

Ketentuan Polis ASURANSI MIKRO TIPUS

POWERED BY
ADIRA
INSURANCE



BUKTI KEPESERTAAN ASURANSI MIKRO TIPUS

Bahwa Peserta Asuransi telah mengajukan suatu permohonan yang menjadi dasar dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Bukti Kepesertaan ini, Perusahaan Asuransi akan memberikan santunan atau penggantian biaya kepada Peserta Asuransi atau Pemegang Bukti Kepesertaan atau Ahli Waris sebagaimana disebutkan dalam bukti Kepesertaan, berdasarkan pada syarat dan kondisi yang dicetak, dicantumkan, dilekatkan dan atau dibuat endorsemen pada asuransi ini.

PASAL 1. JAMINAN ASURANSI

Asuransi ini akan memberikan santunan atau penggantian biaya kepada Peserta Asuransi, Pemegang Bukti Kepesertaan atau Ahli Warisnya yang sah sebesar yang tertera dalam Ikhtisar Pertanggungan, jika Peserta Asuransi terdiagnosis penyakit Tipus yang terjadi selama berlakunya asuransi ini.

Penyakit Tipus tersebut harus dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan widal minimal 1/240 atau ditemukannya *Salmonella typhi* di feses atau *Anti-Salmonella typhi IgM 6 -10* dan hasil diagnosa dokter yang menyatakan bahwa Peserta Asuransi menderita Tipus dan harus ada indikasi medis sehingga pasien harus menjalani rawat inap.

PASAL 2. DEFINISI

Menyimpang dari arti yang berbeda yang mungkin diberikan oleh peraturan hukum yang berlaku, untuk keperluan Bukti Kepesertaan ini, semua istilah dibawah ini diartikan sebagaimana diuraikan berikut ini :

1. **Perusahaan Asuransi** adalah PT Asuransi Adira Dinamika
2. **Ahli Waris** adalah ahli waris Peserta Asuransi menurut ketentuan hukum yang berlaku
3. **Wakil** adalah Seseorang yang ditunjuk oleh Peserta Asuransi Asuransi untuk melakukan klaim Asuransi atau menerima klaim
4. **Premi** berarti sejumlah uang yang harus dibayar oleh Peserta Asuransi sebagai imbalan atas jasa pertanggungan atau asuransi yang diberikan oleh Perusahaan Asuransi, dan belum termasuk biaya Bukti Kepesertaan, dan/ atau biaya administrasi lainnya.
5. **Tipus** atau demam tifoid merupakan infeksi berat pada saluran cerna yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* yang harus dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan widal minimal 1/240 atau ditemukannya *Salmonella typhi* di feses atau *Anti-Salmonella typhi IgM 6 -10*.

PASAL 3. KETENTUAN JAMINAN ASURANSI

1. Asuransi ini berlaku bagi Peserta Asuransi yang berusia 6 (enam) bulan sampai dengan usia 65 (enam puluh lima) tahun.
2. Jangka waktu pertanggungan sesuai dengan jangka waktu yang tertera dalam ikhtisar pertanggungan
3. Masa tunggu (*waiting period*) adalah 30 (tiga puluh) hari kalender sejak awal periode kepesertaan (*inception*). Selama masa tunggu, jaminan asuransi yang tercantum dalam Bukti Kepesertaan ini tidak berlaku.
4. Pertanggungan ini berlaku di seluruh wilayah Negara Republik Indonesia.

PASAL 4. MANFAAT ASURANSI

Dalam hal terjadi klaim rawat inap beserta biaya pengobatan yang dijamin dalam Bukti Kepesertaan ini, *maka Perusahaan Asuransi akan memberikan manfaat berupa santunan sekaligus sesuai yang tertera dalam Ikhtisar Pertanggungan.*

PASAL 5. KEWAJIBAN UNTUK MENGUNGKAPKAN FAKTA

1. *Peserta Asuransi wajib :*
 - a) Mengungkapkan fakta material yaitu informasi, keterangan, keadaan dan fakta yang mempengaruhi pertimbangan Perusahaan Asuransi dalam menerima atau menolak suatu permohonan penutupan asuransi dan dalam menetapkan suku premi apabila permohonan dimaksud diterima;
 - b) Membuat pernyataan yang benar tentang hal-hal yang berkaitan dengan penutupan asuransi; yang disampaikan baik pada waktu pembuatan perjanjian asuransi maupun selama jangka waktu asuransi.
2. Jika Peserta Asuransi tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana diatur dalam ayat (1) diatas, *Perusahaan Asuransi tidak wajib membayar kerugian yang terjadi dan berhak menghentikan pertanggungan serta tidak wajib mengembalikan premi.*

Ketentuan pada ayat (2) diatas *tidak berlaku dalam hal fakta material yang tidak diungkapkan atau yang dinyatakan dengan tidak benar tersebut telah diketahui oleh Perusahaan Asuransi, namun Perusahaan Asuransi tidak mempergunakan haknya untuk menghentikan jaminan asuransi maksimal dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah Perusahaan Asuransi mengetahui pelanggaran tersebut*

PASAL 6. KETENTUAN TENTANG PREMI

1. Merupakan syarat dari tanggung jawab Perusahaan Asuransi atas jaminan asuransi berdasarkan Bukti Kepesertaan ini, setiap Premi terhutang harus sudah dibayar lunas dan secara nyata telah diterima seluruhnya oleh Perusahaan Asuransi dalam tenggang waktu 30 (tiga puluh) hari kalender dihitung dari tanggal mulai berlakunya Kepesertaan;
2. Pembayaran Premi dapat dilakukan dengan cara tunai, cek, bilyet giro, transfer atau dengan cara lain yang disepakati antara Perusahaan Asuransi dan Peserta Asuransi.
Perusahaan Asuransi dianggap telah menerima pembayaran Premi, pada saat :
 - 2.1. diterimanya pembayaran tunai; atau
 - 2.2. premi bersangkutan sudah masuk ke rekening bank milik Perusahaan Asuransi; atau
 - 2.3. Perusahaan Asuransi telah menyepakati pelunasan Premi bersangkutan secara tertulis.
3. Apabila jumlah Premi sebagaimana dimaksud di atas tidak dibayar sesuai cara dan dalam jangka waktu yang ditetapkan Pasal ini, maka Pertanggung jawaban ini batal dengan sendirinya terhitung mulai tanggal berakhirnya tenggang waktu tersebut dan Perusahaan Asuransi dibebaskan dari semua tanggung jawab sejak tanggal dimaksud, tanpa mengurangi jaminan pertanggung jawaban yang telah menjadi tanggung jawab Perusahaan Asuransi sebelum tanggal itu, dan dengan tidak mengurangi kewajiban pihak Peserta Asuransi atas pembayaran premi untuk jangka waktu pertanggung jawaban tersebut 30 (tiga puluh) hari kalender atau lebih, sebesar 20% (dua puluh persen) dari Premi tahunan,

PASAL 7. TATA CARA PENGAJUAN KLAIM

Dalam hal terjadi suatu kerugian yang dijamin dalam asuransi ini, maka :

1. Peserta Asuransi atau wakilnya atau keluarganya yang sah wajib memberitahukan kepada Perusahaan Asuransi secara tertulis/dengan menghubungi *Call Center* Penanggung dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja terhitung sejak Peserta Asuransi keluar dari rumah sakit karena rawat inap penyakit Tipus.
2. Dokumen klaim yang harus dilengkapi :
 - Formulir klaim asuransi Tipus yang telah diisi dengan lengkap;
 - Fotokopi identitas diri (KTP/ SIM/ Paspor/ Kartu Keluarga);
 - Asli atau fotokopi Bukti Kepesertaan dan/atau tanda bukti asuransi yang sah
 - Asli atau fotokopi legalisir surat keterangan dari Dokter yang menyatakan bahwa Peserta Asuransi yang menderita Tipus dan harus menjalani rawat inap dan hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan widal minimal 1/640 atau ditemukannya *Salmonella typhi* di feses atau Anti-*Salmonella typhi* IgM 6 -10 beserta dengan legalisir bukti rawat inap di rumah sakit / klinik pengobatan disertai dengan InvoiceDalam hal Peserta Asuransi meninggal dunia, maka santunan diberikan kepada Ahli Waris yang sah menurut hukum.
3. Bila kewajiban-kewajiban yang tersebut diatas tidak dipenuhi oleh Peserta Asuransi atau wakilnya yang sah, maka Perusahaan Asuransi berhak untuk menolak pemberian santunan atau penggantian biaya kepada Peserta Asuransi.

PASAL 8. MATA UANG

Dalam hal Premi dan atau klaim berdasarkan Bukti KePeserta Asuransian ini ditetapkan dalam mata uang rupiah.

PASAL 9. PEMBAYARAN KLAIM

Perusahaan Asuransi wajib menyelesaikan pembayaran klaim dalam waktu 10 (sepuluh puluh) hari kalender sejak adanya kesepakatan tertulis antara Perusahaan Asuransi dan Peserta Asuransi mengenai jumlah klaim yang harus dibayar.

PASAL 10. HILANGNYA HAK SANTUNAN

1. *Hak Peserta Asuransi atas santunan berdasarkan bukti kePeserta Asuransian ini hilang dengan sendirinya apabila:*
 - a) tidak mengajukan tuntutan santunan dalam waktu 12 (dua belas) bulan sejak terjadinya kerugian dan atau kerusakan, walaupun pemberitahuan tentang adanya kejadian telah disampaikan;
 - b) tidak mengajukan keberatan atau menempuh upaya penyelesaian melalui arbitrase atau upaya hukum lainnya dalam waktu 6 (enam) bulan sejak Perusahaan Asuransi memberitahukan secara tertulis bahwa Peserta Asuransi tidak berhak untuk mendapatkan ganti rugi
 - c) tidak memenuhi kewajiban berdasarkan Bukti KePeserta Asuransian ini.

Hak Peserta Asuransi untuk menuntut santunan dalam jumlah yang lebih besar daripada yang telah disetujui Perusahaan Asuransi akan hilang *apabila dalam waktu 3 (tiga) bulan sejak Perusahaan Asuransi memberitahukan*

secara tertulis bahwa Peserta Asuransi tidak mengajukan keberatan secara tertulis atau tidak menempuh upaya penyelesaian melalui arbitrase atau upaya hukum lainnya.

PASAL 11. KETENTUAN BERAKHIRNYA KEPESERTAAN

Asuransi akan berakhir dalam hal-hal sebagai berikut :

1. Berakhirnya jangka waktu Kepesertaan.
2. Pembatalan Kepesertaan.

Perusahaan Asuransi dan Peserta Asuransi masing-masing berhak setiap waktu menghentikan Kepesertaan Asuransi ini dengan memberitahukan alasannya.

Pemberitahuan penghentian tersebut dilakukan secara tertulis dengan surat tercatat atau cara lain yang dapat dibuktikan dengan bukti pengiriman oleh pihak yang menghendaki penghentian Kepesertaan kepada pihak lainnya di alamat terakhir yang diketahui.

Peserta Asuransi dapat mengajukan pembatalan Kepesertaan dalam waktu 7 (tujuh) hari kalender sejak Kepesertaan mulai berlaku dan Premi dikembalikan kepada Peserta Asuransi. Untuk pembatalan ini Peserta Asuransi akan dikenakan biaya administrasi pembatalan sebesar Rp 25.000 (dua puluh lima ribu rupiah). Jika permohonan pembatalan dilakukan lewat dari 7 (tujuh) hari sejak tanggal mulai berlakunya Kepesertaan Asuransi, maka Premi yang telah dibayarkan tidak dapat dikembalikan.

3. Jika Peserta Asuransi meninggal dunia.
4. Jika Peserta Asuransi telah memperoleh manfaat asuransi ini.
5. Jika Peserta Asuransi dikenakan tahanan / hukuman penjara.
6. Peserta Asuransi dan Perusahaan Asuransi sepakat untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia sejauh suatu penetapan pengadilan diperlukan untuk mengakhiri Kepesertaan ini.

PASAL 12. PERSELISIHAN

1. Dalam hal timbul perselisihan antara Perusahaan Asuransi dan Peserta Asuransi sebagai akibat dari penafsiran atas tanggung jawab atau besarnya ganti rugi dari asuransi ini, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui forum perdamaian atau musyawarah oleh unit internal Perusahaan Asuransi yang menangani Pelayanan dan Penyelesaian Pengaduan bagi Konsumen. Perselisihan timbul sejak Peserta Asuransi menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan. Penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah dilakukan dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan.
2. Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah sebagaimana diatur pada ayat 1 (satu) tidak mencapai kesepakatan, maka ketidak sepakatan tersebut harus dinyatakan secara tertulis oleh Perusahaan Asuransi dan Peserta Asuransi. Selanjutnya Peserta Asuransi dapat memilih penyelesaian sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan dengan memilih salah satu klausul penyelesaian sengketa sebagaimana diatur dalam Bukti KePeserta Asuransian ini :

A. LEMBAGA ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Peserta Asuransi dan Perusahaan Asuransi akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI) sesuai dengan Peraturan dan Prosedur BMAI atau melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Asuransi lainnya yang terdaftar di Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

B. PENGADILAN

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Peserta Asuransi dan Perusahaan Asuransi akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Pengadilan Negeri di Wilayah Republik Indonesia.

PASAL 13. PENGESAMPINGAN

Dengan ini dinyatakan bahwa dalam hal Peserta Asuransi atau Perusahaan Asuransi menghentikan asuransi ini, maka kedua belah pihak setuju untuk mengesampingkan Pasal 1266 dan 1267 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia dan penghentian asuransi tersebut dilakukan tanpa memerlukan persetujuan Pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia.

PASAL 14. PENUTUP

Perjanjian ini telah disesuaikan dengan peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan untuk hal-hal yang belum atau tidak cukup diatur dalam Bukti KePeserta Asuransian ini, berlaku ketentuan Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan atau Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.