Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Ciputra Medical Insurance+

CIPUTRA LIFE
Build A Better Future

- Nama Penerbit : PT ASURANSI CIPUTRA INDONESIA
- Jenis Produk : Asuransi Kesehatan Kumpulan
- Nama Produk : Ciputra Medical Insurance+
- Deskripsi Produk : Asuransi kesehatan kumpulan yang memberikan Manfaat Asuransi Rawat Inap sebagai Manfaat Asuransi Dasar dan Manfaat Asuransi Tambahan (jika mengambil Manfaat Asuransi Tambahan) dengan periode Polis adalah 1 tahun dan dapat diperbaharui.
- Mata Uang : Rupiah

Fitur Utama Ciputra Medical Insurance+

- Usia Masuk Tertanggung : 0 – 65 tahun
- Uang Pertanggungan : Sesuai dengan Manfaat dan Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis
- Masa Pertanggungan : 1 tahun dan dapat diperpanjang
- Premi : Premi dihitung berdasarkan Uang Pertanggungan, tenor yang dipilih dan usia masuk Tertanggung.
- Masa Pembayaran Premi : Sekaligus
- Frekuensi Pembayaran Premi : Sekaligus

Manfaat

A. Main Benefit Ciputra Medical Insurance+

1) Biaya Akomodasi Rumah Sakit (Kamar & Makan)

Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis di kamar Perawatan biasa, maka Penanggung mengganti Biaya Medis sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit untuk kamar dan pelayanan dewasa atau anak termasuk makan, pelayanan Perawatan umum dan pemeliharaan kamar untuk setiap hari Rawat Inap dengan maksimal sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat.

2) Biaya Unit Perawatan Intensif

Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis di Unit Perawatan Intensif, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai jumlah tagihan Rumah Sakit untuk kamar termasuk makan, pelayanan Perawatan umum dan pemeliharaan kamar, untuk setiap hari pada saat Rawat Inap dengan maksimal sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung dan total penggantian Biaya Medis tidak melebihi batas keseluruhan yang tercantum dalam Daftar Manfaat.

3) Biaya Kunjungan Dokter Umum di Rumah Sakit

Selama Tertanggung menjalani Perawatan di Rumah Sakit yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti biaya jasa profesi yang sebenarnya dibebankan untuk jasa Pelayanan Medis yang diberikan oleh Dokter Umum atas Perawatan di kamar selama Tertanggung dirawat di Rumah Sakit dengan maksimal 2 (dua) kali kunjungan dalam satu hari atau sebesar Batas Manfaat sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung dan total penggantian Biaya Medis tidak melebihi batas keseluruhan yang tercantum pada Daftar Manfaat.

4) Biaya konsultasi Dokter Spesialis selama Rawat Inap

Selama Tertanggung menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti biaya jasa profesi yang sebenarnya dibebankan untuk jasa Pelayanan Medis yang diberikan oleh Dokter Spesialis termasuk apabila Tertanggung membutuhkan pelayanan konsultasi dari Dokter Spesialis berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang merawat Tertanggung yang Dibutuhkan Secara Medis dan pelayanan dimaksud berhubungan langsung dengan Rawat Inap yang dijalani Tertanggung dengan maksimal 2 (dua) kali kunjungan dalam satu hari atau sebesar Batas Manfaat sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung dan total penggantian Biaya Medis tidak melebihi batas keseluruhan yang tercantum pada Daftar Manfaat.

5) Biaya aneka Perawatan di Rumah Sakit

5.1 Apabila dalam menjalani Rawat Inap Tertanggung membutuhkan aneka Perawatan di Rumah Sakit yang Dibutuhkan Secara Medis sehubungan langsung dengan Rawat Inap yang dijalani Tertanggung, maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis atas aneka Perawatan di Rumah Sakit yang Dibutuhkan Secara Medis tersebut, berupa Obat-obatan yang diresepkan oleh dokter dan dikonsumsi selama Rawat Inap atau maksimal 7 (tujuh) hari sesudah Rawat Inap, penunjang medis, pemeriksaan

diagnostik, biaya administrasi Rumah Sakit dan materai, vitamin, multivitamin & food suplement selama atas indikasi medis dan rekomendasi dokter selama bukan obat tradisional atau obat Multi Level Marketing, sesuai dengan Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung.

5.2 Obat-obatan yang dijamin adalah yang sesuai indikasi medis/diagnosa dan perlu dikonsumsi maksimal dalam 7 (tujuh) hari setelah perawatan Rawat Inap, dan untuk penyakit kronis dapat dijaminkan maksimal 30 (tiga puluh) hari sesuai dengan Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung.

6) Biaya sebelum dan sesudah Rawat Inap

Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap yang Dibutuhkan Secara Medis maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis atas Rawat Jalan yang terjadi dalam jangka waktu tertentu sebelum dan sesudah Rawat Inap yang berhubungan langsung dengan Rawat Inap dan memiliki diagnosa yang sama atas jumlah yang ditagihkan oleh Rumah Sakit/Klinik, termasuk jasa Dokter Umum/Dokter Spesialis, biaya Obat-obatan yang diresepkan dan pemeriksaan diagnostik dengan maksimal sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung, dan total penggantian Biaya Medis tidak melebihi batas keseluruhan yang tercantum dalam Daftar Manfaat.

7) Biaya Pembedahan

1. Apabila Tertanggung harus menjalani Rawat Inap dan harus melakukan Pembedahan yang Dibutuhkan Secara Medis di Rumah Sakit, maka Penanggung akan mengganti biaya Pembedahan yang terjadi untuk setiap Rawat Inap termasuk biaya jasa profesi yang dibebankan Dokter Spesialis untuk melakukan Pembedahan dan anestesi umum termasuk biaya kamar operasi, Obat-obatan, biaya sewa alat dan biaya alat bantu yang ditanam di dalam tubuh yang dibutuhkan selama Pembedahan berlangsung sehubungan dengan Rawat Inap yang dijalani Tertanggung sesuai dengan jumlah tagihan dari Rumah Sakit, dengan maksimal sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung, dan total penggantian Biaya Medis tidak melebihi Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung.
2. Apabila dua atau lebih operasi Pembedahan dilakukan melalui satu sayatan tunggal, maka operasi-operasi Pembedahan tersebut dianggap sebagai satu operasi tunggal, dan penggantian seluruh Biaya Medis sebenarnya yang dibebankan untuk semua operasi itu tidak boleh melebihi Batas Manfaat untuk kategori Pembedahan yang tertinggi dari operasi-operasi Pembedahan tersebut.
3. Apabila dua atau lebih operasi Pembedahan dilakukan melalui sayatan yang berbeda untuk diagnosa Penyakit yang berbeda, maka operasi-operasi tersebut dianggap sebagai operasi-operasi yang berbeda dan penggantian seluruh Biaya Medis yang sebenarnya dibebankan untuk semua operasi ditetapkan berdasarkan Biaya Medis dan Batas Manfaat yang terpisah untuk masing-masing operasi tersebut.

8) Biaya Ambulans

Apabila Tertanggung membutuhkan Ambulans yang terdaftar dimana kebutuhan atas Ambulans tersebut Dibutuhkan Secara Medis berupa mobil atau kapal dan Tertanggung harus diberikan Pelayanan Medis profesional oleh Tenaga Medis secara terus menerus selama dalam perjalanan ke Rumah Sakit atau dari Rumah Sakit ke Rumah Sakit lain, maka Penanggung akan mengganti biaya yang terjadi untuk Ambulans dengan maksimal jarak Ambulans sejauh 50 kilometer atau sebesar Batas Manfaat sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung dengan total Biaya Medis tidak melebihi Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung.

9) Biaya Perawat Pribadi

Selama Tertanggung dirawat inap membutuhkan pelayanan atau Perawatan dari Perawat pribadi berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang merawat Tertanggung yang dibutuhkan secara medis, maka Penanggung akan mengganti biaya jasa profesi yang sebenarnya dibebankan untuk jasa pelayanan yang diberikan seorang perawat pribadi selama Tertanggung dirawat di Rumah Sakit sampai dengan maksimal 30 hari setelah keluar dari Rumah Sakit dengan maksimal sebesar batas manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung. Penggantian baru akan diberikan oleh Tertanggung apabila Biaya Medis untuk manfaat kamar dan pelayanan dan/atau Unit Perawatan Intensif dan/atau Unit Perawatan Khusus yang terjadi pada Rawat Inap yang sama juga ditanggung Penanggung.

10) Perawatan darurat Rawat Jalan dan Perawatan gigi akibat Kecelakaan

a. Perawatan darurat Rawat Jalan

Apabila Tertanggung harus menjalani Perawatan medis Rawat Jalan yang Dibutuhkan Secara Medis yang berkaitan langsung dengan keadaan Gawat Darurat dan/atau Kecelakaan dalam jangka waktu 48 (empat puluh delapan) jam sejak terjadinya keadaan Gawat Darurat dan/atau Kecelakaan di Unit Gawat Darurat (UGD),maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai jumlah tagihan dari Rumah Sakit atau Klinik untuk Perawatan medis dan Pelayanan Medis darurat Rawat Jalan termasuk

jasa dokter, Obat-obatan dan alat medis darurat, tindakan medis, pemeriksaan penunjang darurat, dan observasi, meskipun perawatan tersebut tidak mengharuskan Tertanggung untuk menjalani Rawat Inap, akan tetapi tidak termasuk Perawatan gigi dengan maksimal sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung dan total penggantian Biaya Medis tidak melebihi batas keseluruhan yang tercantum pada Daftar Manfaat.

b. Perawatan gigi akibat Kecelakaan

Apabila Tertanggung harus menjalani Perawatan gigi akibat Kecelakaan di Rumah Sakit atau Klinik yang Dibutuhkan Secara Medis dalam jangka waktu 48 (empat puluh delapan) jam sejak terjadinya Kecelakaan di Unit Gawat Darurat (UGD) maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis sesuai jumlah tagihan dari Rumah Sakit atau Klinik untuk Perawatan yang bertujuan mempertahankan gigi asli yang rusak/tanggal akibat Kecelakaan termasuk jasa Dokter Gigi atau Dokter Umum, Obat-obatan obatan dan alat medis darurat, tindakan medis, pemeriksaan penunjang darurat, dan observasi, dengan maksimal sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung dan total penggantian Biaya Medis tidak melebihi batas keseluruhan yang tercantum pada Daftar Manfaat.

11) Pembedahan tanpa Rawat Inap

Apabila Tertanggung menjalani Pembedahan tanpa Rawat Inap (*One Day Surgery*) yang Dibutuhkan Secara Medis di Rumah Sakit /Klinik , maka Penanggung akan mengganti Biaya Medis atas Pembedahan tanpa Rawat Inap termasuk jasa profesi yang sebenarnya yang dibebankan oleh seorang Dokter Spesialis untuk melakukan Pembedahan, jasa layanan yang diberikan Dokter Spesialis untuk melakukan anestesi selama Pembedahan berlangsung, biaya kamar operasi, biaya Obat-obatan, sewa alat yang dibutuhkan selama Pembedahan dan alat bantu yang ditanam di dalam tubuh selama Pembedahan dengan maksimal sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung dan total Biaya Medis tidak melebihi batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung.

12) Biaya Perawatan kemoterapi/radioterapi/hemodialisa

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Jalan untuk Perawatan kemoterapi dan/atau radioterapi dan/atau hemodialisa yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti jasa profesi sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter Umum/Dokter Spesialis, biaya Obat-obatan, dan peralatan kesehatan yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk kemoterapi dan/atau radioterapi dan/atau hemodialisa termasuk semua komplikasinya dengan maksimal sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung.

13) Biaya Perawatan hemodialisa

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Jalan untuk Perawatan hemodialisa yang Dibutuhkan Secara Medis, maka Penanggung akan mengganti jasa profesi sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter Umum/Dokter Spesialis, biaya Obat-obatan, dan peralatan kesehatan yang dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik untuk hemodialisa termasuk semua komplikasinya dengan maksimal sebesar Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung.

14) Manfaat santunan harian Rawat Inap bila menggunakan Manfaat Kesehatan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Apabila Tertanggung melakukan Rawat Inap di Rumah Sakit dengan menggunakan pertanggungan dari BPJS Kesehatan selama Masa Kepesertaan dan atas Rawat Inap yang dilakukan tersebut Tertanggung tidak mengajukan Klaim penggantian atas Biaya Medis tersebut kepada Penanggung, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat dana tunai harian sesuai dengan hari Rawat Inap sesuai dengan Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung dan total Biaya Medis tidak melebihi Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung.

15) Santunan kematian

Apabila dalam Masa Kepesertaan Tertanggung meninggal dunia akibat Penyakit atau Kecelakaan dan Kepesertaan Tertanggung masih aktif, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat meninggal dunia sesuai dengan Batas Manfaat pada Plan Asuransi Tertanggung yang tercantum pada Daftar Manfaat dan Kepesertaan Tertanggung berakhir.

Penanggung hanya akan membayarkan Biaya Medis yang sebenarnya terjadi dan ditanggung berdasarkan Manfaat Asuransi Dasar dan/atau Manfaat Asuransi Tambahan (jika ada) sesuai dengan persentase penggantian sebagaimana yang tercantum dalam Ringkasan Polis.

B. Manfaat Asuransi Tambahan Ciputra Outpatient +

1) Konsultasi Dokter Umum Rawat Jalan
2) Konsultasi Dokter Spesialis Rawat Jalan
3) Biaya Obat-obat dengan resep Dokter Umum/Dokter Spesialis
4) Biaya pemeriksaan diagnostik Rawat Jalan
5) Biaya fisioterapi
6) Biaya vaksinasi
7) Biaya paket keluarga berencana
8) Biaya Konsultasi Telemedicine

C. Manfaat Asuransi Tambahan Ciputra Outpatient

1) Konsultasi Dokter Umum Rawat Jalan
2) Konsultasi Dokter Spesialis Rawat Jalan
3) Biaya Obat-obat dengan resep Dokter Umum/Dokter Spesialis
4) Biaya pemeriksaan diagnostik Rawat Jalan
5) Biaya fisioterapi
6) Biaya vaksinasi dan paket keluarga berencana
7) Biaya Konsultasi Telemedicine

D. Manfaat Asuransi Tambahan Ciputra Maternity

1) Persalinan Normal
2) Operasi Sectio Caesaria
3) Keguguran kandungan (indikasi medis)
4) Komplikasi kehamilan dan komplikasi pasca persalinan
5) Perawatan kehamilan sebelum dan sesudah persalinan

E. Manfaat Asuransi Tambahan Ciputra Glasses

1) Biaya Bingkai Kacamata
2) Lensa Kacamata termasuk lensa kontak
3) Biaya pemeriksaan refraksi mata

F. Manfaat Asuransi Tambahan Dental Care

1) Perawatan Gigi Dasar
2) Perawatan Gigi Kompleks
3) Perawatan Gigi Pencegahan
4) Perawatan Gigi Palsu

G. Manfaat Asuransi Tambahan Dental Care+

Perawatan Gigi dan Obat-obatan

Risiko

1. Klaim ditolak jika Tertanggung meninggal dunia disebabkan oleh karena hal-hal yang dikecualikan dari pertanggungan (*exclusion*).
2. Risiko Asuransi
   Risiko Asuransi adalah risiko kegagalan Penanggung untuk memenuhi kewajiban kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau peserta sebagai akibat dari ketidakcukupan proses seleksi risiko (*underwriting*), penetapan Premi atau kontribusi, penggunaan reasuransi, dan/atau penanganan klaim.
3. Risiko Operasional
   Risiko Operasional adalah Risiko akibat ketidakcukupan dan/atau tidak berfungsinya proses internal, kesalahan manusia, kegagalan sistem, dan/atau adanya kejadian eksternal yang mempengaruhi operasional Penanggung dan mempengaruhi pelayanan untuk nasabah.

Biaya

Setiap premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya administrasi, biaya pemeliharaan polis, dan biaya komisi.

Pengecualian

Penanggung tidak akan membayarkan klaim untuk Manfaat Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan (jika ada) apabila terjadi secara keseluruhan atau sebagan dari :

1. Penyakit khusus yang timbul dalam jangka waktu 12 (dua belas) bulan sejak Tanggal Berlakunya Kepesertaan Tertanggung kecuali ditentukan lain oleh Penanggung, atau
2. Setiap kondisi cedera tubuh dan komplikasinya akibat Kecelakaan yang telah terjadi, dialami, didiagnosis, atau menunjukkan gejala sebelum Tanggal Mulai Pertanggungan sebagaimana tercantum dalam Polis Induk, baik diketahui atau tidak oleh Tertanggung, tidak termasuk dalam manfaat yang dijamin oleh Polis Induk ini, kecuali secara tegas dinyatakan lain oleh Penanggung secara tertulis; atau
3. Pelayanan Medis untuk Keadaan Yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-existing condition), kecuali dinyatakan lain dalam ketentuan Polis Induk ini; atau
4. 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
5. Keterlibatan dari pihak yang dipertanggungkan, dalam melakukan tindakan ilegal, melalaikan dan/atau melanggar hukum, antara lain namun tidak terbatas pada penyalahgunaan minuman keras dan obatobatan terlarang, tindak kejahatan asuransi yang dilakukan oleh pihak yang memiliki kepentingan secara langsung maupun tidak langsung dalam pertanggungan asuransi ini; atau
6. Pengobatan, jasa yang dilakukan atau obat yang diresepkan oleh Dokter yang merupakan anggota keluarga dekat Tertanggung atau orang yang biasa tinggal dalam satu rumah dengan Tertanggung, atau oleh Dokter Pemegang Polis atau inhouse Clinic-nya;atau
7. Tertanggung menggunakan obat bius, narkotika, psikotropika, dan/atau dibawah pengaruh minuman keras (alkohol);atau
8. Melukai diri sendiri, Cedera Tubuh 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
9. 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
10. biaya pencegahan penyakit termasuk imunisasi/vaksinasi kecuali yang dinyatakan lain di dalam Polis dan semua komplikasinya; atau
11. Perawatan dan atau tindakan sirkumsisi/khitanan/sunat tanpa indikasi medis termasuk semua komplikasinya; atau
12. 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
13. Perawatan yang berhubungan dengan kecantikan, Pembedahan kosmetik atau Pembedahan plastik (kecuali Pembedahan rekonstruktif yang disebabkan oleh Penyakit atau Kecelakaan untuk mengembalikan fungsi organ), Perawatan untuk mengatasi

14. kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan, asthenophia, Perawatan dan/atau Pembedahan untuk mengubah
15. jenis kelamin termasuk semua komplikasinya; atau
    Penyakit atau Cedera Tubuh akibat reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasinya; atau
16. 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
17. Penyakit/gangguan mental dan/atau kejiwaan (termasuk namun tidak terbatas pada neurosis, gangguan psikosomatis, psikosis, stress, fatique), bulimia, anoreksia nervosa, gangguan kecemasan, atau Perawatan yang ditangani oleh psikolog/psikiater, gangguan tumbuh kembang, autisme, hyperactive termasuk semua komplikasinya; atau
    Pengobatan herbal, pengobatan eksperimental, pengobatan alternatif atau tradisional, termasuk namun tidak terbatas pada shinse,
18. tabib, dukun, ahli patah tulang, aromaterapi, naturopathy, terapi holistik, bioresonansi, hypnotherapy,termasuk akupuntur dan chiropraktik termasuk Digital Subtractio Angiography (brain spa)yang bukan dilakukan oleh Dokter yang berlisensi, pengobatan yang
19. tidak dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik termasuk semua komplikasinya; atau
    Pembelian atau penyewaan alat bantu yang tidak ditanam di dalam tubuh seperti namun tidak terbatas pada braces, foot braces, alat
20. bantu pendengaran, prosthesis atau kruk, kecuali alat bantu yang Dibutuhkan Secara Medis pada saat Rawat Inap; atau
21. Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) dan/atau komplikasi yang berhubungan dengan keduanya; atau
    Penyakit akibat hubungan seksual atau penyimpangan seksual termasuk segala komplikasinya; atau
22. 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
    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
23. Jalan Darurat atau merupakan tindakan Pembedahan Tanpa Rawat Inap; semua jenis Perawatan gigi atau Pembedahan gigi secara
24. 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 Pilihan sesuai dengan yang tercantum Daftar Manfaat
    Penyakit yang berhubungan dengan autoimun atau kelainan darah, termasuk namun tidak terbatas pada anemia dan kawasaki;
25 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
    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

Penanggung tidak akan membayarkan klaim untuk manfaat meninggal dunia apabila Tertanggung meninggal dunia akibat :

1. 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
2. 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

Penanggung tidak akan membayarkan klaim untuk manfaat meninggal dunia akibat Kecelakaan apabila Tertangung :

1. berpartisipasi aktif dalam perang (baik yang dinyatakan maupun tidak), keadaan seperti perang, teroris, pendudukan, gerakan pengacauan, pemberontakan, perebutan kekuasaan, pemogokan, huruhara, keributan; atau
2. Berpartisipasi sebagai penumpang atau awak pesawat dalam suatu penerbangan udara selain dari maskapai penerbangan komersial yang berlisensi dan beroperasi dalam penerbangan rutin; atau
3. 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
4. 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
5. mengendarai kendaraan dan/atau sepeda motor dalam keadaan laik fungsi/pakai atau laik jalan tanpa membawa dan memiliki SIM yang sah dan valid dan/atau melakukan pelanggaran lalu lintas.

Persyaratan dan Tata Cara

1. Pemegang Polis Induk adalah setiap badan hukum atau perkumpulan atau perorangan yang memiliki Anggota/karyawan yang mengadakan perjanjian Asuransi dengan Penanggung.
2. Anggota adalah setiap orang yang terdaftar sebagai Anggota resmi dari suatu perkumpulan atau badan hukum (sesuai ketentuan hukum yang berlaku) atau karyawan pada perusahaan yang menjadi Pemegang Polis Induk.
3. Tertanggung adalah orang yang atas dirinya diadakan pertanggungan asuransi berdasarkan Polis Induk ini dan namanya tercantum di dalam daftar Tertanggung.
4. Tertanggung Utama adalah Anggota/karyawan dari Pemegang Polis Induk yang telah diterima dalam Kepesertaan.
5. Tanggungan adalah pasangan dan/atau anak yang sah dari Tertanggung Utama yang didaftarkan oleh Pemegang Polis Induk dan memenuhi syarat yang ditentukan oleh Penanggung.
6. Berlaku masa tunggu :
   Masa Tunggu untuk Penyakit Khusus berlaku selama 12 bulan pertama sejak Tanggal Berlakunya Kepesertaan Tertanggug kecuali ditentukan lain oleh Penanggung.
7. Berlakunya Polis Induk :
   a. Polis Induk berlaku pada Tanggal Berlakunya Polis Induk sebagaimana tercantum dalam Data Polis Induk dan Premi Awal telah dibayarkan serta diterima di rekening bank atas nama Penanggung.
   b. Polis Induk berlaku untuk jangka waktu 12 (dua belas) bulan berturut-turut sejak Tanggal Awal Berlakunya Polis Induk, kecuali ditentukan lain oleh Penanggung dalam Polis Induk ini
   c. Polis Induk akan diperbarui pada saat Penanggung menerima konfrmasi tertulis pembaruan Polis Induk dari Pemegang Polis Induk sebelum berakhirnya periode Polis Induk kecuali ditentukan lain oleh Penanggung dalam Polis Induk ini.
   d. Polis Induk dapat diperbarui pada setiap Tanggal Pembaruan Polis Induk untuk jangka waktu 12 (dua belas) bulan berturut-turut berikutnya.
8. Produk ini memiliki syarat dan ketentuan yang berlaku, untuk mendapatkan informasi mengenai syarat dan ketentuan ini dapat mengunjungi website **www.ciputralife.com**

Informasi Layanan Nasabah

Untuk semua informasi ataupun keluhan terkait pertanggungan yang dimiliki, Nasabah dapat menghubungi :

PT Asuransi Ciputra Indonesia ("Ciputra Life")
DBS Bank Tower, lantai 14, Ciputra World I
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 3 – 5, Jakarta 12940

Layanan **KONTAK Ciputra Life** di : 1 500 239
Email : **nasabah@ciputralife.com**
Website : **www.ciputralife.com**

- Layanan pengaduan secara lisan maupun tertulis :
  1. Pengaduan diajukan dengan dilengkapi dokumen yang dipersyaratkan antara lain: Identitas, permasalahan yang diadukan dan dokumen pendukung yang berkaitan langsung dengan permasalahan yang diadukan.
  2. Penanggung memberikan 10 (sepuluh) hari kerja untuk melengkapi kekurangan dokumen, dan waktu dapat diperpanjang 10 (sepuluh) hari kerja dalam kondisi tertentu.
  3. a. Pengaduan lisan akan ditindaklanjuti dan diselesaikan dalam waktu 5 (lima) hari kerja.
     b. Pengaduan tertulis akan ditindak lanjuti dan diselesaikan dalam waktu 10 (sepuluh) hari kerja.
     c. Dalam kondisi tertentu, jangka waktu dapat diperpanjang paling lama 10 (sepuluh) hari kerja sejak waktu yang dimaksud ketentuan diatas berakhir dengan sebelumnya.

Simulasi

PT XYZ membeli produk asuransi kesehatan kumpulan untuk karyawannya dengan tabel Plan asuransi sebagai berikut:

Ringkasan Simulasi

No	Inpatient benefit		RI 500	RI 1000
1	Biaya akomodasi Rumah Sakit (kamar & makan)	Per hari (maksimal 365 hari)	500.000	1.000.000
2	Biaya Unit Perawatan Intensif	Per hari (maksimal 365 hari)	1.000.000	2.000.000
3	Biaya kunjungan Dokter Umum di Rumah Sakit	Per hari (maksimal 365 hari)	As Charge	As Charge
4	Biaya konsultasi Dokter Spesialis selama Rawat Inap	Per hari (maksimal 365 hari)		
5	Biaya aneka Perawatan di Rumah Sakit	per perawatan		
6	Biaya sebelum dan sesudah Rawat Inap	per perawatan		
7	Biaya Pembedahan	per perawatan		
8	Biaya Ambulans	per perawatan		
9	Biaya Perawat Pribadi	Per hari (maksimal 30 hari)		
10	Perawatan darurat Rawat Jalan dan Perawatan gigi akibat Kecelakaan	per perawatan		
11	Pembedahan tanpa Rawat Inap	per perawatan		
12	Biaya Perawatan kemoterapi/radioterapi	per tahun	8.600.000	17.200.000
13	Biaya Hemodialisa	per tahun	8.600.000	17.200.000
14	Manfaat santunan harian Rawat Inap bila menggunakan Manfaat kesehatan dari Badan Penyelenggara Jaminiman Sosial (BPJS)	Per hari (maksimal 365 hari)	500.000	1.000.000
	Limit Tahunan		15.000.000	30.000.000
15	Santunan kematian		10.000.000	10.000.000

Premi

	Premi per Tahun (s/d 55 tahun)			
	Pria		2.272.000	4.461.000
	Wanita		2.456.000	4.822.000
	Anak		1.951.000	3.831.000
	Premi per Tahun (56 s/d 60 tahun)			
	Pria		2.869.000	5.634.000
	Wanita		3.052.000	5.994.000
	Premi per Tahun (61 s/d 65 tahun)			
	Pria		3.672.000	7.211.000
	Wanita		4.705.000	9.239.000

Informasi Tambahan

1. Definisi-definisi penting:

Anggota	adalah setiap orang yang terdaftar sebagai anggota resmi dari suatu perkumpulan atau badan hukum (sesuai ketentuan hukum yang berlaku) atau karyawan pada perusahaan yang menjadi Pemegang Polis Induk.
Asuransi Dasar	adalah Manfaat Rawat Inap.
Asuransi Tambahan	adalah Manfaat Rawat Jalan dan/atau Manfaat kacamata dan/atau Manfaat persalinan dan/atau Manfaat Perawatan gigi.
Asuransi Tambahan Pilihan	adalah Manfaat Asuransi Tambahan yang dipilih oleh Pemegang Polis Induk untuk diberikan kepada Tertanggung.
Batas Manfaat	adalah besar masing-masing Manfaat yang ditanggung sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat.
Biaya Yang Wajar dan Biasa	adalah jumlah yang umumnya dibebankan oleh penyedia layanan medis di wilayah geografis yang sama untuk jenis layanan, perawatan, atau prosedur yang sama, dalam kondisi yang serupa, tidak berlebihan, dan berdasarkan penilaian dari Penanggung.
Bukti Klaim	adalah dokumen-dokumen yang diperlukan untuk mengajukan Klaim sesuai ketentuan Polis Induk yang berlaku sehingga dapat dilakukan verifikasi terhadap Klaim yang diajukan tersebut.
Cedera Tubuh	adalah kerusakan atau luka yang terjadi pada tubuh Tertanggung yang bersifat fisik yang dialami Tertanggung, yang semata-mata merupakan akibat langsung dari Kecelakaan yang menyebabkan Tertanggung memerlukan Perawatan.
Daftar Tertanggung	adalah daftar yang dikeluarkan oleh Penanggung yang antara lain berisi data Tertanggung.
Data Polis Induk	adalah informasi yang terdapat pada Polis Induk yang dapat diubah dari waktu ke waktu dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis Induk.
Ekses Klaim	adalah Biaya Medis di luar hak Tertanggung yang terjadi akibat penggunaan Fasilitas Penjaminan yang akan menjadi kewajiban dari Pemegang Polis Induk, termasuk namun tidak terbatas kepada : a. Melebihi batas maksimum ketentuan Tabel Manfaat bagi Tertanggung b. Ketentuan mengenai Pengecualian sebagaimana diatur dalam Ketentuan Polis Induk yang berlaku. c. Perawatan dan/ atau pengobatan yang tidak Dibutuhkan Secara Medis berdasarkan penilaian Penanggung.

Keadaan Yang Telah Ada sebelumnya *(Pre-existing condition)*	adalah suatu keadaan atau Kondisi Medis atau cacat tetap total yang telah ada sebelum Tanggal Berlakunya Polis Induk atau Tanggal Perubahan Polis Induk yang disetujui oleh Penanggung sebagaimana tercantum dalam Polis Induk, mana yang paling akhir. Keadaan atau kondisi medis yang telah ada sebelumnya tersebut termasuk, namun tidak terbatas pada cedera atau Luka karena Kecelakaan, Penyakit, menerima nasehat medis atau konsultasi kesehatan, menjalani pemeriksaan kesehatan atau pengobatan, merasakan keluhan atau adanya gejala yang disadari atau seharusnya disadari.
Ketentuan Kepesertaan	adalah ketentuan yang diterapkan oleh Pemegang Polis Induk sehubungan dengan pendaftaran atau keikutsertaan calon Tertanggung dan/atau Tanggungan yang memenuhi syarat kepesertaan.
Ketentuan Khusus Asuransi Tambahan	adalah dokumen yang memuat syarat dan ketentuan Manfaat Asuransi Tambahan..
Ketentuan Khusus Polis Induk	adalah dokumen yang memuat syarat dan ketentuan Manfaat Asuransi Dasar.
Ketentuan Umum Polis Induk	adalah dokumen yang memuat syarat dan ketentuan umum Polis Induk.
Klaim	adalah permintaan resmi yang diajukan oleh Pemegang Polis Induk /Tertanggung/Penerima Manfaat atas Manfaat di dalam masa pertanggungan sesuai dengan risiko yang dipertanggungkan.
Masa Kepesertaan	adalah jangka waktu kepesertaan yang dihitung sejak Tanggal Berlakunya Kepesertaan hingga tanggal berakhirnya Kepesertaan sesuai yang tercantum dalam Data Polis Induk.
Masa Leluasa (Grace Period)	adalah tenggang waktu yang diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis Induk di dalam pembayaran Premi lanjutan.
Masa Mempelajari Polis Induk	adalah Tenggang waktu 14 (empat belas) hari yang diberikan kepada Pemegang Polis Induk untuk mempelajari dan memastikan bahwa syarat dan ketentuan dari Polis Induk yang berlaku telah sesuai dengan kebutuhan.
Masa Tunggu (Waiting Period)	adalah Jangka waktu menunggu yang ditetapkan oleh Penanggung untuk suatu keadaan tertentu sehubungan asuransi sebagaimana diatur dalam Polis Induk ini.
Pemegang Polis Induk	adalah setiap badan hukum atau perkumpulan atau perorangan yang memiliki Anggota/karyawan yang mengadakan perjanjian Asuransi dengan Penanggung.
Pemulihan Polis Induk	adalah proses dipulihkan atau diberlakukan kembali Polis Induk setelah Polis Induk dinyatakan berakhir atau tidak berlaku sebelumnya atas persetujuan Penanggung.
Penanggung	adalah PT Asuransi Ciputra Indonesia
Penerima Manfaat	adalah orang atau badan hukum yang berhak menerima Uang Pertanggungan apabila terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungkan sesuai dengan ketentuan Polis Induk ini.
Pengecualian	adalah kondisi-kondisi yang mengacu pada situasi atau kejadian tertentu yang menjadi penyebab Peristiwa Yang Dipertanggungkan, dimana apabila terjadi maka Penanggung tidak berkewajiban untuk menjamin atau membayarkan Manfaat berdasarkan Polis Induk ini, sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
Polis Induk	adalah perjanjian asuransi yang dibuat dan ditandatangani oleh Penanggung berdasarkan permintaan yang diberikan Pemegang Polis Induk.
Premi	adalah sejumlah uang yang Pemegang Polis Induk bayarkan kepada Penanggung setiap Tanggal Jatuh Tempo selama Masa Pembayaran Premi seperti tercantum dalam Data Polis atau Daftar Tertanggung dan menjadi syarat diperoleh pertanggungan asuransi sebagaimana diatur dalam Polis Induk ini.
Rawat Inap	adalah Perawatan medis akibat Penyakit atau Kecelakaan, yang direkomendasikan oleh Dokter Umum/Dokter Spesialis dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki ijin dari instansi yang berwenang untuk melayani Rawat Inap, yang membutuhkan waktu Perawatan sekurang-kurangnya 6 (enam) jam sehingga menimbulkan biaya kamar Perawatan.

Rawat Jalan	adalah suatu Perawatan medis di fasilitas pelayanan kesehatan akibat Penyakit atau Kecelakaan, yang dilakukan oleh seorang Dokter Umum/Dokter Spesialis.
Surat Permintaan Pengajuan Asuransi Kumpulan (SPPAK)	adalah calon Pemegang Polis Induk kepada Penanggung untuk mendapatkan penawaran dan/atau untuk mengajukan permohonan asuransi kumpulan bagi Anggota atau karyawannya beserta Tanggungan.
Tanggal Awal Berlakunya Polis Induk	adalah tanggal mulai berlakunya pertanggungan sebagaimana tercantum dalam Polis Induk.
Tanggal Berakhirnya Kepesertaan	adalah tanggal berakhirnya pertanggungan sebagaimana diatur dalam Polis Induk.
Tanggal Berakhirnya Polis Induk	adalah tanggal berakhirnya periode Polis Induk sebagaimana tercantum dalam Polis Induk.
Tanggal Berlakunya Kepesertaan	adalah tanggal mulai berlakunya Masa Kepesertaan bagi Tertanggung sesuai dengan syarat Kepesertaan.
Tertanggung	adalah orang yang atas dirinya diadakan pertanggungan asuransi berdasarkan Polis Induk ini dan namanya tercantum di dalam Daftar Tertanggung.
Tertanggung Utama	adalah Anggota/karyawan dari Pemegang Polis Induk yang telah diterima dalam Kepesertaan.
Tanggungan	adalah pasangan dan/atau anak yang sah dari Tertanggung Utama yang didaftarkan oleh Pemegang Polis Induk dan memenuhi syarat yang ditentukan oleh Penanggung.
Tenaga Medis	adalah individu yang memiliki keahlian dan pelatihan khusus dalam bidang kesehatan, yang terdiri dari berbagai profesi yang memiliki ijin dari instansi yang berwenang dalam bidang kesehatan.
Usia	adalah Usia Tertanggung yang dihitung berdasarkan metode ulang tahun terakhir.
Usia Masuk	adalah Usia Tertanggung pada Tanggal Mulai berlaku kepesertaan.
Usia Pembaruan	adalah Usia Tertanggung pada tanggal efektif pembaruan Polis Induk.

2. Prosedur, tata cara dan syarat:

- Untuk pengajuan Klaim penggantian biaya (Reimbursement) Manfaat Asuransi Dasar dan Manfaat Asuransi Tambahan (jka ada) harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen berikut ini:

a. Klaim Rawat Inap

i. Formulir Klaim : asli dan harus diisi lengkap;
ii. Identitas : Fotokopi atau scan kartu identitas seperti KTP dan KK;
iii. Bukti pembayaran (bukan struk): Kwitansi atau faktur asli dari Rumah Sakit yang menunjukkan rincian biaya yang telah dibayar;
iv. Ringkasan medis: Formulir catatan medis asli/resume medis dari dokter yang menjelaskan diagnosa, tindakan medis yang diambil, dan jenis Perawatan yang diberikan;
v. Resep obat: Jika ada pembelian obat, asli atau fotokopi legalisir resep obat yang diberikan oleh dokter;
vi. Hasil pemeriksaan medis: Jika ada tes atau pemeriksaan diagnostik yang dilakukan (seperti rontgen, tes darah dan lain-lain), sertakan laporan hasilnya (asli/fotokopi legalisir);
vii. Surat rujukan: jika Perawatan atau pengobatan memerlukan rujukan dari dokter lainnya selain dokter yang merawat atau memeriksa, sertakan surat rujukan asli;
viii. Dokumen Tambahan: Sesuai kebutuhan, mungkin diperlukan dokumen lain seperti surat keterangan polisi (jika Perawatan adalah akibat dari Kecelakaan lalu lintas atau percobaan pembunuhan), atau dokumen pendukung lainnya.

b. Klaim santunan meninggal dunia

a. Formulir Klaim yang telah diisi dengan lengkap dan benar; dan
b. Fotokopi identitas dari Tertanggung dan Penerima Manfaat yang masih berlaku; dan
c. Asli surat keterangan kematian yang ditandatangani oleh dokter yang merawat penyebab kematian Tertanggung atau fotokopi legalisirnya; dan
d. Asli surat/akta kematian atau fotokopi legalisirnya yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang; dan
e. Asli atau fotokopi legalisir berita acara dari Kepolisian apabila Tertanggung meninggal karena Kecelakaan lalu lintas atau karena sebab-sebab yang tidak wajar (jika dibutuhkan); dan
f. Surat keterangan ahli waris disertai dengan dokumen yang membuktikan hubungan ahli waris dengan Tertanggung (antara lain: Kartu Keluarga/Surat Nikah/Akta Lahir) bila Pemegang Polis Induk menghendaki pembayaran Manfaat langsung dibayarkan kepada ahli waris yang sah sesuai ketentuan yang berlaku

c. Klaim Manfaat dana tunai harian, jika Klaim Tertanggung ditanggung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

a. Formulir Klaim yang telah diisi dengan lengkap dan benar; dan
b. Fotokopi surat eligibilitas peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan; dan
c. Fotokopi legalisir surat resume medis dari dokter dan Rumah Sakit/Klinik; dan

Setelah Bukti Klaim yang lengkap dan benar diterima, dan Klaim telah disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan membayar semua Manfaat sesuai ketentuan Polis Induk dalam bentuk transfer ke rekening Pemegang Polis Induk atau Tertanggung atau Penerima Manfaat yang disepakati secara tertulis oleh Pemegang Polis Induk.

3. Ciputra Life akan 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.
4. Informasi lain mengenai biaya, manfaat, dan risiko dapat diakses melalui website resmi **www.ciputralife.com**

Penting untuk Dibaca :

1. Perusahaan Asuransi dapat menolak permohonan produk Pemegang Polis Induk apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
2. Pemegang Polis Induk 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.
3. Ketentuan dan persyaratan dalam Ringkasan Informasi Produk ini dapat berubah sewaktu-waktu. Perubahan tersebut akan disampaikan melalui media informasi yang lazim dipergunakan untuk keperluan tersebut dan mudah diakses oleh calon Pemegang Polis/Tertanggung dengan memperhatikan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
4. Produk asuransi ini telah disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, termasuk Ketentuan Peraturan OJK.
5. PT Asuransi Ciputra Indonesia (Ciputra Life) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

Tanggal Cetak dokumen 05/10/2023