

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN/ATAU LAYANAN (RIPLAY) VERSI UMUM

FWD HOSPITAL CARE PROTECTION

Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan Versi Umum (“RIPLAY Umum”) ini merupakan penjelasan singkat tentang produk Asuransi dan bukan merupakan bagian dari Polis. Jika terdapat perbedaan antara RIPLAY Umum dengan Polis, maka yang berlaku adalah ketentuan dalam Polis. Harap dibaca dan dipelajari dengan seksama.

FWD Insurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (“OJK”).

Tentang PT FWD Insurance Indonesia:

PT FWD Insurance Indonesia (“FWD Insurance”) adalah bagian dari FWD Group (1828.HK), bisnis asuransi jiwa dan kesehatan di wilayah Asia yang telah menjangkau sekitar 40 juta nasabah di 10 jaringan usaha. Pendekatan yang berfokus pada nasabah dan didukung teknologi oleh FWD bertujuan untuk menghadirkan produk yang inovatif dan mudah dipahami, serta pengalaman asuransi yang lebih sederhana. Berdiri pada tahun 2013, FWD Group beroperasi di beberapa pasar asuransi dengan pertumbuhan yang tercepat di dunia dengan visi mengubah cara pandang masyarakat tentang asuransi. FWD Group terdaftar di Main Board of The Stock Exchange of Hong Kong Limited dengan kode saham 1828.

FWD Insurance menawarkan berbagai rangkaian produk yang komprehensif, mencakup asuransi jiwa berjangka, kesehatan, penyakit kritis, kecelakaan, unit-link, dan dwiguna, melalui jalur distribusi yang didukung teknologi termasuk keagenan, bancassurance, dan digital commerce.

FWD Insurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (“OJK”).

FWD Insurance adalah anggota dari Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan.

Untuk informasi lebih lanjut, silakan kunjungi www.fwd.co.id.

Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan Versi Umum

Nama Penerbit	: PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance")	Jenis Produk	: Asuransi Kesehatan
Nama Produk	: FWD Hospital Care Protection	Mata Uang	: Rupiah (IDR)
Deskripsi Produk	: FWD Hospital Care Protection adalah produk asuransi kesehatan yang memberikan manfaat perlindungan kesehatan yang terdiri dari manfaat Rawat Inap, Tindakan Bedah & Rawat Jalan di Rumah Sakit atau Klinik akibat Penyakit atau Kecelakaan, dan juga manfaat lainnya untuk memastikan Bapak/Ibu bisa fokus untuk kesembuhan.		

Fitur Utama Asuransi Kesehatan FWD Hospital Care Protection

Usia Masuk Pemegang Polis (ulang tahun terakhir)	Minimum 18 tahun	Usia Masuk Tertanggung (ulang tahun terakhir)	Tertanggung Dewasa: 18 – 80 tahun Tertanggung Anak: 30 hari – 17 tahun
Masa Asuransi	1 tahun, diperpanjang otomatis sampai dengan Tertanggung mencapai usia 100 tahun atau 25 tahun (untuk Tertanggung Tambahan Anak)	Plan Manfaat	• Smart (dengan pilihan <i>Plan A – C</i>) • Basic atau Optimal (dengan pilihan <i>Plan A – E</i>) Tersedia opsi Tanggung Mandiri
Masa Pembayaran Premi	1 tahun, diperpanjang otomatis sampai dengan Tertanggung mencapai usia 99 tahun	Frekuensi Pembayaran Premi	Tahunan, semesteran, kuartalan, bulanan
Besaran Premi	Berdasarkan usia, jenis kelamin Tertanggung Utama dan/atau Tertanggung Tambahan (jika ada), serta <i>Plan</i> yang dipilih. Premi akan berubah setiap ulang tahun Polis mengikuti usia Tertanggung, apabila Polis diperpanjang dan besaran Premi tidak dijamin.		

Manfaat Asuransi	Risiko
1. Manfaat Rawat Inap dan Tindakan Bedah a. Biaya Akomodasi Kamar b. Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU) c. Biaya Kunjungan Dokter Umum d. Biaya Kunjungan Dokter Spesialis e. Biaya Aneka Perawatan f. Biaya Tindakan Bedah g. Biaya Implan dan Proteza h. Biaya Ambulans Lokal i. Biaya Pendamping Pasien j. Penggantian Biaya untuk Transplantasi Donor dari Pihak Ketiga k. Biaya Laporan Medis 2. Manfaat Rawat Jalan a. Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap b. Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap c. Biaya Fisioterapi d. Biaya Cuci Darah (<i>Hemodialisis</i>) e. Biaya Perawatan Kanker f. Biaya Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan g. Biaya Rawat Jalan Darurat Gigi Karena Kecelakaan h. Perawatan dan Tindakan Bedah Rawat Jalan (<i>One Day Surgery</i>) i. Biaya Juru Rawat Setelah Rawat Inap j. Manfaat Rehabilitasi, Konsultasi Ahli Gizi dan Pemantauan Kanker k. Pengobatan Efek Samping Setelah Kemoterapi dan/atau Radioterapi l. Perawatan Paliatif m. Pengobatan Tradisional Cina n. Biaya Rawat Jalan untuk Penyakit Infeksi 3. Manfaat di Luar Wilayah Pertanggungungan a. Manfaat Penggantian Rawat Inap Darurat di Luar Wilayah Pertanggungungan b. Manfaat Penggantian Rawat Inap di Luar Wilayah Pertanggungungan 4. Manfaat Lainnya a. Manfaat Rawat Inap Psikiatri b. Manfaat Konsultasi Psikiatri/Psikolog Klinis c. Manfaat Santunan Harian Rawat Inap d. Manfaat Santunan Pemakaman e. Manfaat Santunan Komplikasi Diabetes f. <i>No Claim Bonus</i> & Penggantian Biaya Pemeriksaan Kesehatan dan Vaksinasi g. <i>Limit Booster</i> 5. Tanggung Mandiri (opsional) Tanggung Mandiri adalah biaya perawatan yang akan ditanggung sendiri oleh Bapak/Ibu dengan besaran nilai sesuai <i>Plan</i> sebelum Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection dapat dibayarkan oleh Kami.	1. Risiko Klaim Risiko tidak dibayarkannya klaim karena risiko yang terjadi termasuk dalam Pengecualian Polis. 2. Risiko Pembatalan Polis Risiko yang terjadi karena Bapak/Ibu atau Tertanggung tidak memberikan informasi yang benar. 3. Risiko Operasional Risiko yang timbul akibat kejadian luar biasa atau <i>force majeure</i> sehingga operasional perusahaan tidak dapat berjalan dengan kondisi normal.
	Biaya
	Premi yang dibayarkan oleh Bapak/Ibu sudah termasuk biaya-biaya dan komisi kepada Tenaga Pemasar dan/atau mitra bisnis dalam rangka kerja sama pemasaran produk asuransi.

Penjelasan Singkat Manfaat Asuransi**1. Manfaat Rawat Inap dan Tindakan Bedah****a. Biaya Akomodasi Kamar**

Penggantian biaya yang meliputi biaya akomodasi kamar, makanan dan layanan perawatan bagi Tertanggung, namun tidak mencakup biaya layanan yang tidak terkait dengan perawatan Tertanggung.

b. Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU)

Penggantian biaya yang meliputi biaya akomodasi kamar yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif (ICU).

c. Biaya Kunjungan Dokter Umum

Penggantian Biaya Medis untuk kunjungan Dokter Umum selama Tertanggung sebagai pasien Rawat Inap, maksimum 2 kunjungan Dokter Umum per hari.

d. Biaya Kunjungan Dokter Spesialis

Penggantian Biaya Medis untuk masing-masing kunjungan Dokter Spesialis selama Tertanggung sebagai pasien Rawat Inap maksimum 2 kunjungan per Dokter Spesialis, per spesialisasi per hari.

e. Biaya Aneka Perawatan

- i. Biaya yang dibutuhkan selama Rawat Inap, mencakup biaya obat-obatan, perban, kasa, plester, jarum suntik, biaya diagnostik dan laboratorium, radioterapi, oksigen, perangkat infus, biaya transfusi darah atau plasma dan peralatan dan sarana lainnya; dan
- ii. Biaya administrasi, materai dan pajak yang dikenakan atas pelayanan yang diberikan kepada Tertanggung sehubungan dengan Rawat Inap.

f. Biaya Tindakan Bedah

Penggantian Biaya Medis diberikan atas Tindakan Bedah yang Dibutuhkan Secara Medis selama Rawat Inap, termasuk biaya fasilitas dan jasa profesional tenaga medis terkait, dengan ketentuan bahwa Tindakan Bedah rekonstruksi wajah atau payudara harus dilakukan dalam waktu 6 bulan sejak Tindakan Bedah sebelumnya atas rekomendasi Tenaga Medis yang merawat, serta biaya untuk memperoleh organ dalam hal transplantasi organ tidak ditanggung oleh Kami.

g. Biaya Implan dan Protesa

Pemasangan Implan dan/atau Protesa yang dialami Tertanggung tersebut berhubungan dengan Penyakit atau Cedera Tubuh yang dialami oleh Tertanggung yang menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan telah disetujui sebelumnya oleh Kami dan dilakukan atas rekomendasi tertulis oleh Tenaga Medis yang menangani saat Rawat Inap.

h. Biaya Ambulans Lokal

Penggantian atas penggunaan mobil ambulans sebagai transportasi pasien (termasuk petugas ambulans) di dalam Wilayah Pertanggung yang digunakan Tertanggung untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari:

- i. Tempat kejadian ke Rumah Sakit/Klinik; atau
- ii. Rumah Sakit/Klinik ke Rumah Sakit/Klinik lain, atau sebaliknya;

dengan ketentuan bahwa Biaya Ambulans Lokal ini tidak ditanggung apabila Tertanggung kemudian tidak menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit atau Klinik.

i. Biaya Pendamping Pasien

Penggantian biaya makanan untuk 1 orang yang disediakan Rumah Sakit atau Klinik serta biaya menginap di Rumah Sakit atau Klinik bagi 1 orang dewasa yang menemani Tertanggung di kamar yang sama di mana Tertanggung di Rawat Inap, yang hanya berlaku pada waktu mulai menjalani Rawat Inap. Ketentuan ini hanya berlaku bagi Tertanggung yang berusia kurang dari 18 tahun atau berusia lebih dari 59 tahun.

j. Penggantian Biaya untuk Transplantasi Donor dari Pihak Ketiga

Penggantian Biaya Medis yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk biaya Rawat Inap dan Tindakan Bedah untuk donor pihak ke-3.

k. Biaya Laporan Medis

Penggantian biaya laporan medis di Rumah Sakit atau Klinik dengan batasan maksimum laporan medis sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.

