

Prosedur Pendaftaran / Registrasi Asuransi Kesehatan TIENS- **MediSmart**

Asuransi Kesehatan TIENS - **MediSmart** ini akan efektif berlaku sesuai dengan tanggal mulai berlaku Asuransi yang tercantum dalam Bukti Kepesertaan Asuransi Kesehatan TIENS - **MediSmart** yang akan dikirimkan oleh Penanggung setelah Calon Tertanggung mengirimkan atau mendaftarkan Formulir Data Pribadi Asuransi Kesehatan TIENS - **MediSmart** ke Penanggung.

Pendaftaran dapat dilakukan pada setiap hari Senin s/d Jumat jam 08.00 s/d 17.00 (tidak termasuk hari libur) dengan cara :

1. Melalui Website : www.sinarmaslife.co.id/medismart *
2. Melalui Email : cs@sinarmaslife.co.id
3. Mengirimkan "Formulir Data Pribadi Asuransi Kesehatan TIENS - **MediSmart** " yang sudah diisi lengkap melalui Fax ke 021 6257238 ditujukan ke Bagian Customer Service
4. Menghubungi Bagian Customer Service, Nomor Telepon : 021-6257838 atau Layanan Nasabah Bebas Pulsa : 0-800-1401217 (khusus luar Jabodetabek), atau
5. Datang ke kantor PT. Asuransi Jiwa Sinarmas, Wisma Eka Jiwa lantai 8, Jl. Mangga Dua Raya, Jakarta 10730, Indonesia, dengan membawa bukti produk TIENS - **MediSmart** (Booklet), Nomor Registrasi, nomor anggota Tiens (jika ada) dan Nomor PIN serta menyerahkan data pribadi Calon Tertanggung kepada Bagian Customer Service.

Data Pribadi Calon Tertanggung yang wajib diberikan :

- . Nomor Registrasi
- . Nomor PIN (dengan cara menggosok bagian pelindung yang terdapat pada bagian belakang cover booklet)
- . Nama Lengkap Tertanggung (sesuai bukti identitas)
- . Jenis Kelamin
- . Alamat (sesuai bukti identitas)
- . No. Telpn
- . No. Hand Phone
- . Email
- . No. rekening Bank dan Cabang (untuk menerima manfaat asuransi)

Pertanggung ini mulai berlaku sejak tanggal Calon Tertanggung meregistrasi / mendaftarkan diri untuk mendapatkan Nomor Polis Asuransi serta menerima Bukti Kepesertaan Asuransi Kesehatan TIENS - **MediSmart** dari PT. Asuransi Jiwa Sinarmas.

Tabel Manfaat Pertanggung dan Premi

No	Manfaat	Plan		
		Sapphire	Emerald	Diamond
1.	Santunan Harian Rawat Inap (Non ICU)	100.000	300.000	500.000
2.	Santunan Harian Rawat Inap (ICU). (Maksimum. 20 hari)	200.000	600.000	1.000.000
3.	Biaya Operasi Maksimum per tahun	1.000.000	3.000.000	5.000.000
4.	Meninggal Dunia Karena Kecelakaan	10.000.000	10.000.000	10.000.000
Premi				
	Usia 6 Bulan- 55 Tahun	Rp. 650.000,-	Rp. 1.950.000,-	Rp. 3.250.000,-

Tata cara klaim silahkan lihat pada Syarat-Syarat Umum Polis Asuransi kesehatan TIENS - **MediSmart** pada pasal 14.

* Registrasikan segera Polis ini. Gratis Perlindungan Asuransi Kecelakaan Diri Rp. 10.000.000,- dengan melakukan registrasi di www.sinarmaslife.co.id/medismart

FORMULIR DATA PRIBADI ASURANSI KESEHATAN TIENS - MediSmart
(Dikirim lengkap melalui fax ke: 021 - 6257238 atau email ke: cs@sinarmaslife.co.id)

Nama Calon Tertanggung : _____
(sesuai dengan bukti identitas)

Nomor Identitas Diri(KTP/paspor) : _____

Nomor PIN : _____

Nomor Anggota Tiens (jika ada) : _____

Tempat /Tanggal lahir : _____ / _____ (dd/mm/yy)
(Usia Calon Tertanggung harus **6 bulan - 55 tahun**)

Jenis Kelamin : Pria Wanita

Status : Menikah Belum Menikah Janda/ Duda

Alamat : _____

_____ Kode Pos _____

No. Telpn : (R) _____ (K) _____

No. Faximile : _____

No. HandPhone : _____

Alamat Email : _____

Nomor Rekening Pemegang Polis untuk menerima Manfaat Asuransi:

Nomor Rekening : _____

Nama Bank : _____

Cabang : _____

Atas Nama : _____

Nama Ahli Waris : _____

Nama	Jenis Kelamin	Tanggal lahir	Hubungan
1.	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita		
2.	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	__/__/__	
3.	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	__/__/__	

Konfirmasi bukti kepesertaan Asuransi Kesehatan TIENS - **MediSmart** akan dikirimkan melalui:

email

pos

Jika dalam waktu 2 minggu sejak registrasi anda belum mendapatkan Bukti Kepesertaan Asuransi Kesehatan TIENS - **MediSmart** dari PT. Asuransi Jiwa Sinarmas, maka silahkan hubungi Customer Service kami di 0216257838 atau email : cs@sinarmaslife.co.id

Dibuat di _____

Tanda Tangan Calon Tertanggung

(_____)

Nama Lengkap dan tanda tangan

PASAL 1 ISTILAH

Dalam Syarat-Syarat Umum Polis Asuransi ini yang dimaksud dengan :

1. **Formulir Data Pribadi Permohonan Asuransi** : Formulir yang memuat keterangan dan atau pernyataan yang diberikan oleh calon Pemegang Polis dan atau calon Tertanggung pada saat permintaan pertanggungan, yang merupakan satu kesatuan dan menjadi bagian yang tak terpisahkan dari Polis.
2. **Polis** : Dokumen yang memuat perjanjian pertanggungan antara Penanggung dengan Pemegang Polis yang terdiri dari Syarat-Syarat Umum Polis dan atau Syarat-Syarat Khusus Polis dan atau Syarat-Syarat Tambahan dan atau Endorsemen yang dibuat dan ditandatangani oleh Penanggung, termasuk Formulir Permohonan Asuransi dan data-data lain yang terkait dengan Polis, yang secara keseluruhan merupakan satu kesatuan dan menjadi bagian yang tak terpisahkan dari Polis.
3. **Penanggung** : PT Asuransi Jiwa Sinamas.
4. **Pemegang Polis** : Perorangan atau Badan yang mengadakan perjanjian pertanggungan dengan Penanggung.
5. **Tertanggung** : Orang yang jiwanya dipertanggungkan.
6. **Usia** : Usia seseorang yang diperkenankan oleh Penanggung untuk diadakannya pertanggungan.
7. **Premi** : Sejumlah uang yang wajib dibayar oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sehubungan dengan perjanjian pertanggungan.
8. **Masa Leluasa** : Tenggang waktu yang diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis untuk membayar Premi yang telah jatuh tempo.
9. **Manfaat Pertanggungan** : Manfaat yang diperjanjikan sebagaimana yang tercantum dalam Polis.
10. **Tabel Manfaat** : Tabel atau daftar yang berisikan sejumlah nilai yang tercantum dalam Polis yang akan dibayarkan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis sesuai dengan yang diperjanjikan.
11. **Endorsemen** : Dokumen yang memuat perubahan dan atau penambahan Polis, yang merupakan satu kesatuan dan menjadi bagian yang tak terpisahkan dari Polis.
12. **Penyakit** : Kondisi fisik yang ditandai dengan penyimpangan patologis dari keadaan normal yang sehat.
13. **Kecelakaan** : Suatu peristiwa yang terjadi secara tiba-tiba, tidak terduga sebelumnya datang dari luar diri Tertanggung, bersifat kekerasan, tidak dikehendaki dan tidak ada unsur kesengajaan dalam peristiwa itu.
14. **Rumah Sakit** : Suatu institusi/lembaga yang memiliki izin resmi dan terdaftar sebagai sebuah Rumah Sakit yang ditujukan untuk perawatan dan pengobatan bagi orang-orang yang sakit dan cedera sebagai pasien yang membayar biaya perawatan dan yang :
 - i. memiliki fasilitas/sarana untuk melakukan diagnosa dan pembedahan;
 - ii. memberikan perawatan 24 jam sehari oleh tenaga medis berijazah dan terdaftar;
 - iii. dibawah pengawasan seorang Dokter; dan bukan hanya berupa sebuah klinik, bukan merupakan tempat perawatan bagi pecandu alkohol dan atau obat bius, bukan suatu tempat perawatan/peristirahatan atau rumah untuk pemeliharaan kesehatan setelah mengalami sakit, atau bukan rumah untuk para lanjut usia, bukan merupakan rumah sakit jiwa ataupun badan usaha sejenisnya.
15. **Dokter** : Seorang yang telah menyelesaikan pendidikan dokter dalam ilmu kedokteran barat dan memiliki ijin untuk mempraktekkan ilmu kedokteran tersebut dalam suatu wilayah negara dimana ia melakukan jasanya, namun tidak termasuk Dokter yang adalah Tertanggung sendiri, suami/istri dan anak serta keluarga dekat Tertanggung.
16. **Rawat Inap** : Dirawat secara terus-menerus didalam Rumah Sakit untuk sekurang-kurangnya selama 72 (tujuh puluh dua) jam untuk perawatan kesehatan yang wajar dan diperlukan secara medis sesuai dengan ketidakmampuan secara fisik karena Penyakit yang dapat dijamin dan timbul setelah Masa Tunggu. Dalam peristiwa Kecelakaan, masa perawatan tersebut sekurang-kurangnya selama 24 (dua puluh empat) jam, tidak termasuk masa perawatan dalam Unit Gawat Darurat.

17. Unit Perawatan Intensif (ICU) : Suatu bagian perawatan Rumah Sakit yang membutuhkan ruangan dan pengawasan khusus secara berkesinambungan oleh Dokter Spesialis ICU dibantu perawat-perawat khusus dengan peralatan khusus, untuk pengobatan dan perawatan Tertanggung yang :
- Sedang dalam keadaan kritis dan
 - Membutuhkan fasilitas-fasilitas penunjang kehidupan dimana tingkatan perawatan dan pengawasan ini lebih intensif daripada di bagian kamar perawatan biasa dan bagian Kamar Semi ICU (Intermediary).
18. Bedah : Tindakan pembedahan yang wajar dan diperlukan terhadap diri Tertanggung yang memerlukan Rawat Inap, baik pembedahan karena Penyakit maupun Kecelakaan.
19. Masa Tunggu : Periode sejak tanggal mulai berlakunya Asuransi Kesehatan TIENS - **MediSmart** sampai dengan tanggal Tertanggung mulai berhak mendapatkan Manfaat Pertanggungannya. Masa Tunggu untuk asuransi ini adalah 30 (tiga puluh) hari, kecuali Tertanggung mengalami Kecelakaan yang memerlukan Rawat Inap tidak ada Masa Tunggu.
20. Penyakit-Penyakit Yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-existing Conditions) : Semua Penyakit, Cedera atau keadaan kesehatan seorang Tertanggung yang timbul sebelum dan masih dalam pengobatan ataupun perawatan ataupun pengawasan medis yang telah ada sebelum Tanggal berlaku Polis atau untuk mana Tertanggung :
- Menerima perawatan untuk kondisi tersebut sebelum Tanggal Berlaku Polis; atau
 - Menunjukkan gejala-gejala dari kondisi tersebut pada saat atau sebelum Tanggal Berlaku Polis dan atas mana Tertanggung sadar atau sewajarnya telah menyadarinya.
21. Penyakit Khusus : Berarti Penyakit-Penyakit sebagai berikut :
- TBC, asthma, tekanan darah tinggi, epilepsi;
 - Diabetes mellitus, radang kandung empedu, batu empedu, batu dalam saluran kemih;
 - Haemorrhoid, fistulae, usus buntu, semua bentuk hernia;
 - Kelainan selaput rongga rahim, penyakit yang berhubungan dengan organ reproduksi;
 - Tonsil yang memerlukan tindakan operasi, kelainan kelenjar gondok;
 - Kelainan sekat rongga hidung yang memerlukan operasi, sinusitis, katarak;
 - Segala jenis tumor baik jinak maupun ganas;
 - Kelainan pembuluh darah otak atau jantung.
 - Hepatitis (radang hati).

PASAL 2 DASAR ASURANSI

1. Setiap orang / Badan yang bermaksud mengadakan perjanjian pertanggungan wajib mengisi dan menandatangani Formulir Data Pribadi Asuransi Kesehatan beserta dokumen lain (jika ada) yang berkaitan dengan keperluan tersebut secara lengkap, benar dan jujur, untuk disampaikan kepada Penanggung.
2. Formulir Data Pribadi Asuransi Kesehatan beserta dokumen lain yang telah diisi dan ditandatangani sebagaimana dimaksud pada ayat 1, menjadi dasar perjanjian pertanggungan.
3. Apabila terdapat kesalahan dalam menyatakan usia dan atau jenis kelamin, maka Penanggung berhak untuk melakukan pembetulan / penyesuaian yang diberlakukan sejak awal pertanggungan.

PASAL 3 KETENTUAN TIDAK DAPAT DISANGGAH

1. Apabila dalam waktu 2 (dua) tahun sejak tanggal penerbitan Polis atau Endorsemen atau Pemulihan Polis (mana yang terjadi lebih akhir), ditemukan adanya pernyataan atau pemberian keterangan yang keliru atau tidak benar atau tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya baik yang terjadi secara sengaja ataupun tidak sengaja dalam Formulir Data Pribadi Asuransi Kesehatan beserta dokumen lain sebagaimana dimaksud pada Pasal 2 ayat 1, sehingga dapat mempengaruhi pertimbangan seleksi risiko, maka Penanggung dapat menyanggah kebenaran pertanggungan ini dan Polis dinyatakan batal sejak awal serta Penanggung tidak berkewajiban mengembalikan Premi atau membayar manfaat apapun kepada Pemegang Polis / Yang Ditunjuk.
2. Setelah masa 2 (dua) tahun sejak tanggal penerbitan Polis atau Endorsemen atau pemulihan Polis (mana yang terjadi lebih akhir), Penanggung tidak akan menyanggah / membantah kebenaran pertanggungan ini. Kecuali dalam hal adanya dugaan penipuan dan atau pemalsuan, maka Penanggung berhak untuk menyanggah kebenaran pertanggungan ini setiap saat. Dengan demikian Polis dinyatakan batal sejak awal dan Penanggung tidak berkewajiban mengembalikan Premi atau membayar manfaat apapun kepada Pemegang Polis / Yang Ditunjuk.

PASAL 4

U S I A

1. Usia masuk calon Tertanggung / Pemegang Polis adalah Usia pada saat mulai berlakunya pertanggungan, yang dihitung berdasarkan tanggal lahir yang tercantum pada Formulir Data Pribadi Asuransi Kesehatan TIENS - **MediSmart**.
2. Apabila Usia pada saat mulai berlaku pertanggungan adalah x tahun dan y bulan, dimana :
 - 2.1. y kurang dari 6 (enam) bulan, maka Usia masuk adalah x tahun.
 - 2.2. y sama dengan atau lebih besar dari 6 (enam) bulan, maka Usia adalah x ditambah 1 tahun .
3. Usia akan bertambah pada setiap ulang tahun Polis.
4. Pertanggungan berakhir pada saat Tertanggung berusia 60 (enam puluh) tahun.

PASAL 5

MASA BERLAKUNYA PERTANGGUNGAN

1. Masa berlakunya pertanggungan sesuai dengan tanggal masa asuransi yang tercantum dalam Bukti Kepesertaan Asuransi TIENS - **MediSmart** .
2. Pertanggungan mulai berlaku apabila Calon Pemegang Polis sudah melakukan pembelian produk TIENS - **MediSmart** dan mendaftarkan kepesertaan Asuransi kepada Penanggung.

PASAL 6

PEMBAYARAN PREMI

1. Premi pada dasarnya dibayarkan secara tahunan
2. Perhitungan Premi dihitung berdasarkan Plan yang dipilih pada Tabel Manfaat dan usia Tertanggung
3. Supaya pertanggungan tetap berlaku, maka Pemegang Polis wajib membayar Premi lanjutan pada tanggal jatuh tempo pembayaran Premi
4. Setiap pembayaran Premi dapat dilakukan dengan Pembelian ulang Produk TIENS - **MediSmart** di Banner Store Tiens terdekat
5. Apabila karena sebab apapun Penanggung tidak melakukan penagihan Premi, hal tersebut tidak membebaskan Pemegang Polis dari kewajibannya untuk membayar Premi.

PASAL 7

MASA LELUASA

1. Penanggung memberikan Masa Leluasa 7 (tujuh) hari terhitung sejak tanggal jatuh tempo Premi lanjutan.
2. Dalam Masa Leluasa ini pertanggungan tetap berlaku walaupun Premi belum dibayar.
3. Dalam hal Premi dibayarkan dalam Masa Leluasa, maka Premi tidak dikenakan bunga.
4. Dalam Masa Leluasa dimana Premi belum dibayarkan, apabila ada Manfaat Pertanggungan yang akan diterima oleh Pemegang Polis atau Yang Ditunjuk, maka Manfaat Pertanggungan akan dikurangi dengan tunggakan Premi, dan kewajiban lainnya, jika ada.
5. Apabila Premi tidak dibayarkan sampai dengan akhir Masa Leluasa, maka Polis menjadi batal.

PASAL 8

PERUBAHAN POLIS DAN PREMI

1. Polis ini tidak dapat diubah, ditambah atau dikurangi oleh siapapun selain atas persetujuan Penanggung. Perubahan Polis akan diberitahukan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis dalam jangka waktu tiga puluh (30) hari sebelum perubahan polis tersebut dilakukan.
2. Premi dapat berubah sewaktu-waktu oleh Penanggung tanpa persetujuan dari Pemegang Polis. Perubahan Premi akan diberitahukan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis dalam jangka waktu 30 hari sebelum perubahan Premi tersebut dilakukan.

PASAL 9

BATAL DAN BERAKHIRNYA PERTANGGUNGAN

1. Yang menyebabkan batalnya pertanggungan :
 - 1.1. sebagaimana dimaksud pada Pasal 3
 - 1.2. sebagaimana dimaksud pada Pasal 7 ayat 5
 - 1.4. adanya pengajuan Pembatalan Polis oleh Pemegang Polis dalam masa asuransi.
2. Yang menyebabkan berakhirnya pertanggungan :
 - 2.1. sebagaimana dimaksud pada Pasal 4 ayat 4
 - 2.2. masa asuransi berakhir
 - 2.3. sebagaimana dimaksud pada Pasal 11 ayat 4
 - 2.4. Tertanggung meninggal dunia.
 - 2.5. sebagaimana dimaksud pasal 10 ayat 3
3. Ketentuan-ketentuan lain sehubungan dengan batal dan berakhirnya pertanggungan, akan diatur dalam Syarat-Syarat Khusus Polis, jika ada.

NOTICE OF CLAIM UNDER HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE

POLICY NO.

Insured/Cardholder name
Nama Tertanggung / Pemegang kartu

Claimant's name
Nama pasien

Claimant's age
Umur pasien

If claimant is a dependent or spouse, please state
Jika pasien adalah anak/istri/suami tertanggung, harap sebutkan

Address/Phone No.
Alamat/No. Telp

Occupation
Jabatan/pekerjaan

Nature of illness: if it is an accident, state time & place
Nama/Jenis penyakit, jika ke celakaan, tulis waktu dan tempat

Length of hospitalization
Lama perawatan di rumah sakit

Name of hospital
Nama rumah sakit

Name of Doctor in attendance
Nama Dokter yang merawat

Name of surgeon, if any
Nama ahli bedah, jika ada

Are you covered under any other policy? If so, state name of company and type of insurance
Apakah anda memiliki polis asuransi lain? Bila benar demikian, harap sebutkan nama perusahaan asuransi ybs jenis pertanggungannya

Amount of Claim (Attach hospital bill with complete temization)
Jumlah Klaim (lampirkan kuitansi-kuitansi pengobatan selama perawatan di rumah sakit lengkap dengan perinciannya)

AUTHORIZATION

Hereby authorize any hospital, physician, all other person who has attended or examine me, to furnish to PT Asuransi Jiwa Sinarmas or to their representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation prescription or treatment and copy of all hospital or medical records.
A photostatic copy of this authorization will be considered as effective and valid as the original.

PEMBERIAN IJIN

Bersama dengan ini memberikan ijin kepada Rumah sakit, dokter manapun, semua orang yang hadir atau memeriksa diri Saya, untuk menyediakan kepada PT. Asuransi Jiwa Sinarmas atau wakilnya semua dan seluruh informasi yang berhubungan dengan segala macam Penyakit atau cedera, riwayat kesehatan, surat keterangan atau perawatan dari dokter, atau salinan perawatan rumah sakit atau rekam medis. Copy dari surat ijin ini akan efektif dianggap berlaku dan diakui sebagaimana aslinya.

Date
Tanggal

This page is to be completely filled in by the insured.
The surgeon concerned should do the same to the overleaf.
Harap halaman ini diisi selengkap-lengkapnye oleh Tertanggung.
Hal yang sama hendaknya dilakukan oleh dokter/ahli bedah ybs. pada halaman sebaliknya.

Signature & Name
Tanda Tangan & Nama

CERTIFICATE OF DOCTOR/SURGEON

Surat Keterangan Dokter/Ahli Bedah

I do certify that I personally examined the sickness/injury sustained by the patient mentioned below who firstly came to see me on
Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit/Luka yang telah diderita pasien tersebut dibawah yang pertama kali menemui saya pada

With the detail of symptom/complaint of sickness/Injury such as
Dengan tanda-tanda penyakit/keluhan-keluhan saki/luka seperti

1. a. Name of patient
nama pasien

b. Identity card No.
No. Kartu Identitas

2. a. Date of disability begins
Tanggal mulai diderita

b. Is the patient has suffered this kind of sickness before
Apakah pasien tsb pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya

c. If yes, state when and how long was hospitalized
jika ya, sebut bilamana dan dimana serta berapa lama dirawat

d. Please give us name and address the referral physicians
Beritahu kami nama dan alamat dokter yang merrefer pasien tsb.

3. a. Date of treatment
Dirawat tanggal

b. Date of operation
Tanggal operasi

4. Surgery was performed as Hospital (name)
Operasi dilakukan dirumah sakit (nama)

5. a. Treatment was performed at hospital
Perawatan dilakukan dirumah sakit

b. Is the patient hospitalized upon your advice ?
Apakah pasien dirawat atas saran dokter?

6. a. Nature of disability/diagnose
Jenis penyakit

b. Amount of doctor's fee
Ongkos dokter

c. Type of operation
Macam operasi

d. Amount of surgeon's fee
Ongkos ahli bedah

7. Cause of sickness injury based on my examination is
Penyebab penyakit/luka menurut hasil pengamatan saya

Date _____
Tanggal _____

Signature of Doctor
Tanda Tangan Dokter

Signature of Surgeon
Tanda Tangan Ahli Bedah

**PASAL 10
PERPANJANGAN**

1. Dalam hal masa asuransi telah berakhir, Pemegang Polis dapat mengajukan Perpanjangan Polis dengan cara dengan melakukan pembelian ulang produk TIENS - **MediSmart** dan meregistrasikan pertanggungan yang baru selanjutnya Penanggung akan menerbitkan Bukti Kepesertaan Asuransi TIENS - **MediSmart** baru atas nama Tertanggung.
2. Penanggung berhak menolak perpanjangan Polis sebagaimana dimaksud dalam ayat 1, apabila berdasarkan Formulir Data Pribadi Asuransi Kesehatan TIENS - **MediSmart**, Tertanggung telah mendapatkan Manfaat Pertanggungan Santunan Harian sebanyak 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari dan atau Tertanggung telah berusia 60 (enam puluh) tahun.
3. Apabila dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak Masa Asuransi berakhir, Pemegang Polis tidak memberikan konfirmasi perpanjangan Polis kepada Penanggung maka Polis menjadi batal.

**PASAL 11
MANFAAT PERTANGGUNGAN**

1. Tertanggung mulai berhak mendapatkan Manfaat Pertanggungan apabila Pertanggungan telah berlaku dan melewati Masa Tunggu sebagaimana yang ditetapkan dalam Syarat-Syarat Umum Polis Pasal 1 butir 19.
2. Manfaat Pertanggungan terdiri dari :
 - 2.1 Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit selain di Unit Perawatan Intensif (ICU) baik yang disebabkan karena Penyakit maupun Kecelakaan pada saat asuransi masih berlaku, maka Penanggung akan memberikan santunan harian Rawat Inap sebesar yang telah ditetapkan pada Plan yang dipilih dalam Tabel Manfaat Pertanggungan selama dirawat di Rumah Sakit.
 - 2.2 Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit di Unit Perawatan Intensif (ICU) pada saat asuransi masih berlaku, maka Penanggung akan memberikan santunan harian Unit Perawatan Intensif (ICU) selama dirawat sebesar yang telah ditetapkan pada Plan yang dipilih dalam Tabel Manfaat Pertanggungan dengan jangka waktu maksimum 20 (dua puluh) hari perawatan untuk satu tahun Polis.
 - 2.3 Apabila dalam masa perawatan sebagaimana dimaksud dalam ayat 2 butir 2.1 dan atau butir 2.2, Tertanggung memerlukan Bedah sehubungan dengan adanya Penyakit yang dideritanya atau Tertanggung menjalani Bedah karena Kecelakaan, yang memerlukan Rawat Inap, maka Penanggung akan memberikan santunan Bedah sesuai dengan kuitansi yang dikeluarkan Rumah Sakit dan dalam satu tahun pertanggungan tidak boleh melebihi santunan pembedahan yang tertera pada Plan yang dipilih dalam Tabel Manfaat Pertanggungan.
 - 2.4 Apabila Tertanggung mengalami Kecelakaan pada Masa Pertanggungan masih berlaku yang mengakibatkan Tertanggung meninggal dunia seketika atau dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari setelah terjadinya Kecelakaan, maka Penanggung akan memberikan santunan Meninggal Dunia yang telah ditetapkan pada Plan yang dipilih dalam Tabel Manfaat Pertanggungan.

Tabel Manfaat Pertanggungan

(dalam Rupiah)

No	Manfaat	Plan		
		Sapphire	Emerald	Diamond
1.	Santunan Harian Rawat Inap (Non ICU)	100.000	300.000	500.000
2.	Santunan Harian Rawat Inap (ICU). (Maksimum. 20 hari)	200.000	600.000	1.000.000
3.	Biaya Operasi Maksimum per tahun	1.000.000	3.000.000	5.000.000
4.	Meninggal Dunia Karena Kecelakaan	10.000.000	10.000.000	10.000.000

3. Jumlah hari perawatan di Rumah Sakit yang dapat dijamin maksimum selama 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari. Jumlah hari perawatan di Rumah Sakit yang dapat dijamin ini merupakan manfaat yang diberikan dimulai sejak tahun pertama Tertanggung menjadi Peserta program Asuransi ini sampai dengan tahun-tahun berikutnya selama Tertanggung ikut serta dalam program asuransi ini, baik untuk perawatan yang disebabkan karena penyakit dan atau kecelakaan termasuk perawatan di Unit Perawatan Intensif (ICU).

4. Dalam hal batasan maksimum hari perawatan di Rumah Sakit sebagaimana ayat 3 (tiga) di atas telah habis dipergunakan maka pertanggung jawaban asuransi berakhir.
5. Apabila Tertanggung mempunyai lebih dari satu Polis yang diterbitkan oleh Penanggung yang juga memberikan manfaat santunan harian Rawat Inap, maka besarnya santunan harian Rawat Inap yang dapat dibayarkan oleh Penanggung untuk Tertanggung yang sama ditetapkan tidak melebihi Rp. 1.000.000,- (satu juta rupiah) per hari per Rawat Inap.

PASAL 12 BONUS

1. Pertanggung jawaban ini mempunyai hak atas pembagian Bonus apabila Tertanggung selama satu tahun pertanggung jawaban tidak mengajukan klaim maka akan mendapatkan bonus sebesar 20% (dua puluh per seratus) dari Premi dasar tahun berjalan.
2. Bonus dibayarkan setelah 60 (enam puluh) hari sejak berakhirnya masa Pertanggung jawaban

PASAL 13 PENGECEUALIAN

Penanggung tidak akan membayar Manfaat Pertanggung jawaban karena Tertanggung menjalani Rawat Inap/Bedah yang muncul sebagai akibat dari :

1. Penyakit Khusus yang diderita Tertanggung dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak berlakunya pertanggung jawaban, atau
2. Penyakit atau Cedera yang telah ada sebelumnya untuk 12 (dua belas) bulan pertama sejak berlakunya pertanggung jawaban, atau
3. Penyakit yang diderita Tertanggung pada Masa Tunggu, atau
4. Pemeriksaan kesehatan rutin, pemeriksaan medis yang dilakukan bukan untuk maksud pengobatan Penyakit/cidera, atau
5. Pengobatan/tindakan yang langsung atau tidak langsung berhubungan dengan kehamilan, melahirkan, pengguguran kandungan, sterilisasi atau usaha untuk mendapatkan kesuburan, atau
6. Penyakit atau kelainan bawaan, atau
7. Bedah plastik atau kosmetika, atau
8. Kelainan mental atau kejiwaan, kecanduan alkohol atau obat-obatan, atau
9. Penyakit yang disebabkan baik langsung maupun tidak langsung oleh AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), ARC (AIDS Related Complex) atau infeksi yang disebabkan oleh HIV (Human Immunodeficiency Virus), atau
10. Penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual, atau
11. Keracunan akibat makanan/minuman atau terhirup/tertelan unsur-unsur zat-zat kimia, atau
12. Bunuh diri atau dihukum mati oleh pengadilan, atau
13. Perbuatan kejahatan yang disengaja yang dilakukan oleh Tertanggung atau orang yang berkepentingan dalam asuransi, atau
14. Tertanggung melakukan kegiatan olah raga terjun payung, menyelam, tinju, olah raga beladiri apapun, perlombaan ketangkasan atau kecepatan dengan menggunakan kendaraan bermotor, sepeda, perahu, kuda, pesawat udara atau sejenisnya, atau
15. Tertanggung sebagai penumpang/pengendara pesawat udara atau yang sejenisnya, kecuali Tertanggung sebagai penumpang pada perusahaan penerbangan yang memiliki jadwal penerbangan yang tetap, teratur dan memiliki ijin usaha penerbangan, atau
16. Perang baik dinyatakan atau tidak, pemberontakan, penyerbuan, pendudukan, revolusi, pengambil alihan kekuasaan, perang saudara, atau Tertanggung menjalani suatu dinas militer, atau
17. Penyakit yang memerlukan perawatan di Rumah Sakit kurang dari 72 (tujuh puluh dua) jam atau Kecelakaan yang memerlukan perawatan di Rumah Sakit kurang dari 24 (dua puluh empat) jam, tidak termasuk masa perawatan dalam Unit Gawat Darurat.

PASAL 14

PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT PERTANGGUNG JAWABAN DAN DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK MENERIMA MANFAAT ASURANSI

1. Dokumen yang diperlukan untuk permintaan pembayaran Manfaat Pertanggung jawaban terdiri dari :
 - a. Surat Pengajuan Klaim (notice of claim under hospital and surgical insurance)
 - b. Booklet Polis asli TIENS - **MediSmart** atau Bukti Kepesertaan Asuransi TIENS - **MediSmart**;
 - c. Bukti diri Tertanggung yang masih berlaku;
 - d. Ringkasan catatan medik (medical record) dari Dokter yang memeriksa/merawat/melakukan pembedahan Tertanggung selama menjalani Rawat Inap/Bedah sehubungan dengan Penyakit yang dideritanya;
 - e. Kuitansi asli atau foto copy yang telah dilegalisir dikeluarkan oleh Rumah Sakit sehubungan dengan Rawat Inap/Bedah terhadap Tertanggung beserta perincian biayanya;
 - f. Surat keterangan Kepolisian tentang penyebab kecelakaan dalam hal klaim diakibatkan kecelakaan.

2. Penanggung berhak meminta dokumen lain yang dianggap perlu untuk mendukung dokumen sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 serta menunjuk Dokter penasehat untuk mengadakan pemeriksaan terhadap Tertanggung.
3. Dokumen-dokumen sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 harus disampaikan kepada PT. Asuransi Jiwa Sinamas, Departemen Klaim, Wisma Eka Jiwa lantai 8, Jl. Mangga Dua Raya, Jakarta 10730, Indonesia, selambat-lambatnya dalam waktu 60 (enam puluh) hari sejak Tertanggung keluar dari menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit. Diluar jangka waktu tersebut, Penanggung berhak menolak permintaan pembayaran Manfaat Asuransi.

PASAL 15

PEMBAYARAN MANFAAT PERTANGGUNGAN

1. Pembayaran Manfaat Pertanggungan dilakukan apabila dokumen-dokumen yang menjadi persyaratan telah diterima lengkap dan disetujui oleh Penanggung.
2. Pembayaran Manfaat Pertanggungan dilakukan melalui transfer bank ke rekening Pemegang Polis / Yang Ditunjuk.
3. Pembayaran Manfaat Pertanggungan diperhitungkan dengan semua Premi yang tertunggak dan kewajiban Pemegang Polis lainnya, jika ada .
4. Apabila pembayaran Manfaat Pertanggungan yang telah jatuh tempo atau pembayaran Manfaat yang telah disetujui, karena sesuatu hal tidak dapat dilakukan, maka Manfaat Pertanggungan tersebut tidak akan mendapatkan bunga atau ganti rugi apapun dari Penanggung.

PASAL 16

PERTIMBANGAN PEMBAYARAN MANFAAT PERTANGGUNGAN

1. Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit karena penyakit yang dijamin atau mengalami Kecelakaan dimana lamanya perawatan tidak wajar dan tidak diperlukan secara medis, maka Penanggung berhak membayarkan Manfaat santunan harian Rawat Inap berdasarkan perawatan yang wajar dan diperlukan secara medis.
2. Apabila terjadi sesuatu hal yang kurang wajar dalam Rawat Inap, maka Penanggung berhak melakukan investigasi atas permintaan pembayaran Manfaat Pertanggungan yang diajukan. Dan apabila dikemudian hari ditemukan suatu bukti bahwa terdapat keterangan yang tidak benar atas permintaan pembayaran Manfaat Pertanggungan yang diajukan, maka Penanggung berhak menolak permintaan pembayaran Manfaat Pertanggungan dan/atau membatalkan asuransi kesehatan TIENS - MediSmart.

PASAL 17

FORCE MAJEURE

Dalam hal terjadi suatu peristiwa sedemikian rupa yang membawa dampak terhadap kemampuan Penanggung untuk membayar Manfaat Pertanggungan, seperti gempa bumi, angin topan, banjir, tanah longsor, kebakaran, perang, huru hara, terorisme, tsunami, embargo, pemogokan massal, kebijakan moneter atau kebijakan pemerintah yang berhubungan secara langsung terhadap pelaksanaan Polis ini, maka Penanggung dibebaskan dari tanggungjawab atas keterlambatan atau kegagalan dalam melaksanakan ketentuan Polis ini.

PASAL 18

PERSELISIHAN DAN DOMISILI HUKUM

Semua perselisihan yang terjadi sehubungan dengan pelaksanaan Polis ini terlebih dahulu akan diselesaikan secara musyawarah untuk mufakat.

Apabila penyelesaian secara musyawarah untuk mufakat tidak tercapai, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui Pengadilan Negeri sesuai dengan domisili Kantor Penanggung yang terdekat dengan domisili Pemegang Polis atau sesuai dengan domisili Pemegang Polis.

PASAL 19

HUKUM YANG BERLAKU

Polis ini dibuat, ditafsirkan dan diatur berdasarkan hukum Negara Kesatuan Republik Indonesia, serta para pihak tunduk kepada yuridiksi Pengadilan di Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Pertanggungan ini mulai berlaku sejak tanggal Calon Tertanggung mendaftarkan diri untuk mendapatkan Nomor Polis Asuransi serta menerima Bukti Kepesertaan Asuransi Kesehatan TIENS - MediSmart dari PT. Asuransi Jiwa Sinamas.