PRUCorporate Medical

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN VERSI UMUM			
Penanggung	PT Prudential Life Assurance (Prudential Indonesia)	**Jenis produk**	Asuransi Kesehatan Kumpulan
Nama produk	**PRU**Corporate Medical	**Deskripsi Produk**	**PRU**Corporate Medical merupakan produk asuransi kesehatan dari Prudential Indonesia bagi nasabah korporasi. Produk ini tersedia dalam mata uang rupiah dan premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis memberikan manfaat perlindungan kesehatan.
Mata Uang	Rupiah		

FITUR UTAMA PRUCORPORATE MEDICAL

Usia masuk Calon Tertanggung

Usia masuk berdasarkan tabel di bawah ini:

Usia*	Karyawan	Pasangan	Anak**
Usia masuk	18 – 70 tahun	16 – 70 tahun	15 hari – 25 tahun
Maks. usia untuk *renewal*	sampai 75 tahun		sampai 25 tahun

*Ulang tahun berikutnya.

**Anak:

1. Anak kandung/anak dari pernikahan yang legal/anak angkat.
2. Belum menikah dan belum bekerja.

Ketentuan Premi

Minimum Premi:

- Minimum Premi Tahunan adalah Rp3.000.000 per Polis per tahun.
- Minimum Premi Semesteran adalah Rp5.000.000 per Polis per tahun.

Maksimum Premi:

Maksimum Premi Tahunan sesuai dengan keputusan *underwriting* Penanggung.

Manfaat Pertanggungan

PRUCorporate Medical merupakan Asuransi Dasar dengan Manfaat Rawat Inap dan Manfaat Asuransi Tambahan (bersifat *optional*) yang tersedia dalam pilihan *inner limit* dan *as-charged** antara lain:

- Persalinan,
- Rawat Jalan,
- Perawatan Gigi**,
- Kacamata**.

*Pembayaran manfaat asuransi sesuai dengan tagihan Rumah Sakit untuk sebagian besar manfaat sesuai dengan plan yang dipilih pada manfaat *as-charged*.

**Asuransi Tambahan ini hanya tersedia dalam pilihan *as-charged* dan dapat diambil oleh Pemegang Polis apabila Pemegang Polis mengambil manfaat Rawat Inap dan Rawat Jalan.

Pilihan frekuensi pembayaran Premi

- Tahunan
- Semesteran

MANFAAT PRUCORPORATE MEDICAL

1. Manfaat Asuransi Dasar Rawat Inap

Tipe 1

Manfaat		Plan Asuransi	
Deskripsi	Batasan	Minimal	Maksimal
Kamar & Pelayanan	per hari, sampai dengan 365 hari	100.000	3.500.000
Unit Perawatan Intensif dan Unit Perawatan Khusus	per hari, sampai dengan 365 hari	200.000	7.000.000
Kunjungan Dokter Umum di Rumah Sakit	per hari, sampai dengan 365 hari	100.000	1.400.000
Konsultasi Dokter Spesialis Rawat Inap	per hari, sampai dengan 365 hari	200.000	2.800.000
Pembedahan			
Pembedahan Kompleks	per Kejadian	10.000.000	350.000.000
Pembedahan Besar	per Kejadian	7.500.000	262.500.000
Pembedahan Sedang	per Kejadian	5.000.000	175.000.000
Pembedahan Kecil	per Kejadian	3.000.000	105.000.000
Aneka Perawatan Rumah Sakit	per Kejadian	4.000.000	140.000.000
Perawat Pribadi Selama dan Setelah Rawat Inap	per hari, sampai dengan 30 hari setelah Rawat Inap per Kejadian	100.000	1.000.000
Biaya Ambulan	per Kejadian	250.000	1.500.000
Akomodasi Pendamping untuk Tertanggung berusia di bawah 15 tahun	per hari, sampai dengan 30 hari per Kejadian	50.000	1.000.000
Biaya Pengobatan Sebelum Rawat Inap	per Kejadian, sampai dengan 30 hari sebelum Rawat Inap	300.000	10.000.000
Biaya Pengobatan Sesudah Rawat Inap	per Kejadian, sampai dengan 90 hari setelah Rawat Inap	300.000	10.000.000
Fisioterapi Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	per Kejadian, sampai dengan 30 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap	300.000	2.000.000
Perawatan Darurat Rawat Jalan	per Kejadian	1.000.000	25.000.000
Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan	per Kecelakaan	500.000	12.500.000

RISIKO

Hal yang dapat menyebabkan Polis dan/atau Kepesertaan tidak berlaku

Pertanggungan atas Polis menjadi tidak berlaku disebabkan oleh hal-hal yang dapat menyebabkan Polis dan/atau Kepesertaan tidak berlaku, informasi lebih lanjut dapat mengacu pada bagian "**INFORMASI TAMBAHAN**" sub bagian "**HAL YANG DAPAT MENYEBABKAN POLIS DAN/ ATAU KEPESERTAAN TIDAK BERLAKU**" yang ada di halaman – halaman selanjutnya.

Hal yang menyebabkan Polis dapat dibatalkan atau diakhiri

Polis dapat dibatalkan atau diakhiri disebabkan oleh hal – hal sesuai dengan ketentuan dan kebijakan Penanggung, informasi lebih lanjut dapat mengacu pada bagian "**INFORMASI TAMBAHAN**" sub bagian "**HAL YANG MENYEBABKAN POLIS DAPAT DIBATALKAN ATAU DIAKHIRI**" yang ada di halaman – halaman selanjutnya.

Hal yang menyebabkan Manfaat Asuransi tidak dibayarkan

Manfaat Asuransi tidak dapat dibayarkan disebabkan oleh hal – hal yang dikecualikan dari pertanggungan (*exclusion*), informasi lebih lanjut dapat mengacu pada bagian "**PENGECUALIAN**" yang ada di halaman – halaman selanjutnya.

Manfaat		Plan Asuransi	
Deskripsi	Batasan	Minimal	Maksimal
Rawat Jalan Kemoterapi/ Radioterapi	per Periode Polis	12.000.000	240.000.000
Rawat Jalan Hemodialisa	per Periode Polis	6.000.000	120.000.000
Pembedahan Tanpa Rawat Inap	per Kejadian	2.000.000	10.000.000
HIV/AIDS karena Transfusi Darah	per Periode Polis	4.000.000	140.000.000
Dana Tunai Harian, jika Klaim Tertanggung ditanggung oleh BPJS Kesehatan	per hari, sampai dengan 365 hari	100.000	1.000.000
Manfaat Penyakit Kritis, jika Klaim Tertanggung di-tanggung oleh BPJS Kesehatan	per Periode Polis	1.000.000	35.000.000
Batas Keseluruhan	**per Periode Polis**	**Tidak Terbatas**	**Tidak Terbatas**
Persentase Penggantian Biaya Medis (%)	**per Klaim**	**100%**	**100%**
Meninggal Dunia	per Periode Polis	10.000.000	70.000.000
Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan	per Periode Polis	10.000.000	70.000.000

Tipe 2

Manfaat		Plan Asuransi	
Deskripsi	Batasan	Minimal	Maksimal
Kamar & Pelayanan	per hari, sampai dengan 365 hari	100.000	3.500.000
Unit Perawatan Intensif dan Unit Perawatan Khusus	per hari, sampai dengan 365 hari	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Kunjungan Dokter Umum di Rumah Sakit	per hari, sampai dengan 365 hari	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Konsultasi Dokter Spesialis Rawat Inap	per hari, sampai dengan 365 hari	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Pembedahan			
Pembedahan Kompleks	per Kejadian	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Pembedahan Besar	per Kejadian	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Pembedahan Sedang	per Kejadian	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Pembedahan Kecil	per Kejadian	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Aneka Perawatan Rumah Sakit	per Kejadian	sesuai tagihan	sesuai tagihan

Beberapa hal yang perlu Anda ketahui sehubungan dengan produk PRUCorporate Medical termasuk tetapi tidak terbatas pada risiko-risiko di bawah ini:

1. Risiko Ekonomi dan Perubahan Politik (Domestik dan Internasional)

Risiko yang berhubungan dengan perubahan kondisi ekonomi, kebijakan politik, hukum dan peraturan pemerintah yang berkaitan dengan dunia investasi dan usaha baik di dalam maupun luar negeri.

2. Risiko Kredit

Risiko yang berkaitan dengan kemampuan Prudential Indonesia dalam membayar kewajiban terhadap nasabahnya. Prudential Indonesia terus mempertahankan kinerjanya untuk melebihi kecukupan modal minimum yang ditentukan oleh Pemerintah.

3. Risiko Operasional

Risiko akibat ketidakcukupan dan/atau tidak berfungsinya proses internal, kesalahan manusia, kegagalan sistem, dan/ atau adanya kejadian-kejadian eksternal yang memengaruhi operasional Perusahaan.

BIAYA

Biaya administrasi	:	-
Biaya pemeliharaan Polis	:	Sudah tercakup dalam komponen Premi.
Biaya Bagian Tertanggung	:	Besaran biaya Bagian Tertanggung sesuai dengan persentase Bagian Tertanggung yang dipilih oleh Nasabah.

Catatan:

1. Biaya – biaya lainnya sudah tercakup dalam komponen Premi kecuali Biaya Pemeriksaan Kesehatan (jika ada) akan dibebankan kepada Pemegang Polis apabila Pemegang Polis melakukan pembatalan Polis dalam Masa Mempelajari Polis.
2. Premi asuransi dari produk ini sudah termasuk komisi Bank dan komisi pemasaran lainnya.

Manfaat		Plan Asuransi	
Deskripsi	Batasan	Minimal	Maksimal
Perawat Pribadi Selama dan Setelah Rawat Inap	per hari, sampai dengan 30 hari setelah Rawat Inap per Kejadian	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Biaya Ambulan	per Kejadian	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Akomodasi Pendamping untuk Tertanggung berusia di bawah 15 tahun	per hari, sampai dengan 30 hari per Kejadian	50.000	1.750.000
Biaya Pengobatan Sebelum Rawat Inap	per Kejadian, sampai dengan 30 hari sebelum Rawat Inap	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Biaya Pengobatan Sesudah Rawat Inap	per Kejadian, sampai dengan 90 hari setelah Rawat Inap	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Fisioterapi Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	per Kejadian, sampai dengan 30 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Perawatan Darurat Rawat Jalan	per Kejadian	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan	per Kecelakaan	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Rawat Jalan Kemoterapi/ Radioterapi	per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Rawat Jalan Hemodialisa	per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Pembedahan Tanpa Rawat Inap	per Kejadian	2.000.000	10.000.000
HIV/AIDS karena Transfusi Darah	per Periode Polis	4.000.000	140.000.000
Dana Tunai Harian, jika Klaim Tertanggung ditanggung oleh BPJS Kesehatan	per hari, sampai dengan 365 hari	100.000	1.000.000
Manfaat Penyakit Kritis, jika Klaim Tertanggung ditanggung oleh BPJS Kesehatan	per Periode Polis	1.000.000	35.000.000
Batas Keseluruhan	**per Periode Polis**	**10.000.000**	**350.000.000**
Persentase Penggantian Biaya Medis (%)	**per Klaim**	**100%**	**100%**
Meninggal Dunia	per Periode Polis	10.000.000	70.000.000
Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan	per Periode Polis	10.000.000	70.000.000

2. **Manfaat Asuransi Tambahan Persalinan**

Manfaat		Plan Asuransi	
Deskripsi	Batasan	Minimal	Maksimal
Persalinan Normal	per Periode Polis	1,000,000	20,000,000
Operasi Caesar	per Periode Polis	2,000,000	40,000,000
Keguguran	per Periode Polis	500,000	10,000,000
Perawatan Sebelum dan Sesudah Melahirkan	per Periode Polis	500,000	10,000,000
Rawat Inap karena Komplikasi Kehamilan dan Sesudah Melahirkan	per Periode Polis	2.000.000	40.000.000
Batas Keseluruhan (OL)	**per Periode Polis**	**5.000.000**	**100.000.000**

3. **Manfaat Asuransi Tambahan Rawat Jalan**

Tipe 1

Manfaat		Plan Asuransi	
Deskripsi	Batasan	Minimal	Maksimal
Konsultasi Dokter Umum	per kunjungan	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Konsultasi Dokter Spesialis	per kunjungan	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Biaya Obat yang diresepkan	per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Pelayanan Diagnostik	per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Fisioterapi	per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Biaya Administrasi	per kunjungan	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Imunisasi/Vaksinasi	per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Batas Keseluruhan (OL)	**per Periode Polis**	**3.000.000**	**25.000.000**

Tipe 2

Manfaat		Plan Asuransi	
Deskripsi	Batasan	Minimal	Maksimal
Konsultasi Dokter Umum	per kunjungan	50.000	250.000
Konsultasi Dokter Spesialis	per kunjungan	150.000	750.000
Biaya Obat yang diresepkan	per Periode Polis	1.500.000	7.500.000
Pelayanan Diagnostik	per Periode Polis	1.200.000	6.000.000
Fisioterapi	per Periode Polis	1.000.000	5.000.000
Biaya Administrasi	per kunjungan	10.000	50.000
Imunisasi/Vaksinasi	per Periode Polis	250.000	1.250.000
Batas Keseluruhan (OL)	**per Periode Polis**	**5.000.000**	**25.000.000**

4. Manfaat Asuransi Tambahan Perawatan Gigi

Manfaat		Plan Asuransi	
Deskripsi	Batasan	Minimal	Maksimal
Perawatan Dasar	per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Perawatan Pencegahan	per Periode Polis, sampai dengan 2 kali kunjungan per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Perawatan Perbaikan	per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Perawatan Kompleks	per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Perawatan Gusi	per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Perawatan Gigi Palsu	per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Batas Keseluruhan (OL)	**per Periode Polis**	**500.000**	**4.500.000**

5. Manfaat Asuransi Tambahan Kacamata

Manfaat		Plan Asuransi	
Deskripsi	Batasan	Minimal	Maksimal
Bingkai Kacamata	satu kali per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Lensa Kacamata	satu kali per Periode Polis	sesuai tagihan	sesuai tagihan
Batas Keseluruhan (OL)	**per Periode Polis**	**300.000**	**2.500.000**

Fasilitas Lain

Fasilitas *cashless* di rumah sakit atau klinik rekanan.

Layanan Tambahan

Layanan evakuasi darurat medis yang dapat dipilih oleh Pemegang Polis.

Catatan:

- Terdapat manfaat yang dikecualikan sebagaimana yang dijelaskan pada bagian "**PENGECUALIAN**" yang ada di halaman – halaman selanjutnya.
- Keterangan lengkap mengenai manfaat, termasuk syarat-syarat dan pengecualiannya, tercantum pada Polis yang berlaku dan mengikat.

PENGECUALIAN

1. Pengecualian untuk Manfaat Kesehatan:
   a. Penyakit Khusus selama 12 (dua belas) bulan sejak Tanggal Berlakunya Kepesertaan Tertanggung kecuali ditentukan lain oleh Penanggung; atau
   b. berpartisipasi aktif dalam perang (baik yang dinyatakan maupun tidak), keadaan seperti perang, terorisme, pendudukan, gerakan pengacauan, pemberontakan, perebutan kekuasaan, pemogokan, huru-hara, keributan, tugas aktif dalam angkatan bersenjata atau kepolisian; atau
   c. keterlibatan dari pihak yang dipertanggungkan, dalam melakukan tindakan ilegal, melalaikan dan/ atau melanggar hukum, antara lain namun tidak terbatas pada penyalahgunaan minuman keras dan obat-obatan terlarang, tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki kepentingan secara langsung maupun tidak langsung dalam pertanggungan asuransi ini; atau
   d. melukai diri sendiri, Cedera yang terjadi karena Tertanggung tidak mengikuti anjuran medis, bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dengan keadaan sadar atau karena gangguan mental dan/atau kejiwaan; atau
   e. biaya pemeriksaan kesehatan rutin (*Medical Check Up*), Rawat Inap yang bertujuan hanya untuk diagnostik, *Obstructive Sleep Apnea* (OSA), pemeriksaan sinar-X atau pemeriksaan fisik umum yang tidak sesuai dengan indikasi medis dan tanpa rujukan dari dokter; atau
   f. Biaya pencegahan penyakit termasuk imunisasi/ vaksinasi kecuali yang dinyatakan lain di dalam Polis dan semua komplikasinya; atau
   g. Perawatan dan atau tindakan sirkumsisi/khitanan/ sunat tanpa indikasi medis termasuk semua komplikasinya; atau
   h. kontrasepsi, diagnosa dan perawatan yang berhubungan dengan ketidaksuburan, pengujian atau pengobatan impotensi atau upaya untuk hamil, inseminasi buatan, sterilisasi (vasektomi/MOP dan tubektomi/MOW), metode pengaturan kelahiran dan terapi hormon termasuk semua komplikasinya; atau
   i. perawatan yang berhubungan dengan estetika termasuk namun tidak terbatas pada memutihkan gigi, Pembedahan kosmetik atau Pembedahan plastik (kecuali Pembedahan rekonstruksi yang disebabkan oleh Penyakit atau Kecelakaan), perawatan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan, bulimia, anoreksia nervosa, lasik, *asthenophia*, perawatan dan/atau Pembedahan untuk mengubah jenis kelamin termasuk semua komplikasinya; atau
   j. Penyakit atau Cedera tubuh akibat reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasinya; atau
   k. Biaya Medis yang berhubungan dengan kehamilan dan Persalinan selama 9 bulan sejak Tanggal Berlakunya Kepesertaan Tertanggung pada Manfaat Persalinan kecuali ditentukan lain oleh Penanggung; dan
   l. perawatan dan/atau Pembedahan yang berhubungan dengan kelainan dan/atau cacat bawaan (congenital) atau hereditary conditions, baik diketahui ataupun tidak, termasuk Hernia pada Tertanggung berusia di bawah 10 (sepuluh) tahun; atau
   m. pengobatan herbal, pengobatan eksperimental, pengobatan alternatif atau tradisional, termasuk namun tidak terbatas pada shinse, tabib, dukun, ahli patah tulang, aromaterapi, *naturopathy*, terapi holistik, bioresonansi, *hypnotherapy*, *Digital Subtraction Angiography* (*brain spa*) termasuk akupuntur dan chiropraktik yang bukan dilakukan oleh Dokter yang berlisensi, pengobatan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik termasuk semua komplikasinya; atau
   n. pembelian atau penyewaan alat bantu yang tidak ditanam di dalam tubuh seperti namun tidak terbatas pada braces, alat bantu pendengaran, *prosthesis*, kruk, dan kursi roda, kecuali kursi roda yang digunakan pada saat Rawat Inap; atau
   o. infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) dan/ atau komplikasi yang berhubungan dengan keduanya kecuali untuk HIV/AIDS yang disebabkan oleh transfusi darah atau kecelakaan kerja yang tidak melanggar hukum sesuai dengan Batas Manfaat pada Manfaat HIV/ AIDS karena Transfusi Darah; atau
   p. penyakit akibat hubungan seksual atau penyimpangan seksual termasuk segala komplikasinya; atau
   q. biaya non medis seperti namun tidak terbatas pada susu, sabun, tissue, pembalut, termometer, alas tidur, *diapers*, buku/kartu pasien, biaya telekomunikasi, koran/majalah, salon, makanan ekstra, tempat tidur ekstra, penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan secara langsung dengan Perawatan Medis; atau
   r. perawatan dan/atau Pembedahan yang berhubungan dengan kehamilan, Persalinan, Keguguran, aborsi, pemeriksaan sebelum dan sesudah melahirkan dan persalinan, Rawat Inap sebelum dan sesudah melahirkan dan persalinan dan perawatan bayi sehat termasuk semua Komplikasi Kehamilan; Rawat Jalan yang tidak terkait dengan Rawat Inap, kecuali yang disebabkan Manfaat Rawat Jalan Darurat atau merupakan tindakan Pembedahan Tanpa Rawat Inap; semua jenis perawatan gigi atau pembedahan gigi secara langsung dan pengobatan yang terkait dengannya kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan, Pembelian kacamata/lensa, pemeriksaan mata termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya kecuali jika Tertanggung ditanggung Manfaat Asuransi tambahan sesuai dengan yang tercantum Daftar Manfaat.

2. **Pengecualian untuk Manfaat Meninggal Dunia:**
   a. **bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dengan keadaan sadar atau karena gangguan mental dan/ atau kejiwaan yang dilakukan dalam waktu 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Berlakunya Kepesertaan Tertanggung; atau**
   b. **keterlibatan dari pihak yang dipertanggungkan, dalam melakukan tindakan ilegal, melalaikan dan/ atau melanggar hukum, antara lain namun tidak terbatas pada penyalahgunaan minuman keras dan obat-obatan terlarang, tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki kepentingan secara langsung maupun tidak langsung dalam pertanggungan asuransi ini.**
3. **Pengecualian untuk Manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan:**
   a. **berpartisipasi aktif dalam perang (baik yang dinyatakan maupun tidak), keadaan seperti perang, teroris, pendudukan, gerakan pengacauan, pemberontakan, perebutan kekuasaan, pemogokan, huru-hara, keributan; atau**
   b. **berpartisipasi sebagai penumpang atau awak pesawat dalam suatu penerbangan udara selain dari maskapai penerbangan komersial yang berlisensi dan beroperasi dalam penerbangan rutin; atau**
   c. **berpartisipasi dalam kegiatan atau olahraga yang berbahaya seperti lomba kecepatan jenis apa pun (kecuali lomba kecepatan jalan atau lari), kejuaraan olah raga bela diri apa pun, menyelam, olahraga udara termasuk gantole, balon udara, terjun payung, terjun bebas, tebang layang, panjat tebing, pendakian gunung, *bungee jumping*, atau kegiatan maupun olahraga berbahaya lainnya, kecuali yang telah disetujui Penanggung secara tertulis sebelum kegiatan atau olahraga tersebut dilakukan; atau**
   d. **keterlibatan dari pihak yang dipertanggungkan, dalam melakukan tindakan ilegal, melalaikan dan/ atau melanggar hukum, antara lain namun tidak terbatas pada penyalahgunaan minuman keras dan obat-obatan terlarang, tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki kepentingan secara langsung maupun tidak langsung dalam pertanggungan asuransi ini; atau**
   e. **melukai diri sendiri, bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dengan keadaan sadar atau karena gangguan mental dan/atau kejiwaan.**

Informasi lengkap hal yang menyebabkan Manfaat Asuransi tidak dibayarkan mengacu pada ketentuan Polis **PRU**Corporate Medical.

PERSYARATAN DAN TATA CARA

PERSYARATAN PENGAJUAN POLIS ASURANSI

1. Jumlah Tertanggung yaitu minimum 5 orang.
2. Khusus untuk Asuransi Tambahan Manfaat Persalinan, minimal 5 orang Tertanggung.
3. Tertanggung yang berhak untuk diberikan pertanggungan beserta besar manfaat yang diberikan ditentukan berdasarkan ketentuan kepesertaan yang jelas berdasarkan peraturan Pemegang Polis dan bukan atas permintaan atau kebutuhan Tertanggung dengan persetujuan dari Penanggung.
4. Calon Pemegang Polis wajib melengkapi dokumen sebagai berikut:
   a. Surat Pengajuan Asuransi Kumpulan yang telah diisi dengan lengkap dan benar serta ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis;
   b. RIPLAY versi Personal yang telah disetujui dan ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis;
   c. Dokumen "Memahami Kebutuhan Anda" yang telah ditandatangani;
   d. Dokumen kelengkapan Perusahaan untuk pengajuan asuransi sebagaimana tercantum dalam Tabel "DOKUMEN KELENGKAPAN PERUSAHAAN".

PUSAT INFORMASI DAN PELAYANAN POLIS

Pemegang Polis dan Tertanggung dapat mengakses berbagai informasi mulai dari pelayanan Polis hingga menyampaikan pengaduan yang dapat disampaikan secara lisan maupun secara tertulis melalui jalur layanan yang disediakan, melalui:

- ***Customer Line***
  1500085
  Senin-Sabtu: Pukul 08.00 – 17.00 WIB
  Layanan Bantuan dan Informasi 24 jam:
  (62 21) 50881817
- ***Customer Care Centre* Prudential Indonesia**
  Senin-Jumat: Pukul 08.30 – 16.00 WIB
  Prudential Centre, Kota Kasablanka Lt. 15
  Jl. Kasablanka Raya 88 – Jakarta Selatan
- ***Website***: www.prudential.co.id
- ***Email*:** customer.idn@prudential.co.id
  Senin-Sabtu: Pukul 08.00 – 17.00 WIB
- ***Employee/Employer Portal* untuk mengakses informasi Polis**: https://pruworks.prudential.co.id
- **Fax**: (021) - 2995 886

5. (Calon) Tertanggung harus dalam kondisi Aktif Bekerja (dalam keadaan sehat yang dapat melakukan pekerjaan atau aktivitas normal dan wajar dan tidak sedang menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit) pada Tanggal Berlakunya Kepesertaan dan pada setiap adanya perubahan Manfaat Asuransi atau Plan Asuransi. (Calon) Tertanggung yang tidak berada dalam kondisi Aktif Bekerja pada Tanggal Berlakunya Kepesertaan dan Tertanggung yang tidak berada dalam kondisi Aktif Bekerja pada setiap adanya perubahan Manfaat Asuransi atau Plan Asuransi mungkin saja dapat diterima sebagai Tertanggung setelah Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dapat memberikan bukti dapat diasuransikan yang dapat diterima oleh Penanggung.
6. Untuk membeli produk ini dimungkinkan adanya pemeriksaan kesehatan yang pelaksanaannya melalui Rumah Sakit atau Laboratorium atau Klinik yang ditunjuk oleh Penanggung, dengan prosedur sesuai dengan Syarat dan Ketentuan Penanggung.
7. Penanggung berhak melakukan proses seleksi risiko (*underwriting*) untuk menerima atau menolak permohonan asuransi Calon Pemegang Polis.

PROSEDUR/TATA CARA

1. Pembayaran Premi dapat mengacu pada: www.prudential.co.id/id/claims-support/pembayaran-premi/polis-konvensional/ dan selanjutnya dapat disesuaikan dengan ketentuan Bank yang berlaku.
2. Pengajuan, penyelesaian, dan pembayaran klaim dapat mengacu pada bagian "**INFORMASI TAMBAHAN**" sub bagian "**CARA PENGAJUAN KLAIM**" yang ada di halaman – halaman selanjutnya.
3. Penanganan dan penyelesaian pengaduan/sengketa dapat mengacu pada bagian "**INFORMASI TAMBAHAN**" sub bagian "**LAYANAN PENGADUAN DAN PENYELESAIAN SENGKETA**" yang ada di halaman – halaman selanjutnya.

DOKUMEN KELENGKAPAN PERUSAHAAN

No.	Detail Dokumen	Perseroan Terbatas	Koperasi	Yayasan	Asosiasi/ CV/ Firma	Kantor Perwakilan	Kantor Pengacara	Kantor Notaris/ PPAT	Usaha Dagang	Badan Usaha Lainnya
1.1	Akta Pendirian dan/atau Anggaran Dasar dan perubahannya dengan susunan pemegang saham/Susunan Direksi terkini	✓	✓	✓	✓	✓	×	×	×	✓
1.2	Surat Izin dari pihak berwenang yang terkait (dari Lembaga Pemerintahan). Contoh: NIB/SIUP untuk perusahaan, Surat Izin Yayasan, Surat Izin Penyelenggaraan Sekolah	✓	✓	✓	✓	✓	×	×	×	✓
1.3	SK persetujuan pendirian dari Menteri Hukum dan HAM atau Menteri Koperasi atau Kementerian terkait	✓	✓	✓	×	×	×	×	×	×

No.	Detail Dokumen	Perseroan Terbatas	Koperasi	Yayasan	Asosiasi/ CV/ Firma	Kantor Perwakilan	Kantor Pengacara	Kantor Notaris/ PPAT	Usaha Dagang	Badan Usaha Lainnya
1.4	NPWP Badan Usaha dan/atau Pemilik Badan usaha	✓	✓	✓	✓	✓	NPWP Perusahaan atau NPWP Pribadi Pengacara	NPWP Perusahaan atau NPWP Pribadi Notaris/ PPAT	NPWP Perusahaan atau NPWP Pribadi Pemilik	✓
2.1	Surat Izin Usaha Perdagangan perseorangan kepada Kantor Satlak PTSP Kecamatan setempat/ Dinas Koperasi, Usaha Mikro Kecil dan Menengah (UMKM) dan Perdagangan setempat	×	×	×	×	×	×	×	✓	×
2.2	Izin Domisili Usaha dari Kantor Satlak PTSP Kelurahan setempat	×	×	×	×	×	×	×	✓	×
3.1	Akta Pendirian Persekutuan Perdata	×	×	×	×	×	✓	×	×	×
3.2	SK Pengangkatan Advokat dari PERADI	×	×	×	×	×	✓	×	×	×
3.3	Surat Tanda Terdaftar Profesi Penunjang Pasar Modal apabila kantor hukum tersebut memberikan jasa kepada Perusahaan Terbuka	×	×	×	×	×	✓	×	×	×
3.4	Kartu anggota PERADI	×	×	×	×	×	✓	×	×	×
4.1	Berita acara pengambilan sumpah sebagai Notaris dan PPAT dari Kementerian Hukum dan HAM, dan BPN, atau Pemerintah Daerah dimana kantor tersebut berdomisili	×	×	×	×	×	×	✓	×	×
4.2	SK Penunjukan sebagai Notaris dari Kementerian Hukum dan HAM atau sebagai PPAT dari Badan Pertahanan Nasional (BPN) bila Notaris tersebut juga merangkap sebagai PPAT	×	×	×	×	×	×	✓	×	×
4.3	Surat Pelaporan Kantor Notaris kepada Kementerian Hukum dan HAM	×	×	×	×	×	×	✓	×	×
4.4	KTP atas nama Notaris/ PPAT	×	×	×	×	×	×	✓	×	×
5	Identitas (KTP/SIM/ Paspor) pihak yang berwenang yang menandatangani SPAK	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

No.	Detail Dokumen	Perseroan Terbatas	Koperasi	Yayasan	Asosiasi/ CV/ Firma	Kantor Perwakilan	Kantor Pengacara	Kantor Notaris/ PPAT	Usaha Dagang	Badan Usaha Lainnya
6	Identitas (KTP/SIM/ Paspor) pemilik manfaat (*beneficial owner*) – jika pihak yang berwenang bukan merupakan pemilik manfaat (*beneficial owner)*	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	Surat Kuasa – jika pihak yang menandatangani RIPLAY Versi Personal dan Surat Pengajuan Asuransi Kumpulan bukan merupakan pihak yang berwenang berdasarkan anggaran dasar perusahaan atau bukan nama Direksi yang tercantum di akta pendirian calon Pemegang Polis dengan melampirkan KTP/SIM/Paspor pihak yang ditunjuk	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8	Laporan Keuangan (tahunan terkini) – jika aset perusahaan di luar tanah dan bangunan lebih dari 5 Miliar dan/atau transaksi penjualan pertahun (omset) lebih dari 15 Miliar	✓	×	×	×	×	×	×	×	×

Keterangan:
NIB = Nomor Induk Berusaha
PTSP = Pelayanan Terpadu Satu Pintu
SIUP = Surat Izin Usaha Perdagangan
Satlak = Satuan Pelaksana
PERADI = Perhimpunan Advokat Indonesia
UMKM = Usaha Mikro Kecil Menengah
SPAK = Surat Pengajuan Asuransi Kumpulan

Selain poin di atas, Penanggung berhak meminta persyaratan lain jika diperlukan.

ILUSTRASI

Ilustrasi Manfaat PRUCorporate Medical

Nama Perusahaan	PT ABC
Tanggal Berlakunya Polis	1-Jan-20
Tanggal Akhir Kepesertaan	31-Des-20
Pertanggungan	Rawat Inap, Persalinan, Rawat Jalan, Perawatan Gigi, Kacamata

Rawat Inap

Manfaat/Jenis Plan	Batasan	IP-500
Kamar & Pelayanan	per hari, sampai dengan 365 hari	500.000
Unit Perawatan Intensif dan Unit Perawatan Khusus	per hari, sampai dengan 365 hari	1.000.000
Kunjungan Dokter Umum di Rumah Sakit	per hari, sampai dengan 365 hari	300.000

Manfaat/Jenis Plan	Batasan	IP-500
Konsultasi Dokter Spesialis Rawat Inap	per hari, sampai dengan 365 hari	550.000
Pembedahan		
Pembedahan Kompleks	per Kejadian	50.000.000
Pembedahan Besar	per Kejadian	37.500.000
Pembedahan Sedang	per Kejadian	25.000.000
Pembedahan Kecil	per Kejadian	15.000.000
Aneka Perawatan Rumah Sakit	per Kejadian	20.000.000
Perawat Pribadi Selama dan Setelah Rawat Inap	per hari, sampai dengan 30 hari setelah Rawat Inap per Kejadian	250.000
Biaya Ambulan	per Kejadian	400.000
Akomodasi Pendamping untuk Tertanggung berusia di bawah 15 tahun	per hari, sampai dengan 30 hari per Kejadian	200.000
Biaya Pengobatan Sebelum Rawat Inap	per Kejadian, sampai dengan 30 hari sebelum Rawat Inap	1.450.000
Biaya Pengobatan Sesudah Rawat Inap	per Kejadian, sampai dengan 90 hari setelah Rawat Inap	1.450.000
Fisioterapi Sebelum dan Sesudah Rawat Inap	per Kejadian, sampai dengan 30 hari sebelum dan 90 hari setelah Rawat Inap	500.000
Perawatan Darurat Rawat Jalan	per Kejadian	3.850.000
Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan	per Kecelakaan	1.950.000
Rawat Jalan Kemoterapi/Radioterapi	per Periode Polis	39.000.000
Rawat Jalan Hemodialisa	per Periode Polis	1.950.000
Pembedahan Tanpa Rawat Inap	per Kejadian	2.950.000
HIV/AIDS karena Transfusi Darah	per Periode Polis	20.000.000
Dana Tunai Harian, jika Klaim Tertanggung ditanggung oleh BPJS Kesehatan	per hari, sampai dengan 365 hari	500.000
Manfaat Penyakit Kritis, jika Klaim Tertanggung ditanggung oleh BPJS Kesehatan	per Periode Polis	5.000.000
Batas Keseluruhan	**per Periode Polis**	**Tidak Terbatas**
Meninggal Dunia	per Periode Polis	10.000.000
Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan	per Periode Polis	10.000.000

RAWAT JALAN KUMPULAN/MANFAAT TAMBAHAN RAWAT-INAP

Manfaat/Jenis Plan	Batasan	OP-50
Konsultasi Dokter Umum	per kunjungan	50.000
Konsultasi Dokter Spesialis	per kunjungan	150.000
Biaya Obat yang diresepkan	per Periode Polis	1.500.000
Pelayanan Diagnostik	per Periode Polis	1.200.000

Manfaat/Jenis Plan	Batasan	OP-50
Fisioterapi	per Periode Polis	1.000.000
Biaya Administrasi	per kunjungan	10.000
Imunisasi/Vaksinasi	per Periode Polis	250.000
Batas Keseluruhan (OL)	**per Periode Polis**	**5.000.000**

PERAWATAN GIGI/MANFAAT TAMBAHAN RAWAT-INAP DAN RAWAT JALAN

Manfaat/Jenis Plan	Batasan	DT-500
Perawatan Dasar	per Periode Polis	sesuai tagihan
Perawatan Pencegahan	per Periode Polis, sampai dengan 2 kali kunjungan per Periode Polis	sesuai tagihan
Perawatan Perbaikan	per Periode Polis	sesuai tagihan
Perawatan Kompleks	per Periode Polis	sesuai tagihan
Perawatan Gusi	per Periode Polis	sesuai tagihan
Perawatan Gigi Palsu	per Periode Polis	sesuai tagihan
Batas Keseluruhan (OL)	**per Periode Polis**	**500.000**

MANFAAT PERSALINAN KUMPULAN/MANFAAT TAMBAHAN RAWAT-INAP

Manfaat/Jenis Plan	Batasan	MA-5000
Persalinan Normal	per Periode Polis	1.000.000
Operasi Caesar	per Periode Polis	2.000.000
Keguguran	per Periode Polis	500.000
Perawatan Sebelum dan Sesudah Melahirkan	per Periode Polis	500.000
Rawat Inap karena Komplikasi Kehamilan dan Sesudah Melahirkan	per Periode Polis	2.000.000
Batas Keseluruhan (OL)	**per Periode Polis**	**5.000.000**

MANFAAT KACAMATA KUMPULAN/MANFAAT TAMBAHAN RAWAT-INAP DAN RAWAT JALAN

Manfaat/Jenis Plan	Batasan	MA-5000
Bingkai Kacamata	Satu kali Per Periode Polis	sesuai tagihan
Lensa Kacamata	Satu kali Per Periode Polis	sesuai tagihan
Batas Keseluruhan (OL)	**per Periode Polis**	**300,000**

Peristiwa #1

Nama Karyawan	Bp. A
Tanggal Efektif Polis	1-Jan-19 s.d. 31-Dec-19 1-Jan-20 s.d. 31-Dec-20
Tanggal Berlakunya Kepesertaan	1-Jan-19
Tanggal Akhir Pertanggungan	31-Dec-19

Plan	IP-500
Persentase Penggantian Biaya Medis (%)	100%
Masa Tunggu Penyakit Khusus	12 Bulan
Nama Karyawan	**Bp. A**
Peristiwa	Pada tanggal 2 Februari 2020 Bp. A dirawat inap dan operasi dengan diagnosa Usus Buntu selama 5 hari
Manfaat	Rawat Inap
Kelas Kamar sesuai hak	500.000
Kelas Kamar yang ditempati	400.000
Informasi Tambahan	Berdasarkan ketentuan polis, untuk penyakit usus buntu dikenakan masa tunggu 12 bulan sejak tanggal efektif kepesertaan, sehingga bila Polis Perusahaan diperpanjang 01-Jan-20 s.d. 31-12-20 dan Bp. A masih terdaftar aktif sebagai karyawan maka klaim dapat diberikan penggantian sesuai dengan ilustrasi berikut

Rincian Biaya Bp. A

Manfaat	Batasan	Klaim yang terjadi	Manfaat Asuransi*	Klaim yang layak bayar	Selisih Biaya	Keterangan
Kamar & Pelayanan	per hari, sampai dengan 365 hari	2.000.000	2.500.000	2.000.000	-	400.000 x 5 hari
Kunjungan Dokter Umum di Rumah Sakit	per hari, sampai dengan 365 hari	1.000.000	1.500.000	1.000.000	-	300.000 x 5 hari
Konsultasi Dokter Spesialis Rawat Inap	per hari, sampai dengan 365 hari	3.000.000	2.750.000	2.750.000	250.000	Batas manfaat sudah maksimal
Pembedahan Sedang	per Kejadian	20.000.000	25.000.000	25.000.000	-	-
Aneka Perawatan Rumah Sakit	per Kejadian	15.000.000	40.000.000	15.000.000	-	-
Total Klaim	**41.000.000**	**-**	**40.750.000**	**250.000**	**-**	**-**

Peristiwa #2

Nama Karyawan	**Bp. B**
Tanggal Efektif Polis	1-Jan-19 s.d. 31-Dec-19
Tanggal Berlakunya Kepesertaan	1-Jan-19
Tanggal Akhir Pertanggungan	31-Dec-19
Plan	DT-500
Persentase Penggantian Biaya Medis (%)	100%
Masa Tunggu	6 Bulan, selain gigi palsu
Masa Tunggu Gigi Palsu	12 Bulan
Nama Karyawan	**Bp. B**
Peristiwa	Pada tanggal 03 September 2019 Bp. B melakukan perawatan tambal gigi
Manfaat	Perawatan Gigi
Kelas Kamar sesuai hak	N/A
Kelas Kamar yang ditempati	N/A

Rincian Biaya Bp. B

Manfaat	Klaim yang terjadi	Manfaat Asuransi*	Klaim yang layak bayar	Selisih Biaya	Keterangan
Perawatan Dasar	700.000	Sesuai Tagihan	500.000	200.000	Batas manfaat sudah maksimal
Total Klaim	**700.000**	**-**	**500.000**	**200.000**	**-**

Peristiwa #3

Nama Karyawan	Bp. C
Tanggal Efektif Polis	1-Jan-19 s.d. 31-Dec-19
Tanggal Berlakunya Kepesertaan	1-Jan-19
Tanggal Akhir Pertanggungan	31-Dec-19
Plan	OT-300
Persentase Penggantian Biaya Medis (%)	90%
Masa Tunggu Penyakit Khusus	12 Bulan
Nama Karyawan	**Bp. C**
Peristiwa	Pada tanggal 07 Oktober 2019 Bp. C melakukan pemeriksaan refraksi mata di Dokter Spesialis Mata, dan membeli kacamata berdasarkan resep dokter
Manfaat	Kacamata
Kelas Kamar sesuai hak	N/A
Kelas Kamar yang ditempati	N/A
Informasi Tambahan	Manfaat Penggantian biaya Kacamata dapat diberikan sesuai dengan manfaat yang dimiliki karyawan dengan dikurangi *co share* 10% yang menjadi tanggungan karyawan dengan ilustrasi berikut

Rincian Biaya Bp. C

Manfaat	Batasan	Klaim yang terjadi	Manfaat Asuransi*	Klaim yang layak bayar	Selisih Biaya	Keterangan
Pembedahan Sedang	Satu kali Per Periode Polis	200.000	Sesuai Tagihan	180.000	20.000	Maksimal penggantian 90% biaya medis
Aneka Perawatan Rumah Sakit	Satu kali Per Periode Polis	220.000	Sesuai Tagihan	198.000	22.000	Maksimal penggantian 90% biaya medis
Total Klaim	**-**	**420.000**	**40.750.000**	**378.000**	**42.000**	**-**

Peristiwa #4

Nama Karyawan	Ny. D
Tanggal Efektif Polis	1-Jan-19 s.d. 31-Dec-19 1-Jan-20 s.d. 31-Dec-20
Tanggal Berlakunya Kepesertaan	1-Jan-19
Tanggal Akhir Pertanggungan	31-Dec-19
Plan	MA-1000
Persentase Penggantian Biaya Medis (%)	100%
Masa Tunggu Penyakit Khusus	12 Bulan
Masa Tunggu Manfaat Persalinan	9 Bulan

Nama Karyawan	Ny. D
Peristiwa	Pada tanggal 12 Juli 2020 Ny. D melakukan pemeriksaan kehamilan untuk kehamilan pertamanya
Manfaat	Persalinan
Kelas Kamar sesuai hak	N/A
Kelas Kamar yang ditempati	N/A

Rincian Biaya Ny. D

Manfaat	Batasan	Klaim yang terjadi	Manfaat Asuransi*	Klaim yang layak bayar	Selisih Biaya	Keterangan
Perawatan Sebelum dan Sesudah Melahirkan	Per Periode Polis	650.000	500.000	500.000	150.000	Batas manfaat sudah maksimal
Total Klaim	**-**	**650.000**	**-**	**500.000**	**150.000**	**-**

Catatan:

- Ilustrasi ini bersifat tidak mengikat dan ketentuannya mengacu pada Polis yang berlaku. Pemegang Polis produk **PRU**Corporate Medical wajib membaca dan memahami seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana tercantum dalam Polis asuransi.
- Manfaat yang akan dibayarkan oleh Prudential Indonesia sesuai dengan program manfaat yang dipilih oleh Pemegang Polis sebagaimana tercantum dalam RIPLAY versi Personal yang telah disetujui.
- Besarnya angka-angka diatas hanya merupakan suatu ilustrasi dan dapat berbeda dengan kondisi yang sebenarnya.

INFORMASI TAMBAHAN

DEFINISI – DEFINISI PENTING	
Pemegang Polis	Perusahaan atau asosiasi atau badan hukum yang mengadakan perjanjian asuransi kumpulan dengan Penanggung.
Penanggung	PT Prudential Life Assurance.
Polis	Dokumen yang berisi perjanjian asuransi kumpulan antara Penanggung dan Pemegang Polis, baik yang berbentuk cetak atau digital/elektronik, yang meliputi Ketentuan Umum Polis, Ketentuan Khusus Polis, ketentuan-ketentuan lainnya, Ketentuan Tambahan dan setiap Endorsemen serta dokumen perubahan lain yang terdapat di dalamnya yang Penanggung tandatangani, termasuk Surat Pengajuan Asuransi Kumpulan dan bentuk elektroniknya, lampiranlampiran Polis dan/atau dokumen-dokumen lainnya yang dinyatakan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
Tertanggung	Karyawan/Anggota/Siswa atau Tanggungan dari Pemegang Polis yang telah diterima dalam Kepesertaan.
Kartu Peserta	Kartu yang diterbitkan oleh Penanggung sebagai tanda kepesertaan dari Tertanggung.

KEWAJIBAN ANDA SEBAGAI PEMEGANG POLIS

1. Memberikan informasi data Pemegang Polis termasuk namun tidak terbatas pada nama, alamat, jenis usaha, Dokumen Perusahaan dan data Tertanggung termasuk namun tidak terbatas pada nama, tanggal lahir, jenis kelamin, kesehatan, pekerjaan secara jujur, lengkap dan benar. Informasi tersebut dapat mempengaruhi penilaian seleksi risiko. Apabila terdapat kesalahan informasi data maka Penanggung tidak berkewajiban untuk menyetujui permohonan asuransi ini atau membayar manfaat Asuransi apapun dan asuransi menjadi batal demi hukum.
2. Memahami isi dokumen sebelum ditandatangani.
3. Melakukan pembayaran Premi dan memberikan bukti pembayaran Premi serta memenuhi kewajiban lainnya yang diatur dalam Polis.
4. Apabila Premi tidak dibayarkan tepat waktu, terdapat risiko pertanggungan atas Polis menjadi tidak berlaku dan klaim manfaat asuransi tidak dibayarkan.
5. Mendapatkan ijin dan kuasa dari setiap Tertanggung untuk memberikan data atau informasi yang dibutuhkan oleh Penanggung atas diri Tertanggung sehubungan dengan pengajuan Polis ini sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

PREMI

1. Tarif Premi

   Tarif Premi tahunan sebagaimana tercantum dalam Daftar Premi Polis ditentukan oleh Penanggung pada Tanggal Awal Berlakunya Polis dan dapat ditinjau kembali setiap Tanggal Pembaruan Polis kecuali terdapat perubahan risiko pertanggungan dalam Periode Polis.
2. Jenis Premi
   - Premi Awal

     Premi yang ditetapkan oleh Penanggung, yang terjadi pada saat Penanggung setuju untuk menerbitkan Polis sesuai dengan permohonan pertanggungan asuransi yang diajukan oleh Pemegang Polis pada awal Periode Polis pertama.
   - Premi Endorsemen

     Premi yang ditetapkan oleh Penanggung, yang terjadi pada saat Penanggung setuju untuk menerbitkan Endorsemen sesuai dengan permohonan perubahan pertanggungan asuransi yang diajukan oleh Pemegang Polis di dalam Periode Polis.
   - Premi Penyesuaian

     Premi yang ditetapkan oleh Penanggung, sesuai dengan perubahan Manfaat Asuransi atau Plan Asuransi Tertanggung, penambahan dan/atau pengurangan Tertanggung yang diajukan oleh Pemegang Polis.
   - Premi Pembaruan Polis

     Premi yang ditetapkan oleh Penanggung, yang terjadi pada saat Penanggung setuju untuk memperbarui Polis sesuai dengan permohonan pembaruan pertanggungan asuransi yang diajukan oleh Pemegang Polis.
   - Premi Tambahan/Penambahan Premi

     Premi yang dibayarkan di luar premi pertanggungan standar jika kondisi kesehatan Tertanggung tidak memenuhi standar seleksi risiko asuransi (*underwriting*) yang ditentukan Penanggung.
3. Metode Pembayaran Premi

   Metode Pembayaran Premi dengan cara non-tunai.
4. Periode Polis dan Masa Pembayaran Premi

   12 (dua belas) bulan dan dapat diperbarui.
5. Masa Leluasa *(Grace Period)*

   Penanggung memberikan Masa Leluasa 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal jatuh Tempo Premi kepada Pemegang Polis untuk melakukan pembayaran Premi kecuali untuk pembayaran Premi Awal.
6. Premi sudah termasuk biaya asuransi, biaya distribusi, biaya administrasi, biaya pemeliharaan polis, biaya layanan evakuasi darurat medis (jika diadakan) dan komisi Bank.

MASA MEMPELAJARI POLIS (*FREE LOOK PERIOD*)

1. Pemegang Polis diberikan hak untuk mempelajari Polis dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari terhitung sejak Polis diterima oleh Pemegang Polis.
2. Selama Masa Mempelajari Polis, apabila Pemegang Polis tidak setuju dengan ketentuan Polis, maka Pemegang Polis dapat segera memberitahukan hal tersebut kepada Penanggung dengan mengembalikan dokumen Polis atau dalam hal Polis dibuat dalam bentuk Polis elektronik, maka Pemegang Polis wajib menyerahkan Ringkasan Polis asli.
3. Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah Pemegang Polis bayarkan setelah dikurangi biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan penerbitan Polis (jika ada).

Lebih lengkapnya dapat dilihat di dalam ketentuan Polis

CARA MENGAKHIRI POLIS

Pemegang Polis dapat mengakhiri Polis setiap saat dengan menyampaikan pemberitahuan secara tertulis kepada Penanggung paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum tanggal efektif pengakhiran.

HAL YANG MENYEBABKAN POLIS DAPAT DIBATALKAN ATAU DIAKHIRI

Berdasarkan kesepakatan dan persetujuan Pemegang Polis yang tercantum dalam Surat Pengajuan Asuransi Kumpulan, formulir perubahan Polis, serta setiap formulir dan/atau dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Penanggung sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya) ("Dokumen Permohonan"), Pemegang Polis sepakat dan menyetujui jika Penanggung melakukan hal-hal berikut ini:

a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
b. Membatalkan Polis dengan mengembalikan Premi yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan manfaat yang telah dibayar, biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada).
c. Mengakhiri Polis apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap informasi dan apabila terdapat penyembunyian fakta yang tercantum di dalam Dokumen Permohonan, maka Penanggung hanya berkewajiban untuk mengembalikan Premi yang telah dibayar secara pro-rata setelah dikurangi dengan biaya administrasi sebesar 25% (dua puluh lima persen) dari total Premi untuk Periode Polis yang belum berjalan dikurangi dengan kewajiban Pemegang Polis yang tertunggak.
d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*) dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis, termasuk penambahan risiko yang dikecualikan dari Polis, penyesuaian Manfaat Asuransi, dan/atau penyesuaian jumlah Premi yang harus dibayar; dan/atau
e. Menagih kekurangan Premi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), apabila jumlah Premi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Penanggung juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Pemegang Polis wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi tersebut, masing-masing sesuai dengan ketentuan dan kebijakan Penanggung.

Apabila Penanggung menemukan semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang diberikan ("Informasi Konsumen") yang terdapat dalam Dokumen Permohonan tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya dan/atau tidak menyerahkan dokumen secara lengkap, melalui Dokumen Permohonan yang diminta oleh Penanggung (jika ada), baik dalam bentuk elektronik atau dalam bentuk lainnya yang disyaratkan Penanggung atau data-data lainnya yang telah disampaikan sebelumnya oleh Pemegang Polis.

HAL YANG DAPAT MENYEBABKAN POLIS DAN/ATAU KEPESERTAAN TIDAK BERLAKU

Pertanggungan atas Polis menjadi tidak akan berlaku pada saat:

i. Premi belum dibayarkan setelah Masa Leluasa berakhir;
ii. Berakhirnya Periode Polis kecuali telah dilakukan pembaruan Polis;
iii. Polis diakhiri atau dibatalkan;
iv. Polis diakhiri oleh Pemegang Polis sebelum berakhirnya Periode Polis; atau
v. Polis diakhiri oleh Penanggung;

hal mana yang terlebih dahulu terjadi.

Masa Kepesertaan bagi Tertanggung akan berakhir secara otomatis pada saat terjadinya salah satu syarat sebagai berikut, mana yang lebih dahulu terjadi:

i. Polis berakhir;
ii. tanggal Tertanggung Utama tidak lagi menjadi Karyawan atau Anggota atau Siswa dari Pemegang Polis;
iii. tanggal Tertanggung masuk dinas Angkatan Bersenjata atau Kepolisian;
iv. tanggal Pemegang Polis membatalkan kepesertaan Tertanggung dengan pemberitahuan tertulis kepada Penanggung;
v. tanggal Tertanggung meninggal dunia; atau
vi. Premi atas Tertanggung belum dibayarkan hingga Masa Leluasa berakhir.

Sebagai akibat Polis diakhiri sebelum berakhirnya Periode Polis, maka Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayarkan secara pro-rata setelah dikurangi dengan biaya administrasi sebesar 25% (dua puluh lima persen) dari total Premi untuk Periode Polis yang belum berjalan dikurangi dengan kewajiban Pemegang Polis yang tertunggak.

Informasi lengkap mengenai hal-hal yang dapat menyebabkan Pertanggungan berakhir mengacu pada ketentuan Polis.

CARA PENGAJUAN KLAIM

1. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat harus mengirimkan Bukti Klaim secara lengkap kepada Penanggung dalam waktu tidak melebihi dari 90 (sembilan puluh) hari setelah terjadinya kejadian yang menimbulkan suatu klaim sesuai dengan ketentuan Polis.
2. Dalam hal dokumen yang diajukan tidak lengkap, maka Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat wajib untuk mengirimkan kelengkapan dokumen tersebut dalam waktu tidak melebihi dari 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal surat pemberitahuan ketidaklengkapan dokumen klaim yang dikirimkan oleh Penanggung.
3. Apabila Bukti Klaim yang diajukan tidak diterima secara lengkap oleh Penanggung, maka klaim tersebut dianggap belum diajukan dan belum diterima oleh Penanggung.
4. Klaim Manfaat Asuransi hanya dapat diajukan oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat dalam jangka waktu pengajuan klaim sebagaimana diatur dalam poin pertama.
5. Kelalaian menyampaikan pemberitahuan dan/atau penyampaian dokumen klaim sebagaimana di atur dalam poin pertama dan kedua, akan memberikan hak kepada Penanggung untuk menyatakan klaim kadaluarsa dan menolak klaim tersebut.

DOKUMEN KLAIM

No.	Dokumen Klaim	Manfaat Asuransi				
		Rawat Inap	Persalinan	Rawat Jalan	Perawatan Gigi	Kacamata
1	Formulir Klaim yang telah diisi lengkap dan benar	✓	✓	✓	✓	✓
2	Kuitansi asli dari RS	✓	✓	×	×	×
3	Rincian biaya medis lengkap dari RS	✓	✓	×	×	×
4	Hasil pemeriksaan diagnostik	✓	✓	×	×	×

No.	Dokumen Klaim	Manfaat Asuransi				
		Rawat Inap	Persalinan	Rawat Jalan	Perawatan Gigi	Kacamata
5	Rincian obat-obatan Rawat Inap atas resep dokter dari dokter yang merawat	✓	✓	×	×	×
6	Resume medis dari RS	✓	✓	×	×	×
7	Kuitansi Asli dari dokter/dokter spesialis/dokter gigi/fisioterapi & rincian biaya medis atas tindakan dokter/dokter spesialis/ dokter gigi/ pembelian kacamata dari optik	×	×	✓	✓	✓
8	Kuitansi asli apotek/optik & resep obat dari dokter/resep refraksi mata	×	×	✓	✓	✓
9	Kuitansi asli pemeriksaan diagnostik, surat rujukan dari dokter yang merawat, hasil diagnostik dan rincian biaya diagnostik	×	×	✓	✓	×
10	Surat rujukan fisioterapi dari dokter yang merawat	×	×	✓	×	×

No	Dokumen Klaim	Santunan Dana Tunai Harian jika Klaim Tertanggung ditanggung oleh BPJS Kesehatan	Santunan Penyakit Kritis jika Klaim Tertanggung ditanggung oleh BPJS Kesehatan
1	Formulir Klaim yang telah diisi lengkap dan benar	✓	✓
2	Fotokopi surat eligibilitas Tertanggung BPJS Kesehatan	✓	✓
3	Fotokopi surat resume medis dari dokter & RS	✓	✓
4	Fotokopi perincian biaya medis lengkap dari RS	✓	×
5	Fotokopi Surat Keterangan yang ditandatangani oleh Dokter Spesialis yang memeriksa dan menyatakan Tertanggung dalam keadaan menderita Penyakit Kritis	×	✓
6	Berita Acara asli atau legalisir dari Kepolisian apabila Penyakit Kritis karena Kecelakaan lalu lintas atau karena sebab-sebab yang tidak wajar (jika dibutuhkan)	×	✓

No	Dokumen Klaim	Meninggal Dunia & Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan
1	Formulir Klaim yang telah diisi lengkap dan benar	✓
2	Fotokopi identitas Tertanggung yang masih berlaku	✓
3	Fotokopi identitas Penerima Manfaat yang masih berlaku	✓
4	Surat keterangan kematian asli/legalisir yang ditandatangani oleh dokter	✓
5	Surat/akta kematian asli/legalisir yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang	✓
6	Berita Acara dari kepolisian asli/legalisir apabila meninggal dunia karena kecelakaan lalulintas atau sebab yang tidak wajar	✓
7	Surat keterangan ahli waris asli/legalisir disertai dengan dokumen yang membuktikan hubungan ahli waris (antara lain: Kartu Keluarga/Surat Nikah/Akta Lahir)	✓

Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat harus mengirimkan Bukti Klaim secara lengkap kepada Penanggung dalam waktu tidak melebihi dari 90 (sembilan puluh) hari setelah terjadinya kejadian yang menimbulkan suatu klaim sesuai dengan ketentuan Polis.

Manfaat Asuransi akan dibayarkan paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak pengajuan klaim disetujui oleh Penanggung.

LAYANAN PENGADUAN DAN PENYELESAIAN SENGKETA

Untuk menyampaikan pengaduan secara tertulis, diperlukan kelengkapan dokumen berupa:

1. Pengaduan dalam bentuk surat elektronik yang menjelaskan nomor Polis, tanggal pemanfaatan produk dan/atau layanan, serta permasalahan yang diadukan.
2. Apabila yang menyampaikan pengaduan bukan wakil Pemegang Polis, maka Peserta wajib mengirimkan tembusan pengaduan tersebut kepada wakil Pemegang Polis.
3. Salinan kartu identitas diri yang masih berlaku dari Pemegang Polis/wakil Badan Usaha yang masih berlaku.
4. Nomor telepon Pemegang Polis/wakil Badan Usaha yang masih berlaku.
5. Dokumen pendukung atas pengaduan, yang dipandang perlu oleh Penanggung.

Pengaduan akan ditindaklanjuti dan diselesaikan selambat-lambatnya 5 (lima) hari kerja untuk pengajuan secara lisan atau 10 (sepuluh) hari kerja untuk pengajuan secara tertulis sejak dokumen pengaduan diterima secara lengkap dan dapat diperpanjang dengan kondisi tertentu dengan pemberitahuan kepada Pemegang Polis sebelumnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Proses penyelesaian pengaduan diharapkan dapat diselesaikan antara Nasabah (atau Perwakilannya) dengan Prudential Indonesia terlebih dahulu. Jika kesepakatan tidak tercapai atau timbul sengketa, maka Nasabah dan Prudential Indonesia dapat menyelesaikannya melalui Lembaga Peradilan, maupun di luar Peradilan, yaitu melalui mediasi atau arbitrase pada Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK) sebagai lembaga resmi penyelesaian alternatif sengketa atau jalur penyelesaian sengketa lainnya sesuai ketentuan yang disepakati dalam Polis.

CATATAN PENTING

- Produk ini telah dilaporkan dan/atau memperoleh surat penegasan dan/atau persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Produk ini dipasarkan oleh Tenaga Pemasar yang memiliki lisensi resmi dan terdaftar di Otoritas Jasa Keuangan (OJK).
- Informasi ini hanya untuk kepentingan promosi produk yang dikeluarkan oleh Prudential Indonesia dan ditujukan secara khusus kepada target pasar yang berada dalam wilayah Indonesia.
- Informasi yang tercantum pada Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Versi Umum ini adalah akurat sampai dengan adanya perubahan yang dilakukan oleh Penanggung. Pemegang Polis diharapkan untuk membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Versi Umum ini dan berhak bertanya kepada Tenaga Pemasar atau pusat informasi dan pelayanan polis Penanggung atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Versi Umum ini.
- Definisi, Pengecualian, informasi lain mengenai biaya, manfaat, dan risiko serta keterangan lebih lengkap dapat dipelajari pada Polis yang akan diterbitkan oleh Penanggung untuk Pemegang Polis jika pengajuan disetujui.
- **PRU**Corporate Medical adalah produk asuransi dari Prudential Indonesia. Produk ini bukan merupakan produk bank dan tidak termasuk dalam lingkup program penjaminan simpanan oleh Lembaga Penjamin Simpanan sebagaimana dimaksud dan diatur di dalam Undang-Undang mengenai Lembaga Penjamin Simpanan. PT Bank UOB Indonesia hanya bertindak sebagai pihak yang mereferensikan produk ini. PT Bank UOB Indonesia tidak menanggung atau tidak turut menanggung risiko yang timbul dari asuransi.
- PT Bank UOB Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan Bank Indonesia (BI).
- Penjelasan rincian manfaat, syarat ketentuan asuransi, pembebanan biaya yang mengikat mengacu pada ketentuan Polis **PRU**Corporate Medical yang akan diterbitkan oleh Prudential Indonesia. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Versi Umum ini adalah hanya sebagai referensi untuk memberikan penjelasan mengenai produk **PRU**Corporate Medical dan bukan sebagai Polis asuransi yang mengikat. Pemegang Polis wajib membaca dan memahami seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana tercantum dalam Polis **PRU**Corporate Medical. Informasi lain mengenai produk ini termasuk persyaratan dan tata cara juga dapat diakses pada *website* Penanggung di www.prudential.co.id.
- Prudential Indonesia bertanggung jawab sepenuhnya atas produk **PRU**Corporate Medical dan isi Polis asuransi yang diterbitkan untuk produk **PRU**Corporate Medical sehingga PT Bank UOB Indonesia tidak bertanggung jawab dalam bentuk apapun terhadap produk **PRU**Corporate Medical dan isi Polis yang diterbitkan sehubungan dengan produk **PRU**Corporate Medical ini.
- Dalam hal terdapat perbedaan informasi antara RIPLAY versi umum dan ketentuan Polis, maka akan mengacu pada ketentuan Polis.

- Penanggung wajib untuk menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum efektif berlakunya perubahan.
- Penanggung dapat menolak pengajuan asuransi jika tidak memenuhi syarat dan ketentuan yang berlaku.
- Dalam jangka waktu 2 (dua) tahun sejak Tanggal Mulai Pertanggungan atau sejak tanggal Pemulihan Polis terakhir, mana yang paling akhir ("*Contestable Period*"), Penanggung berhak untuk meninjau ulang kebenaran atau keabsahan dari Polis berdasarkan semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang diberikan ("Informasi Konsumen") yang diberikan baik dalam Surat Pengajuan Asuransi Kumpulan, formulir perubahan Polis, serta setiap formulir dan/atau dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Penanggung sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya) ("Dokumen Permohonan").
- Kebenaran dan kelengkapan pengisian Surat Pengajuan Asuransi Kumpulan termasuk formulir terkait akan menjadi dasar Pertanggungan Polis. Ketidakbenaran maupun ketidaklengkapan pengisian Surat Pengajuan Asuransi Kumpulan dapat mengakibatkan Penanggung membatalkan/mengakhiri Pertanggungan.
- Pemegang Polis akan menerima penawaran produk lain dari Penanggung atau pihak ketiga yang bekerja sama dengan Penanggung sesuai persetujuan Pemegang Polis.

PRUDENTIAL

PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

928/DR/EFLYER/11/26