2. Manfaat Rawat Jalan

- a. **Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap**
Penggantian Biaya Medis atas biaya konsultasi, pengobatan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi, radiologi dan obat-obatan yang dibebankan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis, Rumah Sakit atau Klinik karena suatu Ketidakmampuan yang menyebabkan Tertanggung menjalani Rawat Inap.
- b. **Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap**
Penggantian Biaya Medis atas biaya konsultasi, pengobatan lanjutan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pemeriksaan patologi, radiologi dan obat-obatan yang dibebankan oleh Dokter Umum, Dokter Spesialis, Rumah Sakit atau Klinik karena suatu Ketidakmampuan yang menyebabkan Tertanggung menjalani Rawat Inap.
- c. **Biaya Fisioterapi**
Fisioterapi yang dijalani Tertanggung tersebut berhubungan dengan Penyakit atau Cedera Tubuh yang dialami oleh Tertanggung termasuk terapi okupasi dan wicara yang menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan telah disetujui sebelumnya oleh Kami.
- d. **Biaya Cuci Darah (*Hemodialisis*)**
Penggantian Biaya Medis atas biaya cuci darah yang dijalani Tertanggung yang berhubungan dengan Penyakit atau Cedera Tubuh yang diderita oleh Tertanggung yang menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan telah disetujui sebelumnya oleh Kami.
- e. **Biaya Perawatan Kanker**
Pelayanan Medis yang dijalani Tertanggung tersebut berhubungan dengan Kanker yang dialami oleh Tertanggung yang menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan telah disetujui sebelumnya oleh Kami.
- f. **Biaya Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan**
Penggantian biaya yang Layak dan Lazim untuk perawatan Cedera Tubuh karena Kecelakaan dalam keadaan darurat yang dijalani oleh Tertanggung.
- g. **Biaya Rawat Jalan Darurat Gigi Karena Kecelakaan**
Penggantian biaya yang Layak dan Lazim untuk perawatan gigi akibat Kecelakaan yang dijalani oleh Tertanggung.
- h. **Perawatan dan Tindakan Bedah Rawat Jalan (*One Day Surgery*)**
Penggantian biaya yang Layak dan Lazim atas biaya Perawatan dan Tindakan Bedah Rawat Jalan yang dilakukan oleh Ahli Bedah atau Dokter Spesialis tanpa perlu Tertanggung menjalani Rawat Inap, meliputi biaya Ahli Bedah, asisten operasi, Dokter Spesialis anestesi, ruang operasi, ruang pemulihan, peralatan operasi dan pengobatan yang dilakukan sesuai dengan prosedur yang Dibutuhkan Secara Medis.
- i. **Biaya Juru Rawat Setelah Rawat Inap**
Penggantian biaya yang Layak dan Lazim yang dikeluarkan setiap hari atas pelayanan Juru Rawat yang Diperlukan Secara Medis dan harus mendapat rekomendasi dari Tenaga Medis yang menangani saat Rawat Inap. Perawatan dilakukan oleh Juru Rawat termasuk terapi, perawatan luka, pernapasan, perawatan diabetes, perawatan kolostomi, pemberian makan selang, suntikan dan pemberian obat lain kepada Tertanggung di rumah.
- j. **Manfaat Rehabilitasi, Konsultasi Ahli Gizi dan Pemantauan Kanker**
Penggantian biaya yang Layak dan Lazim yang timbul atas perawatan dan Pelayanan Medis yang diperlukan. Manfaat ini berlaku jika Tertanggung telah didiagnosis dan menyebabkan Tertanggung harus menjalani Rawat Inap karena kondisi Penyakit berikut serta telah disetujui sebelumnya oleh Kami.
- k. **Pengobatan Efek Samping Setelah Kemoterapi dan/atau Radioterapi**
Penggantian biaya yang Layak dan Lazim untuk Pengobatan Efek Samping Setelah Kemoterapi dan/atau Radioterapi (antibiotik, obat anti mual, steroid, obat penghilang rasa sakit, obat untuk meningkatkan kekebalan tubuh, transfusi darah) yang dijalani oleh Tertanggung dan Dibutuhkan Secara Medis.

l. Perawatan Paliatif

Perawatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit atau Klinik yang Dibutuhkan Secara Medis untuk meningkatkan kualitas hidup Tertanggung jika Penyakit yang dialami telah mencapai tahap yang membahayakan hidup Tertanggung berdasarkan informasi tertulis dari Tenaga Medis.

m. Pengobatan Tradisional Cina

Penggantian biaya yang Layak dan Lazim yang timbul atas Pengobatan Tradisional Cina setelah Rawat Inap atau Tindakan Bedah Rawat Jalan dan direkomendasikan oleh Dokter yang merawat Tertanggung.

n. Biaya Rawat Jalan untuk Penyakit Infeksi

Penggantian biaya yang Layak dan Lazim yang timbul atas perawatan yang diperlukan untuk pengobatan Penyakit infeksi.

3. Manfaat di Luar Wilayah Pertanggungan

a. Manfaat Penggantian Rawat Inap Darurat di Luar Wilayah Pertanggungan

Penggantian biaya yang Layak dan Lazim selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Luar Wilayah Pertanggungan karena Kondisi Gawat Darurat, dimana Pelayanan Medis yang dilakukan terhadap Tertanggung Dibutuhkan Secara Medis yang memerlukan perawatan di Unit Gawat Darurat yang terjadi dalam kurun waktu 24 jam dari sejak terjadinya kondisi kegawat daruratan. Bapak/Ibu hanya dapat mengajukan penggantian manfaat ini dengan metode *reimbursement*.

b. Manfaat Penggantian Rawat Inap di Luar Wilayah Pertanggungan

Penggantian biaya yang Layak dan Lazim selama Tertanggung menjalani Rawat Inap di Luar Wilayah Pertanggungan, dengan ketentuan apabila Tertanggung di Rawat Inap di Rumah Sakit atau Klinik yang terletak di luar Wilayah Pertanggungan, maka Kami akan menanggung biaya atas perawatan Rawat Inap tersebut secara proporsional sesuai tabel di bawah setelah dikurangi biaya-biaya yang tidak berhubungan dengan perawatan dan biaya yang dikecualikan dalam Polis. Bapak/Ibu hanya dapat mengajukan penggantian manfaat ini dengan metode *reimbursement*.

Wilayah Pertanggungan	Wilayah Rawat Inap	Persentase Biaya Yang Ditanggung (dari Total Tagihan Rumah Sakit atau Klinik yang disetujui)
Indonesia & Malaysia	Asia (kecuali Singapura, Jepang, Hongkong)	50%
	Singapura, Jepang, Hongkong	15%
	Seluruh Dunia (kecuali Asia & Amerika Serikat)	10%
	Amerika Serikat	5%
Asia (kecuali Singapura, Jepang, Hongkong)	Singapura, Jepang, Hongkong	30%
	Seluruh Dunia (kecuali Asia & Amerika Serikat)	15%
	Amerika Serikat	10%
Asia	Seluruh Dunia (kecuali Asia & Amerika Serikat)	60%
	Amerika Serikat	40%
Seluruh dunia (kecuali Amerika Serikat)	Amerika Serikat	60%

4. Manfaat Lainnya

a. Manfaat Rawat Inap Psikiatri

Penggantian biaya yang Layak dan Lazim sehubungan dengan Rawat Inap yang berhubungan dengan gangguan/penyakit kejiwaan berdasarkan rekomendasi Dokter Spesialis (Psikiater) yang ditugaskan oleh Rumah Sakit.

b. Manfaat Konsultasi Psikiatri/Psikolog Klinis

Penggantian biaya yang Layak dan Lazim untuk biaya konsultasi, perawatan lanjutan, pemeriksaan diagnostik, laboratorium, radiologi dan Obat-obatan yang dibebankan oleh Dokter Spesialis (Psikiater) atau psikolog klinis di Rumah Sakit yang memiliki fasilitas perawatan dan pengobatan kejiwaan atau Klinik

kejiwaan karena gangguan/penyakit kejiwaan setelah Tertanggung menjalani Rawat Inap Psikiatri dan telah disetujui oleh Kami.

c. Manfaat Santunan Harian Rawat Inap

Kami akan memberikan Santunan Harian Rawat Inap dengan maksimum 75 hari kalender per 1 Tahun Polis dengan besar manfaat sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.

d. Manfaat Santunan Pemakaman

Dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Penyakit atau Kecelakaan, maka Kami akan membayarkan Manfaat Santunan Pemakaman sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.

e. Manfaat Santunan Komplikasi Diabetes

Kami akan memberikan Santunan Komplikasi Diabetes dalam hal Tertanggung menderita komplikasi diabetes dengan salah satu kondisi sebagai berikut:

- a. Retinopati Diabetik;
- b. Menjalani amputasi tungkai/kaki/lengan/tangan kecuali jari tangan atau kaki untuk mengobati gangren yang terjadi akibat komplikasi diabetes; atau
- c. Nefropati diabetik.

f. No Claim Bonus & Penggantian Biaya Pemeriksaan Kesehatan dan Vaksinasi

Total Manfaat Tahunan akan meningkat sebesar 5% dari Total Manfaat Tahunan di Tahun Polis pertama setiap akhir Tahun Polis, dimana selama 2 Tahun Polis pertama tidak ada pengajuan klaim yang disetujui oleh Kami, Maksimum total akumulasi *No Claim Bonus* yang diberikan adalah sebesar 50% dari Total Manfaat Tahunan dari Plan terakhir. Dalam hal Bapak/Ibu memiliki *No Claim Bonus*, maka *No Claim Bonus* tersebut dapat digunakan untuk pemeriksaan kesehatan dan vaksinasi yang dilakukan oleh Tertanggung tanpa adanya tanda atau gejala klinis yang muncul.

g. Limit Booster

Dalam hal Total Manfaat Tahunan sudah habis dibayarkan, maka Kami akan membayarkan Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection dengan menggunakan Total Manfaat yang berasal dari *Limit Booster* sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection yang besarnya akan berkurang sesuai dengan penggunaannya selama Masa Asuransi.

5. Tanggung Mandiri (opsional)

Tanggung Mandiri adalah biaya perawatan yang akan ditanggung sendiri oleh Bapak/Ibu dengan besaran nilai sesuai Plan sebelum Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection dapat dibayarkan oleh Kami, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Tanggung Sendiri hanya berlaku untuk setiap Rawat Inap.
- b. Dalam hal nilai Tanggung Mandiri lebih besar atau sama dengan Manfaat Asuransi yang Kami setujui, maka tidak ada Manfaat Asuransi yang dibayarkan oleh Kami.
- c. Dalam hal nilai Tanggung Mandiri lebih kecil dari klaim Manfaat Asuransi yang Kami setujui, maka Kami akan membayarkan manfaat asuransi yang disetujui setelah dikurangi nilai Tanggung Mandiri.

Catatan:

- a. Maksimum manfaat yang dapat dibayarkan adalah sesuai Plan yang dipilih sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.
- b. Jika Rawat Inap dan Tindakan Bedah berlanjut sampai Tahun Polis berikutnya (apabila Polis diperpanjang), maka Manfaat Asuransi akan dibagi sesuai biaya per jenis perawatan yang timbul berdasarkan hari, pada Tahun Polis yang bersangkutan.
- c. Jika biaya per jenis perawatan yang timbul tidak dapat dirinci berdasarkan hari, maka biaya akan dibagi sesuai persentase jumlah hari Rawat Inap yang sebenarnya untuk tiap Tahun Polis. Jika Rawat Inap dan Tindakan Bedah berlanjut melewati tanggal berakhirnya Polis dan Polis tidak diperpanjang, maka Manfaat Asuransi akan tetap dibayarkan sampai dengan tanggal keluar Rumah Sakit atau Klinik atau hingga jangka waktu maksimal 30 hari kalender sejak tanggal berakhirnya Polis, yang mana yang lebih dahulu terjadi, dengan tetap memperhatikan batas maksimum pada Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection ini.

Informasi yang lebih lengkap mengenai Manfaat Asuransi dapat mengacu pada dokumen Polis.

Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection

(Rupiah '000)

Manfaat	Rincian		Plan							
			Smart			Optimal dan Basic				
			A	B	C	A	B	C	D	E
Wilayah Pertanggunggaan			Indonesia & Malaysia ¹	Asia (kecuali Singapura, Jepang, Hongkong)	Asia	Indonesia & Malaysia ¹	Asia (kecuali Singapura, Jepang, Hongkong)	Asia	Seluruh Dunia (kecuali Amerika Serikat)	Seluruh Dunia
Manfaat Rawat Inap dan Tindakan Bedah										
Biaya Akomodasi Kamar	Maksimum 365 hari kalender per Tahun Polis		Kamar standar harga terendah, dengan 2 tempat tidur dan kamar mandi di dalam atau Batas Penggantian Harian, mana yang lebih besar			Kamar standar harga terendah, dengan 1 tempat tidur dan kamar mandi di dalam atau Batas Penggantian Harian, mana yang lebih besar			Satu tingkat di atas kamar standar harga terendah, dengan 1 tempat tidur dan kamar mandi di dalam atau Batas Penggantian Harian, mana yang lebih besar	
	Batas Penggantian Harian	Basic	-	-	-	1.200	1.200	3.000	3.000	3.000
		Optimal	-	-	-	2.500	3.000	5.000	8.000	12.000
	Smart	650	750	1.250	-	-	-	-	-	
Biaya Unit Perawatan Intensif (ICU)	Maksimum 365 hari kalender per Tahun Polis		Sesuai Tagihan							
Biaya Kunjungan Dokter Umum	Maksimum 2 kunjungan per hari									
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis	Maksimum 2 kunjungan per Dokter Spesialis per hari									
Biaya Aneka Perawatan	Per Tahun Polis									
Biaya Tindakan Bedah	Per Tahun Polis									
Biaya Implan dan Protesa	Maksimum 90 hari kalender setelah Rawat Inap									
Biaya Ambulans Lokal	Per tahun Polis									
Biaya Akomodasi Pendamping Pasien	Per hari; Maksimum 180 hari kalender per Tahun Polis		400	550	750	500	750	1.000	2.000	3.000
Penggantian Biaya untuk Transplantasi Donor dari Pihak Ketiga	Per Tahun Polis		150.000	250.000	400.000	200.000	300.000	500.000	500.000	500.000
Biaya Laporan Medis	Maksimum 1 laporan per Rawat Inap		400	550	750	500	750	1.000	2.000	3.000
Manfaat Rawat Jalan										
Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap	Per Tahun Polis; Maksimum 30 hari kalender sebelum Rawat Inap		Sesuai Tagihan							
Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap	Per Tahun Polis; Maksimum 90 hari kalender setelah Rawat Inap									
Biaya Fisioterapi (termasuk terapi okupasi dan wicara)	Maksimum 90 hari kalender per Tahun Polis; Perawatan harus dilakukan 30 hari kalender sebelum Rawat Inap, selama Rawat Inap, dan 90 hari kalender setelah Rawat Inap									

(Rupiah '000)

Manfaat	Rincian	Plan							
		Smart			Optimal dan Basic				
		A	B	C	A	B	C	D	E
Biaya Cuci Darah (Hemodialisis)	Per Tahun Polis	Sesuai Tagihan							
Biaya Perawatan Kanker	Per Tahun Polis								
Biaya Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan	Per Tahun Polis								
Biaya Rawat Jalan Darurat Gigi Karena Kecelakaan	Per Tahun Polis								
Perawatan dan Tindakan Bedah Rawat Jalan (One Day Surgery)	Per Tahun Polis								
Biaya Juru Rawat Setelah Rawat Inap	Per hari; Maksimum 180 hari kalender per Tahun Polis	400	550	750	500	750	1.000	2.000	2.500
Manfaat Rehabilitasi Konsultasi Ahli Gizi dan Pemantauan Kanker	Per Kunjungan; Maksimum 30 kali kunjungan per Tahun Polis	400	600	1.000	500	800	1.500	1.750	2.000
Pengobatan Efek Samping Setelah Kemoterapi dan/atau Radioterapi	Per Tahun Polis	3.000	4.000	5.000	5.000	7.500	15.000	20.000	30.000
Perawatan Paliatif	Selama Masa Asuransi	50.000	75.000	100.000	75.000	100.000	150.000	200.000	250.000
	Per Tahun Polis	3.000	5.000	10.000	5.000	10.000	20.000	40.000	50.000
Pengobatan Tradisional Cina	Per Rawat Inap; Maksimum 90 hari kalender setelah Rawat Inap	750			1.000				
Biaya Rawat Jalan untuk Penyakit Infeksi	Per Kunjungan; Maksimum 15 kali kunjungan per Tahun Polis	400	600	1.000	500	800	1.500	1.750	2.000
Manfaat Lainnya									
Manfaat Rawat Inap Psikiatri	Per Tahun Polis; Maksimum 30 hari kalender per Tahun Polis. Sejak Tahun Polis ke-2	5.000	7.500	12.500	7.500	12.500	25.000	35.000	50.000
Manfaat Konsultasi Psikiatri/ Psikolog Klinis	Per hari; Maksimum 30 hari kalender per Tahun Polis. Maksimum 90 hari kalender setelah Rawat Inap Psikiatri. Sejak Tahun Polis ke-2	500	750	1.000	500	750	1.000	2.000	2.500

(Rupiah '000)

Manfaat	Rincian		Plan							
			Smart			Optimal dan Basic				
			A	B	C	A	B	C	D	E
Manfaat Santunan Harian Rawat Inap	Per hair; Maksimum 75 hari kalender per Tahun Polis. Sejak Tahun Polis ke-2		500	500	750	500	750	1.000	1.250	1.500
Manfaat Santunan Pemakaman	Dibayarkan 1 kali selama Masa Asuransi		10.000			15.000		40.000		
Manfaat Komplikasi Diabetes	Dibayarkan 1 kali selama Masa Asuransi. Sejak Tahun Polis ke-3		10.000			15.000		40.000		
No Claim Bonus	Per Tahun Polis		Meningkat sebesar 5% dari Total Manfaat Tahunan pada Tahun Polis pertama setiap akhir Tahun Polis. (Maksimum total akumulasi <i>No Claim Bonus</i> yang diberikan adalah 50% dari Total Manfaat Tahunan dari <i>Plan</i> terakhir)							
	Penggantian Biaya Pemeriksaan Kesehatan & Vaksinasi (Manfaat akan dipotong dari kenaikan limit tahunan dari <i>No Claim Bonus</i>)		750	1.000	2.000	1.000	2.000	4.000	6.000	8.000
Tanggung Mandiri (Opsional)										
Tanggung Mandiri	Per Rawat Inap		4.000	4.000	5.000	4.000	5.000	7.000	10.000	15.000
Total Manfaat Tahunan	Per Tahun Polis		5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	10.000.000	20.000.000	25.000.000
Limit Booster	Maksimum Selama Masa Asuransi	Basic	-	-	-	8.000.000	8.000.000	30.000.000	30.000.000	35.000.000
		Optimal	-	-	-	15.000.000	15.000.000	40.000.000	40.000.000	50.000.000
		Smart	5.000.000	5.000.000	10.000.000	-	-	-	-	-

¹Wilayah pertanggungans Malaysia untuk Plan A hanya tersedia untuk pembayaran tagihan dengan reimbursement.

Pengecualian

Kami tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi, apabila Tertanggung menjalani atau menerima Pelayanan Medis yang disebabkan secara langsung ataupun tidak langsung, sebagian atau seluruhnya, oleh hal-hal berikut:

1. Bunuh diri, percobaan bunuh diri atau melukai diri sendiri baik dilakukan dalam keadaan sadar atau tidak sadar oleh Tertanggung yang terjadi dalam waktu 1 tahun sejak Tanggal Berlaku Polis atau sejak tanggal terakhir pemulihan Polis atau sejak tanggal berlakunya perubahan Manfaat Asuransi, yang mana tanggal terakhir berlaku;
2. Keterlibatan dari Tertanggung melakukan tindakan ilegal, melalaikan dan/atau melawan/melanggar hukum, baik dilakukan secara sadar maupun tidak sadar (*intoxication*), termasuk tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki atau turut memiliki kepentingan dalam pertanggungan asuransi ini;
3. Biaya pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosis/alasan Rawat Inap, biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Tenaga Medis, biaya preventif (pencegahan penyakit) termasuk imunisasi/vaksinasi kecuali untuk *No Claim Bonus* dan komplikasinya, suplemen makanan dan vitamin yang tidak direkomendasikan oleh Tenaga Medis, biaya istirahat, biaya telekomunikasi, biaya penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan perawatan medis atau Perawatan dan/atau Pengobatan Eksperimental;
4. Semua jenis perawatan, pemeriksaan, pengobatan atau pembedahan gigi termasuk bedah mulut, gusi, atau struktur penyangga gigi secara langsung dan pengobatan yang terkait dengannya kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan;
5. Perawatan dan/atau tindakan/pembedahan yang berhubungan dengan kehamilan atau upaya untuk hamil, termasuk melahirkan, diagnosis dan perawatan ketidaksuburan, keguguran, aborsi, sterilisasi (*vasektomi*/MOP dan *tubektomi*/MOW) dan kontrasepsi, metode pengaturan kelahiran, pengujian atau pengobatan impotensi, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya;
6. Perawatan dan/atau tindakan/pembedahan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan, *bulimia*, *anoreksia nervosa*, atau perawatan, dan atau pembedahan untuk memperbaiki fungsi atau bentuk organ tubuh dengan tujuan estetika atau kosmetika;
7. Perawatan dan/atau pembedahan untuk mengubah jenis kelamin;
8. Perawatan dan atau tindakan sirkumsisi/khitanan/sunat termasuk segala komplikasinya yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung selain sunat yang dilaksanakan sehubungan dengan indikasi medis;
9. *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*, infeksi *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan/atau komplikasi yang berhubungan dengan keduanya;
10. Penyakit akibat hubungan seksual atau penyimpangan seksual;
11. Gangguan/cacat mental dan/atau kejiwaan (termasuk *neurosis*, *psikosomatis*, *psikosis*) atau perawatan yang ditangani oleh psikolog/psikiater, kecuali untuk Manfaat Rawat Inap Psikiatri dan Manfaat Konsultasi Psikiater/Psikolog Klinis;
12. Perang (baik dinyatakan maupun tidak), invasi oleh negara lain, operasi yang bersifat permusuhan atau menyerupai perang (baik dinyatakan atau tidak), pemberontakan, huru-hara atau kerusakan, kudeta, perlawanan, revolusi, kekuatan militer atau bersenjata, atau ikut serta dalam aksi/kegiatan militer; atau
13. Reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasinya.

Persyaratan dan Tata Cara

Pengajuan Asuransi Jiwa

1. Bapak/Ibu sebagai Pemegang Polis harus melengkapi persyaratan dan dokumen berikut:
 - Bapak/Ibu berusia minimal 18 tahun (ulang tahun terakhir);
 - Usia masuk Tertanggung minimal 30 hari – 80 tahun (ulang tahun terakhir);
 - Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) yang telah diisi dengan benar dan lengkap;
 - Kartu Identitas atas nama calon Pemegang Polis dan calon Tertanggung yang masih berlaku;

Pengaduan Terkait Produk dan/atau Layanan



FWD Customer Care

- Hotline di 1500 525 dan hotline layanan bebas pulsa di 0-800-1500-525
- Live Chat melalui website di fwd.co.id
- WhatsApp di (+62) 8551500525
- Email ke CustomerCare.id@fwd.com



Kantor Pusat FWD Insurance

PT FWD Insurance Indonesia

Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD
Lot 10, Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53
Jakarta Selatan 12190, Indonesia

- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Personal yang telah ditandatangani/disetujui oleh calon Pemegang Polis; dan
- Dokumen pendukung lainnya.

2. Calon Pemegang Polis/Tertanggung wajib memberikan keterangan, data dan pernyataan dengan benar dan lengkap, memahami dokumen sebelum ditandatangani, dan memberikan persetujuan atas dokumen tersebut. Apabila ternyata keterangan, data dan pernyataan tersebut tidak sesuai dengan keadaan atau kondisi sebenarnya, maka Kami berhak membatalkan Polis dengan pemberitahuan secara tertulis sebelumnya kepada calon Pemegang Polis.
3. Pengajuan asuransi dinyatakan diterima apabila semua syarat dan ketentuan sudah terpenuhi dan Kami telah menerima Premi pertama sebagai salah satu syarat penerbitan dan berlakunya Polis.
4. Apabila keterangan atau pernyataan dalam dokumen sebagai dasar Pengajuan tersebut berubah, maka calon Pemegang Polis wajib memberitahukan kepada Kami selambat-lambatnya 30 hari kalender sejak adanya perubahan tersebut.

Pembayaran Premi

1. Pembayaran Premi hanya dapat dilakukan sesuai dengan cara pembayaran yang telah Bapak/Ibu pilih pada SPAJ melalui transfer antar bank atau *autodebet* ke rekening bank Kami yang telah ditentukan atau dengan cara lain sebagaimana berlaku pada Kami.
2. Setiap pembayaran Premi harus ditujukan kepada Kami dan pembayaran hanya akan dinyatakan lunas pada tanggal Premi diterima dan tercatat pada rekening dan sistem Kami sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan.

Pengaduan Lisan

Pengaduan secara lisan akan ditindaklanjuti paling lama 5 hari kerja sejak pengaduan diterima oleh FWD Insurance. Apabila Pengaduan memerlukan dokumen pendukung dan jangka waktu penyelesaian, maka Pengaduan akan ditindaklanjuti secara tertulis.

Pengaduan Tertulis

Pengaduan secara tertulis akan ditindaklanjuti paling lama 10 hari kerja sejak dokumen pengaduan diterima secara lengkap oleh FWD Insurance dengan menyertakan:

- a. Identitas Bapak/Ibu dan/atau pihak yang berkepentingan atas Polis;
- b. Jenis dan tanggal pemanfaatan dan/atau layanan Polis;
- c. Permasalahan yang diadukan; dan
- d. Dokumen lain.

Untuk kondisi tertentu, FWD Insurance dapat memperpanjang jangka waktu penyelesaian pengaduan tersebut paling lama 10 hari kerja dengan pemberitahuan sebelumnya kepada Bapak/Ibu paling lambat 1 hari kerja sebelum jangka waktu penyelesaian pengaduan berakhir

Simulasi

Data Tertanggung

Nama Tertanggung	: Bapak Putra	Masa Asuransi	: 1 tahun, diperpanjang otomatis sampai dengan Tertanggung mencapai usia 100 tahun atau 25 tahun (untuk Tertanggung Tambahan anak)
Jenis Kelamin Tertanggung	: Laki-laki		
Usia Masuk Tertanggung	: 35 tahun		
Kelas Pekerjaan Tertanggung	: 1		
Plan	: B – Basic	Masa Pembayaran Premi	: 1 tahun, diperpanjang otomatis sampai dengan Tertanggung mencapai usia 99 tahun
Wilayah Pertanggungan	: Asia (kecuali Singapura, Jepang dan Hongkong)		
Tanggung Mandiri	: Tanpa Tanggung Mandiri	Frekuensi Pembayaran Premi	: Tahunan
Mata Uang	: Rupiah	Total Premi	: 9.099.000 per tahun

Skenario Rawat Inap:

Pada awal tahun ke-3 Polis, Bapak Putra menjalani rawat inap selama 5 hari di rumah sakit di Indonesia. Bapak Putra menempati kamar dengan 1 tempat tidur sesuai dengan *Plan* yang dimiliki. Biaya kunjungan dokter Rp500.000 per hari, dan biaya perawatan lainnya Rp2.000.000 per hari dengan rincian sebagai berikut:

Manfaat	Biaya	Total Biaya (5 Hari)
Akomodasi Kamar Rawat Inap	Rp1.200.000	Rp6.000.000
Kunjungan Dokter	Rp500.000	Rp2.500.000
Biaya Perawatan Lainnya	Rp2.000.000	Rp10.000.000
Total tagihan rumah sakit yang disetujui		Rp18.500.000

Maka, Total Manfaat Rawat Inap yang Kami Bayarkan adalah 18.500.000

Skenario Naik Kelas Kamar:

Pada akhir Tahun Polis ke-3 Bapak Putra kembali menjalani rawat inap selama 3 hari di rumah sakit di Indonesia. Kamar yang tersedia di rumah sakit dan sesuai *Plan* yang dimiliki Bapak Putra adalah kelas 1 dengan tarif Rp1.200.000 per hari. Namun atas kemauan sendiri, Bapak Putra naik kelas kamar ke VIP dengan tarif Rp2.000.000 per hari. Total tagihan rumah sakit yang disetujui adalah sebesar Rp40.000.000. Kami akan menghitung secara proposional dengan perhitungan sebagai berikut:

Perhitungan Proporsional : (Kamar sesuai *Plan*/Kamar ditempati) x total tagihan yang disetujui
: $(Rp1.200.000/Rp2.000.000) \times Rp40.000.000$
: $60\% \times Rp40.000.000$
: Rp24.000.000

Maka, Total Manfaat Rawat Inap yang Kami Bayarkan adalah Rp24.000.000

Skenario Naik Kelas Kamar di Luar Wilayah Pertanggungan:

Pada awal tahun polis ke-5, Bapak Putra menjalani rawat inap selama 5 hari di rumah sakit di Singapura. Kamar yang tersedia di rumah sakit dan sesuai *Plan* yang dimiliki Bapak Putra adalah kelas 1 dengan tarif Rp1.500.000 per hari. Namun atas kemauan sendiri, Bapak Putra naik kelas kamar ke VIP dengan tarif Rp2.500.000 per hari. Total tagihan rumah sakit yang disetujui adalah Rp40.000.000. Kami akan menghitung secara proporsional dan sesuai persentase di luar wilayah pertanggungan dengan perhitungan sebagai berikut:

Perhitungan Proporsional : $(\text{Kamar sesuai Plan} / \text{Kamar ditempati}) \times \text{total tagihan yang disetujui}$
: $(\text{Rp1.500.000} / \text{Rp2.500.000}) \times \text{Rp40.000.000}$
: $60\% \times \text{Rp40.000.000}$
: Rp24.000.000

Perhitungan di Luar Wilayah Pertanggungan : Persentase wilayah rawat inap x perhitungan proporsional
: $30\% \times \text{Rp24.000.000}$
: Rp7.200.000

Maka, Total Manfaat Rawat Inap yang Kami bayarkan adalah Rp7.200.000

Skenario Manfaat Santunan Harian Rawat Inap:

Pada akhir tahun polis ke-5, Bapak Putra menjalani rawat inap selama 4 hari di rumah sakit di Indonesia. Kamar yang ditempati Bapak Putra sesuai *Plan* yang dimiliki, yaitu kamar dengan 1 tempat tidur dengan tarif Rp1.200.000 per hari. Total tagihan rumah sakit yang disetujui adalah Rp10.000.000. Seluruh biaya sudah dibayarkan oleh asuransi dari kantor tempat Bapak Putra bekerja. Dikarenakan seluruh biaya perawatan telah dibayarkan oleh asuransi lain, maka FWD Insurance akan membayarkan manfaat santunan harian sebesar:

Perhitungan Manfaat : Santunan harian rawat inap x jumlah hari rawat inap
Santunan Harian : $\text{Rp750.000} \times 4 \text{ hari}$
: Rp3.000.000

Maka, Total Manfaat Santunan Harian yang Kami bayarkan adalah Rp3.000.000

Skenario No Claim Bonus:

Bapak Putra membeli FWD Hospital Care Protection Plan B-Basic, dengan Limit Tahunan awal sebesar Rp5.000.000.000. Bapak Putra tidak pernah melakukan klaim selama 2 tahun Polis sejak Polis terbit, maka pada tahun Polis ke-3 Limit Tahunan naik menjadi:

Perhitungan *No Claim Bonus* : $\text{Rp5.000.000.000} + (5\% \times \text{Rp5.000.000.000})$
: Rp5.250.000.000

Selama tahun Polis ke-3, Bapak Putra tidak melakukan klaim, maka pada tahun Polis ke-4 Limit Tahunan menjadi:

Perhitungan *No Claim Bonus* : $\text{Rp5.250.000.000} + (5\% \times \text{Rp5.000.000.000})$
: Rp5.500.000.000

Sehubungan selama tahun Polis ke-4 Bapak Putra pernah mengajukan klaim, maka Bapak Putra tidak berhak mendapatkan *No Claim Bonus*. Limit Tahunan yang dimiliki Bapak Putra pada tahun Polis ke-5 adalah Rp5.500.000.000.

Selama tahun Polis ke-5, Bapak Putra tidak melakukan klaim, maka pada tahun Polis ke-6 Limit Tahunan menjadi:

Perhitungan *No Claim Bonus* : $\text{Rp5.500.000.000} + (5\% \times \text{Rp5.000.000.000})$
: Rp5.750.000.000

Sampai dengan tahun ke-12 Bapak Putra tidak pernah melakukan klaim, maka Limit Tahunan Bapak Putra di tahun Polis ke-13 menjadi:

Perhitungan *No Claim Bonus* : $\text{Rp7.250.000.000} + (5\% \times \text{Rp5.000.000.000})$
: Rp7.500.000.000

Karena *No Claim Bonus* sudah mencapai 50% dari Limit Tahunan Plan terakhir, maka tidak akan ada penambahan Limit Tahunan di tahun berikutnya.

Simulasi

Data Tertanggung

Nama Tertanggung	: Ibu Elza	Masa Asuransi	: 1 tahun, diperpanjang otomatis sampai dengan Ibu Elza mencapai usia 100 tahun
Jenis Kelamin Tertanggung	: Perempuan	Frekuensi Pembayaran Premi	: Tahunan
Usia Masuk Tertanggung	: 35 tahun	Plan	: C – Smart
Kelas Pekerjaan Tertanggung	: 1	Tanggung Mandiri	: Dengan Tanggung Mandiri (Rp5 juta/rawat inap)
Masa Pembayaran Premi	: 1 tahun, diperpanjang otomatis sampai dengan Tertanggung mencapai usia 99 tahun	Wilayah Pertanggungan	: Asia
		Mata Uang	: Rupiah
		Total Premi	: 11.076.000 per tahun

Skenario Rawat Inap:

Pada awal tahun ke-3 Polis, Ibu Elza menjalani rawat inap selama 3 hari di rumah sakit di Indonesia. Ibu Elza menempati kamar dengan 1 tempat tidur sesuai dengan plan yang dimiliki. Biaya kunjungan dokter Rp500.000 per hari, dan biaya perawatan lainnya Rp2.000.000 per hari dengan rincian sebagai berikut:

Manfaat	Biaya	Total Biaya (3 Hari)
Akomodasi Kamar Rawat Inap	Rp1.250.000	Rp3.750.000
Kunjungan Dokter	Rp500.000	Rp1.500.000
Biaya Perawatan Lainnya	Rp2.000.000	Rp6.000.000
Total tagihan rumah sakit yang disetujui		Rp11.250.000

Perhitungan Tanggung Mandiri : Total tagihan rumah sakit yang disetujui – Nominal Tanggung Mandiri
: Rp11.250.000 – Rp5.000.000
: Rp6.250.000

Maka, Total Manfaat Rawat Inap yang Kami Bayarkan adalah Rp6.250.000

Skenario Naik Kelas Kamar:

Pada awal tahun ke-4 Ibu Elza menjalani rawat inap selama 5 hari di rumah sakit di Hongkong. Kamar yang tersedia di rumah sakit dan sesuai Plan yang dimiliki Ibu Elza adalah kelas 1 dengan tarif Rp1.250.000 per hari. Namun atas kemauan sendiri, Ibu Elza naik kelas kamar ke VIP dengan tarif Rp1.775.000 per hari. Total tagihan rumah sakit yang disetujui adalah Rp50.000.000. Sehubungan Polis Ibu Elza memiliki opsi Tanggung Mandiri sebesar Rp5.000.000 maka Kami akan melakukan perhitungan sebagai berikut:

Perhitungan Proporsional : (kamar sesuai plan/kamar ditempati) x total tagihan disetujui
: (Rp1.250.000 /Rp1.775.000) x Rp50.000.000
: 70% x Rp50.000.000
: Rp35.000.000

Perhitungan Tanggung Mandiri : Total tagihan rumah sakit yang disetujui – Nominal Tanggung Mandiri
: Rp35.000.000 – Rp5.000.000
: Rp30.000.000

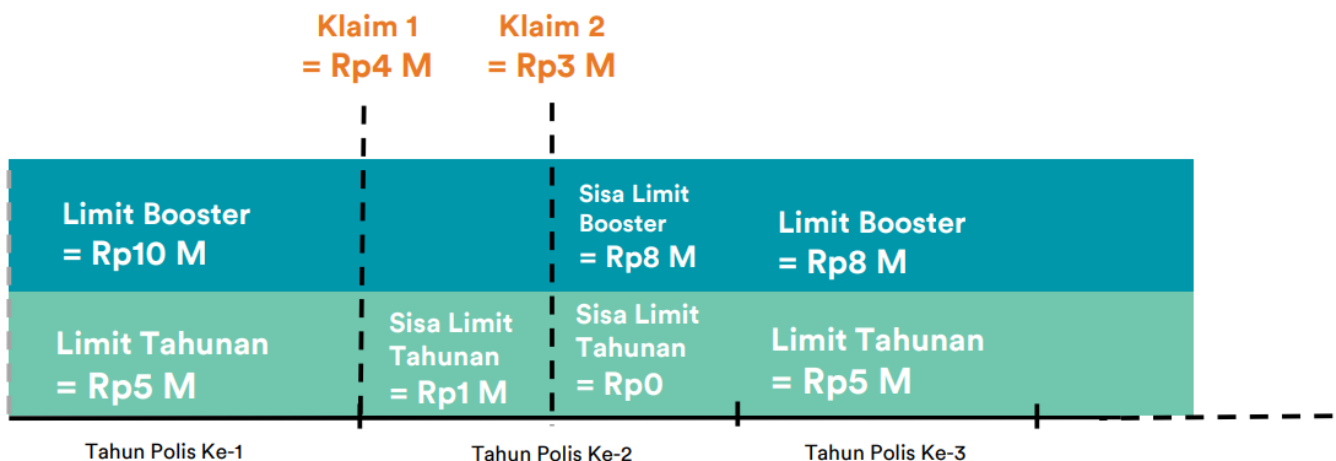
Maka, Total Manfaat Rawat Inap yang Kami Bayarkan adalah Rp30.000.000

Skenario Naik Kelas Kamar di Luar Wilayah Pertanggungan:

Ibu Elza menjalani rawat inap selama 5 hari di rumah sakit di London. Kelas kamar standar terendah dengan 2 tempat tidur yang tersedia di rumah sakit adalah dengan tarif Rp1.500.000 per hari. Namun atas kemauan sendiri, Ibu Elza naik kelas kamar ke VIP dengan tarif Rp2.000.000 per hari. Total tagihan rumah sakit yang disetujui adalah Rp60.000.000. Kami akan menghitung sesuai persentase di luar wilayah pertanggungan dengan perhitungan sebagai berikut:

Perhitungan Proporsional	: (kamar sesuai plan/kamar ditempati) x total tagihan disetujui
	: (Rp1.500.000 /Rp2.000.000) x Rp60.000.000
	: 75% x Rp60.000.000
	: Rp45.000.000
Perhitungan di Luar Wilayah Pertanggungan	: persentase wilayah rawat inap x perhitungan proporsional
	: 60% x Rp45.000.000
	: Rp27.000.000
Perhitungan Tanggung Mandiri	: Total tagihan rumah sakit yang disetujui – Nominal Tanggung Mandiri
	: Rp27.000.000 – Rp5.000.000
	: Rp22.000.000

Maka, Total Manfaat Rawat Inap yang Kami bayarkan adalah **Rp22.000.000**

Skenario Limit Booster:

Ibu Elza membeli FWD Hospital Care Protection Plan C-Smart, dengan Limit Tahunan sebesar Rp5.000.000.000 dan *Limit Booster* sebesar Rp10.000.000.000. Ibu Elza mengajukan klaim di tahun Polis ke-2 sebesar Rp4.000.000.000.

Maka, sisa Limit Tahunan di tahun ke-2 adalah:

Sisa Limit Tahunan	: Limit Tahunan – klaim pertama di tahun Polis ke-2
	: Rp5.000.000.000 – Rp4.000.000.000
	: Rp1.000.000.000

Ibu Elza mengajukan klaim kedua di tahun Polis yang sama sebesar Rp3.000.000.000,00. Maka sisa Limit Tahunan adalah:

Sisa Limit Tahunan	: Sisa Limit Tahunan – klaim kedua di tahun Polis ke-2
	: Rp1.000.000.000 – Rp3.000.000.000
	: (-) Rp2.000.000.000

Kekurangan ini akan dipotong dari *Limit Booster*, sehingga sisa *Limit Booster* adalah:

Sisa <i>Limit Booster</i>	: <i>Limit Booster</i> – kekurangan Limit Tahunan
	: Rp10.000.000.000 – Rp2.000.000.000
	: Rp8.000.000.000

Pada saat ulang tahun polis, Limit Tahunan akan kembali ke Rp5.000.000.000,00, sedangkan *Limit Booster* akan tetap Rp8.000.000.000,00 selama Masa Asuransi.

Informasi Tambahan

1. Definisi-definisi Penting:

- **Pemegang Polis** berarti badan hukum atau individu yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Kami atau juga disebut Bapak/Ibu.
- **Penanggung** berarti PT FWD Insurance Indonesia atau juga disebut Kami.
- **Tertanggung** berarti terdiri dari Tertanggung Utama dan Tertanggung Tambahan (jika ada).
- **Tertanggung Utama** berarti yang atas dirinya diadakan perjanjian asuransi, dimana terdapat kepentingan asuransi atau hubungan kepentingan asuransi (*insurable interest*) dengan Bapak/Ibu.
- **Tertanggung Tambahan** berarti Tertanggung selain Tertanggung Utama yang atas dirinya diadakan perjanjian asuransi, di mana terdapat kepentingan asuransi atau hubungan kepentingan asuransi (*insurable interest*) dengan Bapak/Ibu.
- **Penerima Manfaat** berarti pihak yang diberi hak untuk menerima Manfaat Asuransi sebagaimana dicantumkan dalam Polis dengan ketentuan pihak yang diberi hak tersebut mempunyai hubungan kepentingan terhadap Tertanggung atas perlindungan asuransi yang bersangkutan (*insurable interest*) dan sepanjang tidak bertentangan dengan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di negara Republik Indonesia.
- **Polis** berarti dokumen perjanjian asuransi antara Kami dengan Bapak/Ibu, baik yang berbentuk cetak atau digital/elektronik, yang meliputi Ketentuan Umum Polis dan/atau Ketentuan Tambahan, dan/atau Ketentuan Khusus dan/atau setiap Endosemen dan/atau perubahan lain yang terdapat di dalamnya yang Kami tandatangi, termasuk Surat Permohonan Asuransi Jiwa, Lampiran Polis dan/atau dokumen-dokumen yang terkait dalam proses permohonan dan/atau pendaftaran asuransi tersebut, yang secara keseluruhan merupakan satu kesatuan dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
- **Premi** berarti sejumlah uang yang Bapak/Ibu bayarkan kepada Kami sehubungan dengan penutupan Polis ini termasuk Ekstra Premi (jika ada).
- **Plan** berarti keseluruhan Manfaat Asuransi yang diberikan oleh Kami kepada Tertanggung sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection yang Bapak/Ibu pilih.
- **Rawat Inap** berarti masuknya Tertanggung sebagai pasien rawat inap untuk menerima perawatan/pengobatan yang Dibutuhkan Secara Medis dan di mana Tertanggung harus di rawat inap di Rumah Sakit atau Klinik sekurang-kurangnya 6 jam sehingga menimbulkan biaya kamar perawatan dengan fasilitas rawat inap sesuai dengan rincian tagihan biaya atas hari perawatan yang dikeluarkan pihak Rumah Sakit atau Klinik.
- **Rawat Jalan** berarti masuknya Tertanggung sebagai pasien untuk menerima perawatan dan pengobatan yang Dibutuhkan Secara Medis tanpa menjalani Rawat Inap, sehingga menimbulkan biaya atas perawatan dan pengobatan tersebut sesuai dengan rincian tagihan biaya yang dikeluarkan pihak Rumah Sakit atau Klinik.
- **Total Manfaat Tahunan** berarti batas maksimal nilai seluruh Manfaat Asuransi per Tahun Polis berdasarkan Ketentuan Umum Polis sesuai dengan *Plan* Manfaat Asuransi yang Bapak/Ibu pilih sebagaimana dicantumkan dalam Ringkasan Polis.
- **Wilayah Pertanggungan** berarti wilayah pertanggungan sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection yang berlaku bagi setiap Tertanggung.
- **Ekstra Premi** berarti tambahan atas Premi Dasar sehubungan dengan kondisi tertentu Tertanggung berdasarkan pertimbangan Penanggung Kami dalam seleksi risiko atas pertanggungan ini.
- **Ringkasan Polis** berarti dokumen yang berisi intisari dari pertanggungan Polis.
- **Surat Permohonan Asuransi Jiwa ("SPAJ")** berarti surat atau formulir permohonan berikut dokumen lain yang dilekatkan baik dalam bentuk elektronik atau bentuk lainnya yang Penanggung Kami sediakan, yang wajib diisi dan dilengkapi oleh Bapak/Ibu dan/atau Tertanggung sebagai syarat permohonan asuransi jiwa.

2. Prosedur dan tata cara klaim:

a. Pengajuan Klaim

Bapak/Ibu atau Penerima Manfaat dapat mengajukan klaim Manfaat Asuransi dengan cara:
Mengisi dan melengkapi dokumen yang disyaratkan secara digital, melalui:
Aplikasi FWD Omne dari menu Asuransi yang bisa di-*download* di Apple Store dan Google Play Store.

b. Dokumen Pengajuan Klaim

- i. Pengajuan klaim Manfaat Asuransi harus diajukan kepada Kami secara tertulis dilengkapi dengan berkas-berkas sebagai berikut:
 - 1) Formulir Klaim Manfaat Hidup yang telah diisi dengan benar dan lengkap;
 - 2) Fotokopi tanda bukti diri yang sah dan masih berlaku dari Bapak/Ibu dan Tertanggung;
 - 3) Surat kuasa asli dari Bapak/Ibu (apabila dikuasakan);

- 4) Formulir Klaim Manfaat Hidup yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Dokter yang merawat, atau Surat keterangan dari Tenaga Medis yang sah dan berwenang mengenai indikasi perawatan medis, atau Resume medis perawatan;
- 5) Kuitansi asli dan perincian tagihan dari Rumah Sakit atau Klinik;
- 6) Surat rekomendasi dari Tenaga Medis untuk Pemeriksaan Penunjang Diagnostik dan Laboratorium Sebelum Rawat Inap atau Tindakan Bedah, Implan dan/atau Protesa, Fisioterapi, Cuci Darah dan Perawatan Kanker;
- 7) Salinan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep yang berkaitan dengan perawatan;
- 8) Surat konfirmasi tertulis dari Rumah Sakit atau Klinik bahwa Kamar Standar yang ditempati oleh Tertanggung pada saat Rawat Inap merupakan kamar dengan jumlah tempat tidur terendah yang berlaku di Rumah Sakit atau Klinik (tidak berlaku untuk fasilitas *cash/less*);
- 9) Untuk Manfaat Santunan Harian Rawat Inap atau pengajuan selisih klaim asuransi Kesehatan yang belum dibayarkan dari perusahaan asuransi lain atau program asuransi yang memberikan pembayaran tunjangan kesehatan kepada karyawan atau asuransi yang dikelola oleh pemerintah, maka melampirkan dokumen berupa kuitansi fotokopi legalisir dari Rumah Sakit atau Klinik dan Surat Koordinasi Manfaat yang diterbitkan dan ditandatangani oleh pejabat yang berwenang dari perusahaan/perusahaan asuransi lain; dan
- 10) Dokumen lain yang dinyatakan perlu oleh Kami yang berkaitan dengan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi.

ii. Pengajuan klaim Manfaat Asuransi khusus untuk Manfaat Santunan Pemakaman harus diajukan kepada Kami secara tertulis dilengkapi dengan berkas-berkas sebagai berikut:

- 1) Formulir klaim manfaat meninggal yang telah diisi dengan benar dan lengkap;
- 2) Fotokopi identitas yang masih berlaku dari Bapak/Ibu, Tertanggung dan pihak yang mengajukan pembayaran klaim Manfaat Meninggal;
- 3) Surat kuasa asli dari Penerima Manfaat (apabila dikuasakan);
- 4) Surat keterangan kematian asli dari instansi yang berwenang;
- 5) Surat keterangan asli dari Tenaga Medis yang sah dan berwenang tentang sebab-sebab kematian;
- 6) Surat keterangan *visum et repertum* atau surat keterangan autopsi asli dari Tenaga Medis atau Rumah Sakit, apabila diperlukan;
- 7) Surat keterangan asli dari Kepolisian apabila Tertanggung meninggal karena Kecelakaan;
- 8) Surat keterangan kematian dari instansi setempat yang berwenang yang dilegalisir minimal oleh Konsulat Jenderal Republik Indonesia setempat, apabila Tertanggung meninggal di luar negeri; dan
- 9) Dokumen lain yang Kami nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim Manfaat Santunan Pemakaman.

iii. Pengajuan klaim *No Claim Bonus* khusus yang digunakan untuk penggantian biaya pemeriksaan dan/atau vaksinasi harus diajukan kepada Kami secara tertulis dilengkapi dengan berkas-berkas sebagai berikut:

- 1) Formulir Klaim Manfaat Hidup yang telah diisi dengan benar dan lengkap;
- 2) Salinan hasil pemeriksaan kesehatan; dan/atau
- 3) Kuitansi asli pembayaran pemeriksaan kesehatan dan/atau vaksinasi dari Rumah Sakit atau Klinik

Catatan:

- Berkas-berkas klaim sebagaimana diatur di atas harus diajukan selambat-lambatnya 60 hari kalender sejak berakhirnya Pelayanan Medis sebagaimana tercantum dalam kuitansi asli dan/atau rincian biaya dari Rumah Sakit atau Klinik atau 90 hari kalender sejak Tertanggung meninggal (untuk Manfaat Santunan Pemakaman).
- Dalam hal dokumen yang diajukan atas permintaan pembayaran atau klaim Manfaat Asuransi ini tidak lengkap, maka Bapak/Ibu atau Penerima Manfaat wajib mengirimkan kelengkapan dokumen-dokumen tersebut dalam waktu tidak melebihi 30 hari kalender sejak tanggal surat pemberitahuan kekurangan dokumen klaim Manfaat Asuransi oleh Kami.
- Setelah berkas-berkas klaim Manfaat Asuransi yang lengkap dan benar diterima, dan klaim Manfaat Asuransi telah disetujui oleh Kami, maka Kami akan membayarkan Manfaat Asuransi selambat-lambatnya 14 hari kerja setelah tanggal keputusan persetujuan klaim dari Kami.

3. Masa Pembelajaran Polis (*Free Look Period*)

Bapak/Ibu memiliki 14 hari kalender sejak Bapak/Ibu menerima Polis untuk mempelajari isi Polis. Pastikan bahwa syarat dan ketentuan dari Polis yang berlaku telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Bapak/Ibu, jika tidak Polis dapat dibatalkan dengan pemberitahuan tertulis kepada Kami.

4. Pengakhiran Asuransi

Bapak/Ibu dapat mengajukan pengakhiran asuransi dengan cara mengirimkan permohonan pengakhiran asuransi secara online (melalui aplikasi FWD Omne) atau secara tertulis (mengirimkan formulir pengakhiran asuransi), dan akan berlaku efektif pada saat pengakhiran tersebut disetujui dan tercatat oleh Kami.

5. Masa Leluasa (*Grace Period*)

Masa tenggang waktu selama 30 hari kalender sejak Bapak/Ibu diwajibkan untuk melakukan pembayaran Premi, dimana Polis akan tetap berlaku walaupun Premi belum dibayar lunas.

6. Pemulihan Polis

Polis yang berakhir karena Polis dalam keadaan *lapsed* dapat mengajukan permohonan Pemulihan Polis dalam jangka waktu 24 bulan sejak Polis menjadi berakhir (jika Pemulihan Polis memerlukan pemeriksaan kesehatan maka biaya pemeriksaan kesehatan sepenuhnya menjadi beban Bapak/Ibu).

7. Perubahan Plan

Bapak/Ibu dapat mengajukan permohonan untuk perubahan Plan pada saat ulang tahun Polis (paling lambat 60 hari kalender sebelum ulang tahun Polis berikutnya).

8. Koordinasi Manfaat (*Coordination of Benefit/COB*)

- Apabila Tertanggung juga memiliki asuransi kesehatan dari Kami maupun dari perusahaan asuransi lain atau program asuransi yang memberikan pembayaran tunjangan kesehatan kepada karyawan atau asuransi yang dikelola oleh pemerintah yang memberikan pertanggung jawaban sejenis bagi Penyakit atau Cedera Tubuh, yang juga dipertanggung jawabkan dalam Polis, maka Bapak/Ibu wajib menyampaikan surat koordinasi manfaat yang diterbitkan dan ditandatangani oleh pejabat yang berwenang dari perusahaan/perusahaan asuransi lain/asuransi yang dikelola pemerintah tersebut.
- Apabila terjadi hal sebagaimana dimaksud pada butir (a) di atas, maka setelah dikurangi jumlah total dari semua manfaat asuransi yang telah dibayarkan sebelumnya untuk Penyakit atau Cedera Tubuh tersebut, Kami akan membayarkan biaya perawatan yang tersisa sampai maksimum jumlah yang dipertanggung jawabkan sesuai Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection.

9. Metode Perhitungan Klaim Manfaat Asuransi

- Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di kamar yang lebih tinggi dari Biaya Akomodasi Kamar sesuai Plan yang dimiliki sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection atas keinginannya sendiri, maka pembayaran Manfaat Rawat Inap dan Tindakan Bedah akan dihitung secara proposional berdasarkan manfaat Plan yang sesuai dengan haknya, dengan perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Perhitungan Proporsional} = \text{total tagihan yang disetujui} \times \frac{\text{harga kamar sesuai plan yang dimiliki}}{\text{harga kamar yang ditempati}}$$
- Apabila Biaya Akomodasi Kamar di Rumah Sakit atau Klinik yang sesuai dengan Manfaat Asuransi yang sesuai dengan Plan yang dimiliki sebagaimana ditetapkan dalam Tabel Manfaat Asuransi FWD Hospital Care Protection tidak tersedia atau penuh dengan dibuktikan adanya surat konfirmasi tertulis dari Rumah Sakit atau Klinik, maka Tertanggung dapat menggunakan Biaya Akomodasi Kamar dengan tarif satu tingkat lebih tinggi yang tersedia dari Plan manfaat Biaya Akomodasi Kamar yang sesuai dengan plan yang dimiliki selama maksimum 3 hari kalender dan berhak mendapatkan penggantian Biaya Medis atas Biaya Akomodasi Kamar sesuai dengan keadaan tersebut, mulai hari ke-4 dan seterusnya Kami hanya akan memberikan penggantian Biaya Medis secara proposional sebagaimana dimaksud pada butir (a) di atas.
- Dalam hal Tertanggung menjalani Rawat Inap di luar Wilayah Pertanggung jawaban dan menetap di Akomodasi Kamar yang lebih tinggi dari Plan yang dimiliki, selain akan dihitung secara proposional sebagaimana dimaksud pada butir (a) diatas, maka Kami juga akan mengenakan persentase Rawat Inap di luar Wilayah Pertanggung jawaban.
- Metode perhitungan klaim manfaat asuransi akan diberlakukan sesuai urutan sebagai berikut:
 - Perhitungan proposional atas Biaya Akomodasi Kamar;
 - Persentase Rawat Inap di luar Wilayah Pertanggung jawaban; dan/atau
 - Tanggung Mandiri (jika ada).

10. Layanan berikut tercakup dalam fasilitas tambahan serta Layanan Bantuan Medis Darurat:

- | | |
|---|---|
| a. <i>Second Medical Opinion</i> | k. Dana Tunai Darurat |
| b. Evakuasi Darurat Medis | l. Bantuan Klaim |
| c. Repatriasi Medis | m. Informasi Pra-Perjalanan, Bantuan Hukum/
Penerjemah dan Bantuan Kehilangan Bagasi/
Dokumen Dan Jasa Layanan Umum Lainnya |
| d. Pemantauan Kondisi Medis di Rumah Sakit | n. Pesan Darurat |
| e. Biaya Pemulihan Kesehatan Sesudah Sakit | o. Layanan Transportasi Bagi Salah Satu Keluarga |
| f. Pengiriman Obat Dalam Keadaan Darurat | p. Layanan Pemulangan Anak-anak dibawah umur |
| g. Bantuan Masuk Rumah Sakit | q. Pemulangan Rekan Seperjalanan |
| h. Konsultasi Medis, Evaluasi & Rujukan Medis | r. Pengaturan Perjalanan Keluarga Darurat |
| i. Pemulangan Jenazah | s. Surat Jaminan Rumah Sakit |
| j. Pengiriman Tenaga Medis | |

11. Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi

Bapak/Ibu diperkenankan untuk mengajukan perubahan frekuensi pembayaran Premi pada saat ulang Tahun Polis secara tertulis kepada Kami sesuai dengan ketentuan yang Kami tetapkan dengan memperhitungkan modal faktor sebagai berikut:

Frekuensi Pembayaran Premi	Modal Faktor	Besar Premi Berdasarkan Frekuensi Pembayaran Premi
Tahunan	1,00	Premi Tahunan x 1,00
6 Bulanan	0,51	Premi Tahunan x 0,51
3 Bulanan	0,26	Premi Tahunan x 0,26
Bulanan	0,09	Premi Tahunan x 0,09

12. Masa Tunggu

- a. Masa di mana manfaat Asuransi tidak berlaku, kecuali untuk yang disebabkan Kecelakaan, yaitu selama 30 hari kalender pertama dan/atau 12 bulan untuk Penyakit Khusus sejak:
 - i. Tanggal Berlaku Polis; atau
 - ii. Tanggal pemulihan Polis; atau
 - iii. Tanggal perubahan *Plan* Manfaat Asuransi ini.

Mana yang terakhir terjadi.
- b. Masa Tunggu untuk Penyakit Khusus selama 12 bulan pertama sejak Tanggal Berlaku Polis untuk setiap kondisi yang disebabkan oleh:
 - i. Semua jenis Katarak;
 - ii. Semua Penyakit dan/atau kelainan pada hidung dan tenggorokan, termasuk *Tonsil*, *Adenoid*, *Sinus* dan *Septum* yang memerlukan tindakan bedah;
 - iii. Semua jenis kelainan pada kelenjar Gondok (*Tiroid*);
 - iv. Semua jenis Asma, termasuk tetapi tidak terbatas pada Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK);
 - v. Semua jenis TBC (*Tuberculosis*);
 - vi. Semua jenis Penyakit/kelainan pada pembuluh darah otak;
 - vii. Tekanan darah tinggi (Hipertensi), semua jenis Penyakit/kelainan jantung dan pembuluh darah (*Kardiovaskuler*);
 - viii. Semua jenis Hepatitis dan Sirosis hati;
 - ix. Peradangan dan batu pada sistem saluran/kandung empedu;
 - x. Penyakit Kencing manis;
 - xi. Tukak lambung dan/atau Tukak usus 12 jari;
 - xii. Peradangan dan batu pada ginjal dan sistem saluran/kandung kemih;
 - xiii. Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk tetapi tidak terbatas pada *Varikokel*, *Endometriosis*, *Fibroid*/*Miom* di rahim;
 - xiv. Semua jenis Hernia termasuk *Herniasi Nukleus Pulposus* (HNP);
 - xv. Wasir dan/atau *Fistula ani*;
 - xvi. *Epilepsi*/*Ayan*; atau
 - xvii. Semua jenis benjolan, Tumor/Kista dan/atau Kanker.

13. Negara Tempat Tinggal

Dalam hal Tertanggung bertempat tinggal atau berdomisili di luar wilayah Indonesia dalam kurun waktu 6 bulan berturut-turut, maka Manfaat Asuransi tidak berlaku atas Tertanggung tersebut, kecuali keberadaan Tertanggung di luar wilayah Indonesia sedang menjalankan Perawatan Medis atas rekomendasi Tenaga Medis yang merawat. Polis akan tetap berlaku selama Bapak/Ibu membayar Premi.

14. Berakhirnya Polis dan Pertanggungan

Polis secara otomatis akan berakhir pada saat:

- Premi perpanjangan belum diterima Kami sampai dengan berakhirnya Masa Leluasa;
- Tertanggung Utama mencapai usia 100 tahun pada saat ulang Tahun Polis;
- Tertanggung Utama meninggal;
- Diajukan permohonan pembatalan Polis oleh Bapak/Ibu secara tertulis;
- Pembatalan Polis oleh Kami karena keterangan, data dan pernyataan tidak sesuai dengan keadaan atau kondisi sebenarnya; atau
- Tidak disetujuinya perpanjangan Polis oleh Kami.

Hal mana yang lebih dahulu terjadi.

Pertanggungan atas Tertanggung Tambahan akan berakhir pada saat:

- Mencapai tanggal akhir pertanggungan atas masing-masing Tertanggung Tambahan;
- Diajukan permohonan pembatalan pertanggungan atas Tertanggung Tambahan oleh Bapak/Ibu secara tertulis; atau
- Polis berakhir

Hal mana yang lebih dahulu terjadi.

Apabila pertanggungan atas Tertanggung Tambahan berakhir yang disebabkan oleh:

- Tertanggung Utama meninggal;
- Berakhirnya pertanggungan Tertanggung Tambahan Anak; atau
- Berakhirnya hubungan perkawinan antara Tertanggung dan Tertanggung Tambahan,

maka Tertanggung Tambahan dapat mengajukan Surat Permintaan Asuransi Jiwa baru untuk produk FWD Hospital Care Protection dengan ketentuan sebagai berikut:

- Tertanggung Tambahan mengisi dan menandatangani Surat Permintaan Asuransi Jiwa baru dan melengkapi dengan dokumen-dokumen yang dibutuhkan (jika ada). Tertanggung Tambahan pada pengajuan baru harus sama dengan Tertanggung Tambahan Polis sebelumnya.
- Pengajuan Surat Permintaan Asuransi Jiwa selambat-lambatnya dilakukan 60 hari kalender sejak tanggal Polis berakhir.
- Apabila Pengajuan Surat Permintaan Asuransi Jiwa dilakukan lebih dari 60 hari kalender sejak tanggal Polis berakhir, maka Surat Permintaan Asuransi Jiwa akan diproses sesuai dengan ketentuan *underwriting* yang berlaku.
- Usia masuk Tertanggung Tambahan pada saat pengajuan Surat Permintaan Asuransi Jiwa yang baru sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Kami.
- Plan yang dipilih oleh Tertanggung Tambahan maksimum sama dengan Plan yang dimiliki pada Polis.
- Ketentuan Masa Tunggu akan mengikuti ketentuan Polis.
- Kami berhak untuk menerima atau menolak pengajuan asuransi baru tersebut.

15. Perubahan Polis

Setiap penggantian atau perubahan pada syarat dan ketentuan Polis oleh Kami harus dilakukan melalui Endorsemen dengan pemberitahuan sebelumnya kepada Bapak/Ibu paling lambat 30 hari kerja sebelum tanggal efektif berlakunya perubahan dimaksud.

16. Layanan Asuransi

Rasakan kemudahan dalam mengelola Polis Asuransi Bapak/Ibu melalui Aplikasi FWD Omne dari menu Asuransi yang bisa didownload di Apple Store dan Google Play Store.

Informasi lebih lanjut terkait produk ini, Bapak/Ibu atau Penerima Manfaat dapat mengakses melalui website atau FWD Customer Care.

Disclaimer (Penting Untuk Dibaca)

1. Informasi yang tercakup dalam RIPLAY Umum ini berlaku sampai dengan diterbitkannya RIPLAY Umum baru, dan informasi yang tercantum pada RIPLAY Umum ini dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan adanya perubahan yang dilakukan oleh Kami.
2. Bapak/Ibu harus membaca dengan teliti serta telah memahami RIPLAY Umum ini, dan berhak bertanya kepada Tenaga Pemasar atas semua hal terkait RIPLAY Umum ini.
3. Kami dapat menolak permohonan pengajuan asuransi dari calon Pemegang Polis apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
4. Definisi dan ketentuan lebih lengkap dapat dipelajari pada Polis yang akan diterbitkan oleh Kami untuk Bapak/Ibu jika pengajuan disetujui.
5. RIPLAY Umum ini hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk **FWD Hospital Care Protection**, dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat. Bapak/Ibu wajib membaca dan memahami seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana tercantum dalam Polis **FWD Hospital Care Protection**.
6. Syarat dan ketentuan dari produk asuransi yang lebih lengkap dan terperinci tercantum pada dokumen Polis yang diterbitkan oleh Kami



PT FWD Insurance Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Tanggal Cetak Dokumen : Juni 2026

No. Dokumen : RIPLAY Umum/FHCP/V1.1/06-2026