAT DI LUAR AREA PERTANGGUNGAN (RUPIAH)

Perawatan di	Plan D
Asia (except Singapura, Hongkong, & Jepang)	100%
Singapura, Hongkong, Jepang dan Australia	100%
Seluruh Dunia (kecuali Amerika Serikat)	50%
Amerika Serikat	30%

SIMULASI

1. Contoh Simulasi Produk

Tuan A (40 tahun) membeli Produk Panin Flexi Health Plan Plan B dengan Masa Pertanggungans sampai dengan usia 99 tahun.

Biaya Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit	Kapasitas 2 tempat tidur per kamar ATAU Rp750.000,-
Maksimum Manfaat Per Tahun Pertanggungans	Rp2.000.000.000,00
Tambahan Maksimum Manfaat Seumur Hidup	Rp4.000.000.000,00



Masa Pertanggungans hingga Tertanggung berusia 99 tahun

a. Contoh Simulasi 1

Tuan A (40 tahun) menjalani perawatan di Rumah Sakit selama 5 hari dan menempati kamar sesuai dengan Plan yang dipilih.

Rincian Perawatan	Biaya Perawatan	Manfaat Asuransi
Biaya Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit	5 x Rp750.000,00 = Rp3.750.000,00	Rp3.750.000,00
Kunjungan Dokter Spesialis di Rumah Sakit	Rp1.500.000,00	Rp1.500.000,00
Biaya Obat-obatan dan Aneka Perawatan Rumah Sakit	Rp10.000.000,00	Rp10.000.000,00
Total Manfaat Asuransi yang dibayarkan		Rp15.250.000,00

b. Contoh Simulasi 2

Tuan A (40 tahun) menjalani perawatan di Rumah Sakit selama 5 hari dan menempati kamar 1 tingkat lebih tinggi dari Plan yang dipilih.

Faktor Proporsional: $(5 \times \text{Rp}750.000,00) / (5 \times \text{Rp}1.000.000,00) = 75\%$

Rincian Perawatan	Biaya Perawatan	Manfaat Asuransi
Biaya Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit	5 x Rp1.000.000,00 = Rp5.000.000,00	5 x Rp750.000,00 = Rp3.750.000,00
Kunjungan Dokter Spesialis di Rumah Sakit	Rp1.500.000,00	75% x Rp1.500.000,00=Rp1.125.000,00
Biaya Obat-obatan dan Aneka Perawatan Rumah Sakit	Rp10.000.000,00	75% x Rp10.000.000,00=Rp7.500.000,00
Total Manfaat Asuransi yang dibayarkan	Rp16.500.000,00	Rp12.375.000,00

2. Contoh Simulasi Multiplier dan No Claim Discount

Tuan A (40 tahun) membeli Produk Panin Flexi Health Plan Plan D

Usia	Tahun Polis	Premi Dasar*	Multiplier	No Claim Discount	Premi yang harus dibayar	Klaim Yang disetujui Pada Periode Pengamatan
40	1	19.604.000	1,00	0%	19.604.000	20.000.000
41	2	21.242.600	1,00	0%	21.242.600	-

42	3	22.881.200	1,00	5%	21.737.140	-
43	4	24.519.800	1,00	10%	22.067.820	26.000.000
44	5	25.568.600	1,25	0%	31.960.750	15.000.000
45	6	26.617.400	1,25	0%	33.271.750	51.000.000
46	7	27.666.300	1,50	0%	41.499.450	-
47	8	28.715.100	1,25	0%	35.893.875	-
48	9	29.763.900	1,00	0%	29.763.900	51.000.000
49	10	30.333.300	1,50	0%	45.499.950	-

*Premi Dasar pada saat ilustrasi dibuat belum memperhitungkan asumsi kenaikan inflasi biaya kesehatan



Jumlah Klaim yang disetujui (x)	Multiplier
X=0	Turun 1 Level
$x \leq \text{Rp}25.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
$\text{Rp}25.000.000 < x \leq \text{Rp}50.000.000$	Naik 1 (satu) Level (Maksimum Level 2)
$x > \text{Rp}50.000.000$	Naik 2 (dua) Level (Maksimum Level 2)

INFORMASI TAMBAHAN

Perhitungan Proporsional

Proporsional adalah Pembayaran sebagian dari Manfaat Pertanggungan yang ditagihkan kepada Penanggung yang menjadi hak Tertanggung berdasarkan Polis.

Formula perhitungan Proporsional:

$$\text{Proporsional} = (A/B) \times C$$

Dimana:

- A = Total Harga Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit untuk Perawatan sebagaimana ketentuan Penggantian Biaya Kamar yang sesuai dengan hak Tertanggung.
- B = Total Harga Kamar dan Akomodasi Rumah Sakit tempat Tertanggung dirawat.
- C = Total tagihan yang dijamin oleh Penanggung.

Premi, Multiplier dan No Claim Discount

Premi

Besarnya Premi pada suatu Tahun Pertanggungan yang disetujui akan ditentukan berdasarkan Usia Tertanggung, Jenis Kelamin, Jenis Plan yang dipilih, Keputusan Seleksi Risiko (Underwriting) (jika ada), dan/atau Multiplier atau No Claim Discount yang dikenakan (jika ada).

Premi yang dimaksud di atas akan mengacu pada Premi Dasar pada tahun saat pengajuan asuransi dilakukan untuk Tahun Pertanggungan pertama dan mengacu pada Premi Dasar pada saat Ulang Tahun Polis untuk Tahun Pertanggungan berikutnya, dengan perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Premi} = \text{Premi Dasar}(t) \times \text{Multiplier} \times (1 - \text{No Claim Discount})$$

Dimana:

- Premi Dasar(t) = Premi Dasar untuk Usia t pada suatu Tahun Pertanggungan.
- Multiplier = Suatu pengali yang perhitungannya berlaku untuk Tahun Pertanggungan berikutnya setelah Tahun Pertanggungan pertama.
- No Claim Discount = Suatu persentase yang perhitungannya berlaku untuk Tahun Pertanggungan berikutnya setelah Tahun pertama.

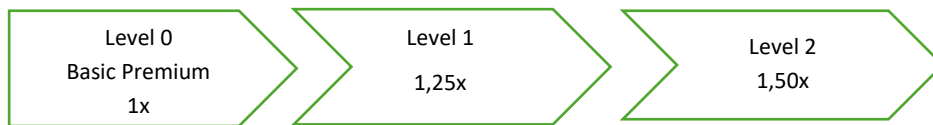
Premi, Multiplier dan No Claim Discount

Periode Pengamatan

1. Periode Pengamatan adalah periode dimana Penanggung akan meninjau klaim Tertanggung. Hasil dari peninjauan tersebut menentukan besar Multiplier atau No Claim Discount (jika ada) yang akan dikenakan pada Premi pada suatu Tahun Pertanggungan.
2. Periode Pengamatan untuk tahun pertama Pertanggungan dimulai dari Tanggal Mulai Pertanggungan hingga 1 (satu) hari kalender sebelum tanggal yang sama di 10 (sepuluh) bulan berikutnya.
3. Periode Pengamatan untuk tahun kedua Polis dan seterusnya adalah suatu periode selama 12 (dua belas) bulan, yang
 - a. dimulai dari tanggal yang sama di 2 (dua) bulan sebelumnya dari tanggal awal tahun Pertanggungan;
 - b. hingga 1 (satu) hari kalender sebelum tanggal yang sama di 10 (sepuluh) bulan selanjutnya dari tanggal awal tahun Pertanggungan.

Multiplier

1. *Multiplier* adalah suatu pengali Premi yang dikenakan setiap tahunnya pada suatu tahun Pertanggungan yang ditentukan berdasarkan riwayat klaim Manfaat Pertanggungan yang disetujui oleh Penanggung yang terjadi pada Periode Pengamatan terakhir.
2. Besar *Multiplier* yang dikenakan pada suatu Tahun Pertanggungan berikutnya, ditentukan berdasarkan riwayat klaim Manfaat Pertanggungan yang disetujui oleh Penanggung tidak termasuk klaim yang diakibatkan oleh Kecelakaan Lalu Lintas dalam Periode Pengamatan terakhir.
3. Besar *Multiplier* adalah sebagai berikut:



PLAN	Jumlah Klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
A	x=0	Turun 1 (satu) Level
	$x \leq \text{Rp}12.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$\text{Rp}12.000.000 < x \leq \text{Rp}25.000.000$	Naik 1 (satu) Level (maksimal Level 2)
	$x > \text{Rp}25.000.000$	Naik 2 (dua) Level (maksimal Level 2)

PLAN	Jumlah Klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
B	x=0	Turun 1 (satu) Level
	$x \leq \text{Rp}15.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$\text{Rp}15.000.000 < x \leq \text{Rp}30.000.000$	Naik 1 (satu) Level (maksimal Level 2)
	$x > \text{Rp}30.000.000$	Naik 2 (dua) Level (maksimal Level 2)

PLAN	Jumlah Klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
C	x=0	Turun 1 (satu) Level
	$x \leq \text{Rp}20.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$\text{Rp}20.000.000 < x \leq \text{Rp}40.000.000$	Naik 1 (satu) Level (maksimal Level 2)
	$x > \text{Rp}40.000.000$	Naik 2 (dua) Level (maksimal Level 2)

PLAN	Jumlah Klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
D	x=0	Turun 1 (satu) Level
	$x \leq \text{Rp}25.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$\text{Rp}25.000.000 < x \leq \text{Rp}50.000.000$	Naik 1 (satu) Level (maksimal Level 2)

Premi, Multiplier dan No Claim Discount

	$x > \text{Rp}50.000.000$	Naik 2 (dua) Level (maksimal Level 2)
--	---------------------------	---------------------------------------

PLAN	Jumlah Klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
E	$x=0$	Turun 1 (satu) Level
	$x \leq \text{Rp}40.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$\text{Rp}40.000.000 < x \leq \text{Rp}80.000.000$	Naik 1 (satu) Level (maksimal Level 2)
	$x > \text{Rp}80.000.000$	Naik 2 (dua) Level (maksimal Level 2)

PLAN	Jumlah Klaim* yang disetujui (x)	Multiplier
F	$x=0$	Turun 1 (satu) Level
	$x \leq \text{Rp}50.000.000$	Tidak ada Perubahan Level
	$\text{Rp}50.000.000 < x \leq \text{Rp}100.000.000$	Naik 1 (satu) Level (maksimal Level 2)
	$x > \text{Rp}100.000.000$	Naik 2 (dua) Level (maksimal Level 2)

*Jumlah klaim yang disetujui pada tabel diatas tidak termasuk klaim yang diakibatkan oleh **Kecelakaan Lalu Lintas**.

No Claim Discount

1. *No Claim Discount* adalah *reward* yang diberikan oleh Penanggung yang dapat dikenakan setiap tahunnya kepada Premi pada suatu Tahun Pertanggung jika memenuhi syarat-syarat yang ditentukan dalam Ketentuan Tambahan ini.
2. *No Claim Discount* hanya dapat dikenakan pada suatu Tahun Pertanggung jika:
 - a. Level *Multiplier* pada Tahun Pertanggung sebelumnya adalah level 0;
 - b. Tidak terdapat klaim Manfaat Pertanggung yang disetujui oleh Penanggung pada Periode Pengamatan terakhir; dan
 - c. Polis tidak pernah batal (*Lapse*) dalam Periode Pengamatan terakhir.
3. Besar *No Claim Discount* adalah sebagai berikut:

Tahun Periode Pengamatan	No Claim Discount (%)
1*	5
1 dan 2**	10
$\geq 1, 2$ dan 3***	15

*) Jika Polis memenuhi syarat dalam 1 Periode Pengamatan, maka besar *No Claim Discount* yang dikenakan adalah 5%.

**) Jika Polis memenuhi syarat dalam 2 Periode Pengamatan berturut – turut, maka besar *No Claim Discount* yang dikenakan adalah 10%.

***) Jika Polis memenuhi syarat dalam 3 dan seterusnya Periode Pengamatan berturut – turut, maka besar *No Claim Discount* yang dikenakan adalah 15%.

Fasilitas

1. Pemulihan Polis

Pemegang Polis berhak memulihkan kembali Polis yang telah batal (*Lapse*) dengan mengajukan secara tertulis kepada Penanggung sesuai dengan Polis serta syarat-syarat yang ditentukan oleh Penanggung.

Jangka waktu antara tanggal Polis batal (*Lapse*) sampai dengan diajukannya Pemulihan Polis tidak lebih dari 2 (dua) tahun dan Tertanggung belum berusia 70 (tujuh puluh) tahun pada saat Pemulihan Polis diajukan.

Catatan: Semua biaya yang timbul yang berkaitan dengan Pemulihan Polis merupakan beban dan tanggungan Pemegang Polis

2. Perubahan Polis

Pemegang Polis berhak mengajukan perubahan Plan pada saat Ulang Tahun Polis dengan mengajukan secara tertulis kepada Penanggung paling lambat 30 hari kalender sebelum Ulang Tahun Polis berikutnya. Syarat - syarat mengacu pada Polis.

Berakhirnya Pertanggungan

1. Pengakhiran Pertanggungan

Apabila terdapat unsur penipuan atau pemalsuan atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang disampaikan kepada Penanggung melalui SPAJ, formulir perubahan Polis, serta setiap formulir dan/atau dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Penanggung sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaan) yang telah disampaikan sebelumnya oleh Pemegang Polis.

Ketentuan lengkap mengacu pada Polis.

2. Hal berikut yang menyebabkan berakhirnya Pertanggungan:

- a. Tertanggung meninggal dunia;
- b. Tidak ada pembayaran Premi Berkala sampai dengan Masa Leluasa (Grace Period) berakhir;
- c. Pemegang Polis menyatakan untuk mengakhiri kontrak asuransi;
- d. Tanggal Polis dibatalkan atau diakhiri oleh Penanggung; atau
- e. Polis telah mencapai akhir Masa Pertanggungan.

Lain – lain

1. Definisi

- **Kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya (Pre Existing Condition)** adalah segala segala jenis Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan yang tanda atau gejalanya:
 - a. Diketahui atau tidak diketahui oleh Tertanggung;
 - b. Telah didiagnosis atau belum didiagnosis oleh Dokter; atau
 - c. Telah mendapatkan perawatan dan/atau pengobatan atau saran atau konsultasi dari Dokter atau tidak mendapatkan perawatan dan/atau pengobatan atau saran atau konsultasi dari Dokter;

sebelum Tanggal Mulai Pertanggungan, atau tanggal Pemulihan Polis terakhir, tergantung tanggal mana yang paling akhir.
- **Manfaat Pertanggungan** adalah sejumlah manfaat yang diberikan oleh Penanggung sebagaimana dicantumkan dalam Polis sesuai dengan syarat-syarat dan ketentuan yang berlaku atas Manfaat Pertanggungan yang dimaksud.
- **Masa Pemahaman Polis (Freelook Period)** adalah apabila Pemegang Polis tidak menyetujui syarat dan ketentuan yang tercantum dalam Polis ini karena alasan apapun, perlindungan asuransi dapat Pemegang Polis batalkan, dengan menyampaikan kepada Penanggung Formulir Permohonan Pembatalan Polis yang telah diisi secara lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan dikirimkan ke alamat kantor pusat Penanggung dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal Polis diterima oleh Pemegang Polis "*Freelook Period*". Dengan pembatalan Polis ini, Polis secara otomatis menjadi batal sejak Tanggal Berlaku Polis dan tidak ada perlindungan asuransi apapun yang menjadi kewajiban Penanggung kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.
- **Masa Leluasa (Grace Period)** adalah periode selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi, dimana Polis akan tetap berlaku walaupun Premi belum dibayar lunas.

Lain – lain

- **Masa Tunggu (*Waiting Period*)** adalah masa dimana Manfaat Pertanggungan ini tidak berlaku selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak:
 - a. Tanggal Mulai Pertanggungan ini;
 - b. Tanggal Pemulihan Polis terakhir; atau
 - c. Tanggal berlaku peningkatan Plan sebagaimana dicantumkan dalam Endorsemen;hal mana yang terjadi terakhir, kecuali untuk Manfaat Rawat Inap atau Rawat Jalan yang disebabkan Kecelakaan.
 - **Pemegang Polis** adalah adalah perorangan atau pihak yang mengadakan perjanjian pertanggungan jiwa dengan Penanggung.
 - **Penanggung** adalah PT PANIN DAI-ICHI LIFE.
 - **Premi** adalah sejumlah nilai uang yang tercantum dalam Data Polis yang harus dibayar oleh Pemegang Polis kepada Penanggung tepat pada waktunya untuk berlakunya Polis dan Pertanggungan.
 - **Tertanggung** adalah Orang yang atas jiwa dan/atau kesehatannya diadakan perjanjian pertanggungan pada Pertanggungan Dasar dan Pertanggungan Tambahan (jika ada).
 - **Ulang Tahun Polis** adalah periode satu tahunan yang diperhitungkan berdasarkan Tanggal Mulai Pertanggungan.
 - **Yang Ditunjuk** adalah orang atau pihak yang berhak menerima Manfaat Pertanggungan sebagaimana tercantum pada Polis ini apabila Tertanggung meninggal dunia.
2. Tanggal Mulai Pertanggungan akan tercantum pada Data Polis yang akan dikirimkan kepada Pemegang Polis bersamaan dengan Ketentuan Polis.
 3. Pengajuan perubahan non finansial dapat dilakukan melalui Tenaga Pemasaran atau dapat menghubungi Customer Care PT Panin Dai-ichi Life di kontak yang tertera pada bagian Layanan dan Pengaduan.
 4. Penanggung akan menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 hari sebelum efektif berlakunya perubahan.
 5. Untuk informasi selengkapnya mengenai syarat dan ketentuan yang berlaku dapat dilihat pada Brosur dan website PT Panin Dai-ichi Life: www.panindai-ichilife.co.id atau dapat menghubungi Customer Care kami di kontak yang tertera pada bagian Layanan dan Pengaduan.
 6. Syarat dan Ketentuan yang lebih lengkap mengacu pada Polis.

DISCLAIMER (penting untuk dibaca)

1. *Pemegang Polis harus membaca dengan teliti, menerima penjelasan secara rinci dan memahami mengenai manfaat produk, pengecualian, risiko-risiko, persyaratan dan tata cara, biaya-biaya maupun contoh ilustrasi manfaat produk Panin Flexi Health Plan, telah mengerti dan menerima dengan baik atas penjelasan yang disampaikan tersebut dan berhak bertanya kepada Tenaga Pemasar atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.*
2. *Pemegang Polis wajib untuk tetap membaca, memahami, dan menandatangani aplikasi pengajuan asuransi dan Polis.*

3. *Produk Asuransi ini diterbitkan oleh PT Panin Dai-ichi Life yang didistribusikan/dipasarkan oleh PT Panin Dai-ichi Life bekerja sama dengan PT Bank Panin Tbk (Panin Bank) kepada nasabah Panin Bank. Panin Bank hanya bertindak sebagai pihak yang mereferensikan produk asuransi Panin Dai-ichi Life kepada nasabah Panin Bank. Produk ini tidak dijamin oleh Panin Bank dan tidak termasuk dalam cakupan program penjaminan sebagaimana dimaksud dalam ketentuan peraturan perundang -undangan mengenai lembaga penjamin simpanan.*
4. *Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini bukan merupakan bagian dari Polis. Hak dan kewajiban sebagai Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan ketentuan lengkap dan mengikat mengenai produk asuransi ini tercantum dalam Polis.*

Tanggal cetak dokumen
02/06/2026



PT Panin Dai-ichi Life berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan