

Ringkasan Informasi Produk & Layanan (Umum)

Nama Penerbit : PT AVRIST ASSURANCE
Jeni Produk : ASURANSI KESEHATAN INDIVIDU
Nama Produk : AVRIST HEALTH STARTER

AVRIST HEALTH STARTER merupakan produk asuransi perorangan berjangka 1 (satu) tahun dan dapat diperbaharui, yang memberikan perlindungan ketika Tertanggung membutuhkan perawatan atau tindakan medis lanjutan di rumah sakit. Manfaat produk ini meliputi manfaat kamar rawat inap harian, manfaat pembedahan, manfaat biaya medis, manfaat rawat jalan, manfaat rawat jalan umum, manfaat rawat jalan tambahan, dan manfaat bonus tanpa klaim (*No Claim Bonus*), dan produk ini dilengkapi dengan fasilitas *cashless* dimana Tertanggung cukup menggunakan kartu peserta asuransi saat transaksi di rumah sakit.

Fitur Utama Asuransi Jiwa

Usia Masuk Tertanggung	5 tahun s/d 50 tahun Berdasarkan ulang tahun terakhir
Usia Pemilik Polis	Min. 18 tahun Berdasarkan ulang tahun terakhir
Masa Pertanggungan	1 tahun dan dapat diperbarui s/d usia tertanggung 55 tahun
Cara Pembayaran Premi	Bulanan & Tahunan
Masa Pembayaran Premi	1 tahun dan dapat diperbarui s/d usia tertanggung 54 tahun
Jumlah Premi per Tahun	Berdasarkan <i>Plan</i> , Usia, dan Jenis Kelamin
Mata Uang	Rupiah

Manfaat Produk

A. Manfaat Kamar Rawat Inap Harian

1. **Manfaat Kamar & Makan Harian**

Apabila Tertanggung masuk ke Rumah Sakit sebagai pasien rawat inap berdasarkan rekomendasi dan perawatan profesional dari Dokter atau tenaga medis untuk menjalani perawatan medis yang diperlukan terhadap Cedera atau Penyakit, Perusahaan akan membayar biaya rawat inap sesuai dengan *plan* yang dipilih maksimal 365 hari per tahun polis.

2. **Manfaat Unit Perawatan Intensif (ICU)**

Apabila Tertanggung dirawat inap di ruang Unit Perawatan Intensif (ICU), Perusahaan akan membayarkan biaya perawatan harian dalam Unit Perawatan Intensif (ICU) sesuai dengan *plan* yang dipilih maksimal 45 hari per tahun polis.

3. **Manfaat Santunan Penggantian BPJS (Apabila Ditanggung Penuh Oleh BPJS)**

Perusahaan akan membayarkan santunan harian apabila seluruh biaya rawat inap telah dibayar dengan menggunakan BPJS.

B. Manfaat Pembedahan

1. **Manfaat Pembedahan**

Apabila Tertanggung menjalani pembedahan / operasi akibat cedera atau penyakit berdasarkan rekomendasi dan perawatan profesional dari Dokter, Perusahaan akan membayar biaya pembedahan (per ketidakmampuan) sesuai dengan biaya yang ditagihkan dengan batas maksimal limit tahunan.

2. Manfaat Komplikasi Kehamilan

Apabila Tertanggung mengalami kondisi komplikasi pada kehamilan sesuai dengan kriteria yang disebutkan dalam kontrak polis, maka Perusahaan akan membayarkan biaya pembedahan / operasi sesuai dengan biaya yang ditagihkan dengan batas maksimal limit tahunan.

C. Manfaat Biaya Medis

1. Manfaat Kunjungan Dokter Umum

Manfaat kunjungan dokter umum selama Tertanggung dirawat inap di rumah sakit. Perusahaan akan membayarkan manfaat ini satu konsultasi per hari sesuai dengan biaya yang ditagihkan tanpa melebihi batas limit tahunan.

2. Manfaat Kunjungan Dokter Spesialis

Manfaat kunjungan dokter spesialis selama Tertanggung dirawat inap di rumah sakit. Perusahaan akan membayarkan manfaat ini satu konsultasi per hari sesuai dengan biaya yang ditagihkan tanpa melebihi batas limit tahunan.

3. Manfaat Biaya Rumah Sakit Lainnya

Perusahaan akan membayarkan biaya rumah sakit lainnya termasuk biaya obat-obatan selama Tertanggung dirawat inap di rumah sakit sesuai dengan biaya yang ditagihkan tanpa melebihi batas limit tahunan. Termasuk di dalamnya pemeriksaan penunjang diagnosa, obat, peralatan medis, biaya administrasi Rumah Sakit, fisioterapi, perawatan di Unit Gawat Darurat, biaya jasa keperawatan dan biaya Pembedahan yang hanya bersifat pemeriksaan (diagnostic) dan tidak disertai dengan tindakan pengobatan (therapeutic).

4. Manfaat Layanan Ambulans

Layanan ambulans ke atau dari Rumah Sakit atau Tempat Perawatan per satu jenis kejadian akan dibayarkan oleh Perusahaan sesuai dengan jumlah yang ditagihkan tanpa melebihi batas limit tahunan.

D. Manfaat Rawat Jalan

1. Manfaat Konsultasi Sebelum Rawat Inap

Konsultasi yang terjadi sebelum rawat inap per ketidakmampuan maksimal 30 hari sebelum rawat inap. Perusahaan akan membayarkan biaya sesuai tagihan tanpa melebihi batas limit tahunan. Termasuk di dalamnya manfaat konsultasi dokter, obat, fisioterapi, layanan diagnosa dan test laboratorium sebelum rawat inap.

2. Manfaat Konsultasi Setelah Rawat Inap

Konsultasi yang terjadi setelah rawat inap per ketidakmampuan maksimal 60 hari setelah rawat inap. Perusahaan akan membayarkan biaya sesuai tagihan tanpa melebihi batas limit tahunan. Termasuk di dalamnya manfaat konsultasi dokter, obat, fisioterapi, layanan diagnosa dan test laboratorium setelah rawat inap.

3. Manfaat Rawat Jalan Darurat Akibat Kecelakaan

Jika Tertanggung menderita cedera dan dirawat sebagai pasien rawat jalan di Unit Rawat Jalan suatu Rumah Sakit dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sesudah terjadinya Kecelakaan, Perusahaan akan membayarkan Manfaat Rawat Jalan Darurat Karena Kecelakaan sesuai dengan *plan* yang dipilih.

E. Manfaat Rawat Jalan Umum

Jika Tertanggung membutuhkan perawatan medis untuk melakukan rawat jalan (termasuk rawat gigi) atas penyakit atau cedera yang ditanggung pada rumah sakit atau klinik yang terdaftar dan memiliki izin sesuai peraturan yang berlaku, Perusahaan akan membayarkan Manfaat Rawat Jalan Umum sebesar biaya layak dan lazim yang dibebankan oleh rumah sakit atau klinik tersebut di atas, dengan ketentuan tidak lebih besar dari tabel manfaat rawat jalan umum yang ditentukan dalam tabel manfaat (per tahun polis dan per kunjungan).

Manfaat ini meliputi biaya konsultasi Dokter/Dokter Spesialis (termasuk Dokter gigi), obat, laboratorium, pemeriksaan penunjang diagnosa, peralatan medis, dan biaya administrasi.

F. Manfaat Rawat Jalan Tambahan

1. Manfaat Rawat Jalan Perawatan Penyakit Kanker (Kemoterapi)

Rawat jalan khusus untuk penyakit kanker berupa kemoterapi. Manfaat akan dibayarkan per kejadian sesuai dengan *plan* yang dipilih.

2. Manfaat Rawat Jalan Cuci Darah (Hemodialisis)

Rawat jalan khusus untuk cuci darah (hemodialisis). Manfaat akan dibayarkan per kejadian sesuai dengan *plan* yang dipilih.

G. Manfaat Bonus tanpa Klaim (No Claim Bonus)

Jika bertanggung tidak mengajukan klaim dalam jangka waktu 3 tahun berturut-turut, maka akan dikembalikan 50% dari total premi yang sudah dibayarkan.

Ringkasan Nilai Manfaat Polis

Tabel Manfaat	Manfaat Maksimal Perketidakkampuan	Rupiah		
		PLAN 200	PLAN 350	PLAN 500
Manfaat Rawat Inap				
Manfaat Kamar & Makan harian	Maks. 365 hari/tahun polis	200,000	350,000	500,000
Manfaat Unit Perawatan Intensif	Maks. 45 hari/tahun polis	400,000	700,000	1,000,000
Manfaat Penggantian Harian (Apabila ditanggung penuh oleh BPJS)	Maks. 30 hari/tahun polis	200,000	350,000	500,000
Manfaat Pembedahan				
Manfaat Pembedahan	Per satu kali kegiatan pembedahan, termasuk transplantasi organ utama, anestesi (obat bius), dan biaya lainnya.	Sesuai Tagihan		
Komplikasi kehamilan	Per tahun polis (dengan 12 bulan masa tunggu)	Sesuai Tagihan		
Manfaat Biaya Medis				
Kunjungan Dokter Spesialis	Maks. 1 kunjungan/hari dan maks. 365 hari/tahun polis	Sesuai Tagihan		
Kunjungan Dokter Umum	Maks. 1 kunjungan/hari dan maks. 365 hari/tahun polis	Sesuai Tagihan		
Pengeluaran Rumah Sakit Lainnya	termasuk biaya obat-obatan dan biaya rumah sakit lainnya	Sesuai Tagihan		
Layanan Ambulans	Per perjalanan	Sesuai Tagihan		
Manfaat Rawat Jalan				
Konsultasi Sebelum Rawat Inap	maks. 30 hari sebelum rawat inap	Sesuai Tagihan		
Konsultasi Setelah Rawat Inap	maks. 60 hari setelah rawat inap	Sesuai Tagihan		
Rawat Jalan Darurat akibat Kecelakaan	Per kejadian	350,000	1,000,000	2,500,000
Manfaat Rawat Jalan Umum				
Konsultasi Dokter Umum/Spesialis	Per tahun polis	Max. 1,500,000 (150,000 per kunjungan)	Max. 2,600,000 (200,000 per kunjungan)	Max. 3,750,000 (250,000 per kunjungan)
Biaya Obat & Peralatan Medis				
Biaya Diagnosa & Laboratorium				
Biaya Administrasi				
Perawatan Ggi				
Manfaat Rawat Jalan Tambahan				
Perawatan Penyakit Kanker - Kemoterapi	Per tahun polis	4,000,000	7,000,000	10,000,000
Cuci Darah / Hemodialisa	Per tahun polis	4,000,000	7,000,000	10,000,000
Biaya Tahunan Maksimum Keseluruhan	Per tahun polis	30,000,000	50,000,000	75,000,000
No Claim Bonus	Setelah 3 tahun tanpa klaim dan polis masih aktif	50% dari total premi yang dibayarkan		

Kelalaian nasabah dalam menyediakan data yang sebenarnya akan menyebabkan hal sebagai berikut:

- a. Pengembalian premi/pembatalan pertanggungan;
- b. Penyesuaian nilai premi dan/atau Uang Pertanggungan;
- c. Penolakan Klaim.

Biaya

Premi yang dibayarkan sudah memperhitungkan komponen biaya-biaya dan/atau komisi yang diberikan oleh Avrist kepada Pihak Pemasar.

Pengecualian

Perusahaan tidak akan membayarkan Manfaat Polis dalam hal Penyakit Yang Dilindungi atau Cedera Yang Dilindungi disebabkan oleh kejadian-kejadian di bawah ini:

1. Keadaan Yang Telah Diderita Sebelumnya;
2. Perawatan, pelayanan atau pengobatan yang tidak sesuai dengan diagnosa, atau tidak Dibutuhkan Secara Medis, atau tidak wajar secara medis; atau tidak sesuai dengan standar praktik kedokteran, teknik Pembedahan dan nasihat kedokteran dari otoritas kedokteran yang berwenang;
3. Kelainan Bawaan/Kondisi Kongenital (termasuk segala komplikasi yang diakibatkannya);
4. perawatan sehubungan dengan kehamilan, melahirkan, keguguran, aborsi, sterilisasi, kontrasepsi atau komplikasi yang timbul akibat kehamilan, kecuali secara tegas ditentukan lain dalam Polis ini;
5. perawatan yang berhubungan dengan ketidaksuburan, sub-fertilitas, bantuan konsepsi, disfungsi ereksi, impotensi atau operasi kontrasepsi atau ganti kelamin, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya;
6. secara langsung atau tidak langsung karena mencederai/merusak diri sendiri, penyalahgunaan obat-obatan, alkohol atau narkotika, atau karena melakukan tindakan kriminal atau percobaan bunuh diri, atau dengan sengaja membahayakan diri sendiri, baik dilakukan secara sadar maupun tidak sadar;
7. Perawatan yang disebabkan karena Tertanggung mengikuti olah raga atau aktivitas berbahaya secara professional dan mendapatkan penghasilan dari olah raga atau aktivitas berbahaya tersebut;
8. Perawatan medis yang disebabkan karena penyakit yang ditularkan secara/melalui seksual, termasuk AIDS, infeksi HIV dan komplikasinya;
9. Perawatan untuk mengobati kelainan/gangguan mental dan psikis;
10. Perawatan medis untuk mengobati obesitas, mengurangi berat badan, atau menaikkan berat badan atau komplikasinya;
11. Secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh perang (diumumkan atau tidak diumumkan), kerusuhan, keributan sipil, revolusi, serangan, reaksi nuklir, terorisme atau setiap aktivitas menyerupai perang;
12. Setiap Pembedahan yang bersifat pilihan seperti gigi, kosmetik atau bedah plastik (kecuali Pembedahan yang dilakukan untuk mengobati Cedera yang dilakukan 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari sejak tanggal Kecelakaan terjadi) dan koreksi atas refraksi mata;
13. Pemeriksaan atau perawatan rutin terkait mata dan telinga, termasuk biaya atas kacamata, lensa kontak serta alat bantu dengar;
14. Perawatan di Rumah Sakit yang secara utama ditujukan untuk diagnosa, tujuan pencegahan, pemeriksaan X-Ray, pemeriksaan umum/rutin, imunisasi, vaksinasi, pemeriksaan fisik rutin atau pemeriksaan kesehatan; atau
15. Perawatan yang dilakukan oleh Tertanggung sehubungan dengan penyakit-penyakit di bawah ini termasuk komplikasinya dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Dikeluarkannya Polis atau tanggal terakhir pemulihan Polis, yang mana yang kemudian:
 - a. tuberkulosis;
 - b. asma;
 - c. tekanan darah tinggi;
 - d. epilepsi;
 - e. diabetes melitus;
 - f. radang kandung empedu;
 - g. batu empedu;
 - h. batu di saluran kemih;
 - i. wasir;
 - j. fistula;
 - k. usus buntu;
 - l. segala jenis hernia;
 - m. kelainan rahim;
 - n. penyakit sehubungan dengan reproduksi;
 - o. amandel yang membutuhkan pembedahan;
 - p. kelainan tiroid;
 - q. kelainan sekat rongga hidung yang membutuhkan pembedahan;
 - r. sinusitis;
 - s. katarak;
 - t. seluruh Tumor Ganas dan jinak; atau
 - u. kelainan pembuluh darah otak atau jantung.

Persyaratan dan Tata Cara

Persyaratan

1. Usia calon tertanggung: 5 - 50 tahun
berdasarkan ulang tahun terakhir
2. Membayar premi sesuai dengan ketentuan polis
3. Premi berdasarkan usia dan plan yang dipilih

Penyelesaian dan Pengaduan

Segala bentuk pelayanan atas produk ini, termasuk penyelesaian keluhan dan pengaduan nasabah, dapat diperoleh dengan menghubungi Call Center Avrist dinomor 021-57898188 (Senin-Jumat, pukul 08.00 – 17.00 WIB)

Tata Cara

Pengajuan Permohonan Baru

1. Mengisi data dengan lengkap dan menjawab pernyataan kesehatan dengan kondisi yang sebenarnya melalui www.cermati.com
2. Metode Underwriting produk ini adalah *Guaranteed Issue Offer (GIO)* dimana data peserta asuransi akan otomatis disetujui atau ditolak dengan mengisi form pada aplikasi online dan menjawab pernyataan kesehatan.
3. Membayar Premi sesuai dengan ketentuan produk
4. Berusia sesuai ketentuan produk
5. Memberikan data sesuai kondisi yang sebenarnya

PT AVRIST ASSURANCE

Kantor Pusat
Gedung Bank Panin Senayan, Lt. 7
Jl. Jend. Sudirman, Jakarta 10270
Telp: 021 5789 8188 | Fax : 021 2952 2454
Email: customer-service@avrist.com
Website: www.avrist.com

Simulasi

Nama Peserta	: Joshua
Usia	: 25 Tahun
Nama Produk	: Avrist Health Starter
Plan yang dipilih	: Plan 200
Metode Pembayaran Premi	: Tahunan
Premi yang dibayarkan	: Rp 1,947,200/tahun

Ilustrasi Manfaat Avrist Health Starter

Perawatan	Biaya/Hari	Jumlah hari	Total biaya perawatan	Total dibayarkan oleh Avrist	Keterangan
Joshua menjalani rawat inap selama 5 hari	500,000	5	2,500,000	1,000,000	Biaya kamar Plan 200
Biaya obat-obatan	200,000	5	1,000,000		
Biaya kunjungan dokter spesialis/hari	175,000	5	875,000		
Total Biaya Perawatan selain R&B			1,875,000	750,000	Sesuai Tagihan/Prorata
Total Biaya			4,375,000	1,750,000	
Limit Tahunan Setelah Pembayaran Manfaat				28,250,000	

Informasi Tambahan

1. Informasi Nasabah

- Masa mempelajari polis selama 14 hari kalender dari tanggal Pemilik Polis menerima Polis
- Masa tenggang (grace period) selama 31 hari sejak tanggal jatuh tempo.

2. Proses Klaim Manfaat *Cashless*

Apabila perawatan Nasabah dilakukan di Rumah Sakit yang merupakan rekanan Perusahaan sebagaimana diinformasikan melalui media seperti website atau media lainnya kepada Pemilik Polis.

Dalam hal terjadi Kelebihan Nilai Klaim, Pemilik Polis dan/atau Tertanggung bertanggung jawab untuk membayar penuh seluruh Kelebihan Nilai Klaim sebelum meninggalkan Rumah Sakit. Apabila Kelebihan Nilai Klaim belum terselesaikan pada saat Tertanggung keluar dari Rumah Sakit, maka Pemilik Polis dan/atau Tertanggung wajib melunasi pembayaran Kelebihan Nilai Klaim kepada Perusahaan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kalender setelah tanggal jatuh tempo tagihan Kelebihan Nilai Klaim yang disebutkan dalam tagihan yang dikirimkan oleh Perusahaan kepada Pemilik Polis.

Dalam hal Pemilik Polis dan/atau Tertanggung tidak melunasi tagihan Kelebihan Nilai Klaim yang disebutkan di atas, maka Perusahaan berhak menarik nilai Kelebihan Nilai Klaim tersebut dari Manfaat Polis yang seharusnya dibayarkan Perusahaan pada klaim berikutnya. Namun, jika tidak ada klaim berikutnya yang diajukan oleh Tertanggung, maka Pemilik Polis dan/atau Tertanggung wajib membayar Kelebihan Nilai Klaim pada akhir Tahun Polis yang bersangkutan.

3. Proses Klaim Manfaat *Reimbursement*

Dalam hal klaim Manfaat Polis dilakukan dengan cara reimbursement, Pemilik Polis harus mengajukan klaim dalam jangka waktu 90 (sembilan puluh) hari setelah selesainya perawatan kecuali apabila Polis tidak diperpanjang batasan jangka waktu menjadi 30 (tiga puluh) hari,

dengan disertai dokumen-dokumen klaim di bawah ini:

1. Kuitansi asli dan perincian atas semua biaya perawatan yang terjadi;
2. Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Tertanggung dan Dokter yang merawat dengan cap dari Rumah Sakit atau klinik (khusus untuk rawat jalan), sebagaimana berlaku;
3. Salinan perincian pemeriksaan laboratorium, tes diagnostik, rontgen, obat-obatan, peralatan medis, laporan Pembedahan dan lain-lain yang berkaitan dengan perawatan sesuai rekomendasi Dokter;
4. Surat rujukan dari Dokter untuk Rawat Inap, laboratorium dan pemeriksaan diagnostik dan/atau fisioterapi;
5. Bukti identitas Tertanggung dan atau Pemilik Polis yang masih berlaku.

Jika diperlukan penyidikan lanjutan, Perusahaan berhak meminta dokumen-dokumen pendukung tambahan yang diperlukan untuk membuktikan klaim. Apabila klaim disetujui oleh Perusahaan maka akan dilakukan pembayaran atas manfaat berdasarkan Polis selambat-lambatnya 14 (empat belas) Hari Kerja terhitung sejak seluruh dokumen klaim yang dipersyaratkan diterima lengkap oleh Perusahaan.

4. Proses Klaim Manfaat *No Claim Bonus*

Untuk pembayaran Manfaat Bonus Tanpa Klaim, permohonan klaim harus dilengkapi dokumen-dokumen sebagai berikut:

- a. Formulir klaim yang diisi lengkap dan benar oleh orang yang mengajukan klaim; dan
- b. Bukti identitas yang terbaru dan masih berlaku dari Pemilik Polis.

Untuk tujuan verifikasi terhadap informasi yang tertuang dalam dokumen-dokumen tersebut di atas, Perusahaan berhak meminta dokumen-dokumen pendukung tambahan yang diperlukan untuk memberikan persetujuan pengajuan klaim. Perusahaan akan membayarkan manfaat ini kepada Pemilik Polis dalam jangka waktu 9 (sembilan) Hari Kerja sejak seluruh syarat dan dokumen yang diperlukan untuk pengajuan klaim di atas telah dilengkapi/dipenuhi dan klaim telah disetujui oleh Perusahaan.

5. Perusahaan Asuransi 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 hari sebelum efektif berlakunya perubahan.
6. Informasi lain mengenai biaya, manfaat, dan risiko dapat diakses melalui website resmi perusahaan www.avrist.com.

Disclaimer (penting untuk dibaca):

1. Perusahaan dapat menolak permohonan produk Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku;
2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan berhak bertanya kepada pegawai Perusahaan Asuransi atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.



PT Avrist Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan