

- Nama Penerbit : PT ASURANSI CIPUTRA INDONESIA
- Jenis Produk : Asuransi Kesehatan
- Nama Produk : Citra Proteksi Kesehatan
- Deskripsi Produk : Citra Proteksi Kesehatan adalah Produk Asuransi Kesehatan yang memberikan manfaat santunan harian terhadap risiko rawat inap di Rumah Sakit.
- Mata Uang : Rupiah

## Fitur Utama Citra Proteksi Kesehatan

- Usia Masuk Tertanggung : 6 bulan – 59 tahun (Last birthday)
- Uang Pertanggungan : Santunan rawat inap mulai dari Rp 250.000/hari
- Masa Pertanggungan :
  - 8 tahun sejak Asuransi berlaku untuk manfaat Rawat Inap
  - 10 tahun sejak Asuransi berlaku untuk manfaat Meninggal Dunia
- Premi : Premi mulai dari Rp 140.000/bulan
- Masa Pembayaran Premi : 8 tahun
- Frekuensi Pembayaran Premi : Bulanan atau tahunan

Catatan : Untuk premi tahunan sebesar premi bulanan dikali dengan 10

### Manfaat

1. Penggantian Manfaat Santunan Harian Rawat Inap Rumah Sakit, apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap yang disebabkan oleh penyakit dan/atau Cedera Tubuh. Rawat Inap yang dijalani Tertanggung di Rumah Sakit diperlukan secara medis dinilai Wajar dan Umum oleh Penanggung. Santunan harian ini berlaku untuk jangka waktu yang tidak lebih dari 90 (sembilan puluh) Hari Kalender per tahun Polis. Khusus untuk Rawat Inap karena Penyakit Diare dan/atau Typhus, maksimal 15 (lima belas) Hari Kalender per tahun.
2. Penggantian Manfaat Santunan Harian Rawat Inap apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Unit Perawatan Intensif yang disebabkan oleh sakit dan/ atau Cedera Tubuh dalam jumlah santunan per Hari Kalender, untuk jangka waktu yang tidak melebihi 30 (tiga puluh) Hari Kalender per tahun. Pembayaran atas manfaat ini merupakan bagian dari pembayaran Manfaat Santunan Harian Rawat Inap pada Rumah Sakit.
3. Manfaat Meninggal Dunia
  - a. Apabila Tertanggung meninggal dunia karena Penyakit, Penanggung akan membayarkan Manfaat Pengembalian Premi sebesar 100% (seratus persen) dari total Premi yang telah dibayarkan sejak Tanggal Mulai Asuransi.
  - b. Apabila Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan, Penanggung akan membayarkan Manfaat Pengembalian Premi sebesar 200% (dua ratus persen) dari total Premi yang telah dibayarkan sejak Tanggal Mulai Asuransi.
4. Manfaat Pengembalian Premi
  - a. Penanggung membayarkan Manfaat Pengembalian Premi sebesar 100% (seratus persen) dari total Premi yang telah dibayarkan sejak Tanggal Mulai Asuransi pada akhir Masa Pertanggungan apabila Tertanggung pernah melakukan dan/atau menerima pembayaran klaim Santunan Harian Rawat Inap Rumah Sakit dan Polis masih aktif sampai akhir tahun ke – 10 (sepuluh).

### 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 memengaruhi operasional Penanggung dan memengaruhi pelayanan untuk nasabah.

## Manfaat

- b. Penanggung membayarkan Manfaat Pengembalian Premi sebesar 110% (seratus sepuluh persen) dari total Premi yang telah dibayarkan sejak Tanggal Mulai Asuransi pada akhir Masa Pertanggung jawaban apabila Tertanggung belum pernah melakukan dan menerima pembayaran klaim Santunan Harian Rawat Inap Rumah Sakit dan Polis masih aktif sampai akhir tahun ke – 10 (sepuluh).

## Biaya

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

## Pengecualian

1. Rawat Inap untuk keadaan yang telah ada sebelumnya atau kondisi Pre-existing, kecuali telah melewati masa 6 (enam) bulan sejak Tanggal Mulai Asuransi; atau
2. Rawat inap akibat sakit/penyakit yang terjadi dalam 30 (tiga puluh) hari kalender setelah Tanggal Mulai Asuransi; atau
3. Cedera Tubuh, sakit yang disebabkan oleh pemogokan, kerusakan atau huru-hara, pemberontakan atau perang, atau segala tindakan perang (baik dinyatakan atau tidak), termasuk tindakan melanggar hukum; atau
4. Kesengajaan melukai diri sendiri atau percobaan bunuh diri, baik dalam keadaan waras atau tidak waras atau Cedera tubuh yang diderita sebagai akibat dari kesengajaan yang dilakukan atau disertai atau dibantu atau dibujuk (disuruh lakukan) oleh mereka yang berkepentingan dalam asuransi ini; atau
5. Gangguan yang berhubungan dengan kondisi mental, penyakit menular seksual, Tertanggung berada di bawah pengaruh alkohol, obat bius dan narkotika; atau
6. Kehamilan dan segala komplikasinya, kelahiran (termasuk kelahiran dengan pembedahan), keguguran, perawatan pra dan pasca kelahiran, aborsi, sterilisasi, kontrasepsi, kesuburan beserta komplikasinya; atau
7. Setiap perawatan/pengobatan gigi, termasuk bedah mulut, pemeriksaan mata atau kelainannya, bedah kosmetik atau bedah plastik, kecuali perawatan/pengobatan tersebut dilakukan untuk memperbaiki Cedera yang ditanggung dalam Polis; atau
8. Setiap perawatan/pengobatan atau pembedahan untuk kelainan bawaan, sunat, atau sterilisasi; atau
9. Perawatan Rumah Sakit untuk pemeriksaan kesehatan rutin atau periodik tanpa indikasi adanya gangguan kesehatan atau cuci darah (haemodialisa); atau
10. Perawatan Rumah Sakit yang disebabkan oleh atau sebagai akibat langsung ataupun tidak langsung dari infeksi virus HIV (Human Immunodeficiency Virus)/AIDS; atau
11. Radio Ionisasi atau kontaminasi oleh radio aktif dan setiap bahan-bahan nuklir atau limbah nuklir dari proses fusi nuklir atau dari setiap bahan senjata nuklir; atau
12. Keterlibatan bertanggung dalam aktifitas atau olah raga yang membahayakan atau olah raga lain yang mengandung resiko yaitu bela diri, terjun payung, menyelam, mendaki gunung, panjat tebing (baik buatan maupun sebenarnya), arung jeram, base atau bungee jumping, hot poling, olah raga musim dingin dan/ atau yang melibatkan es atau salju, adu kecepatan kendaraan (baik bermotor atau tidak), bersepeda, berkuda, berperahu (baik dengan layar maupun tidak), terbang layang dan/ atau olah raga dirgantara lainnya, melakukan penerbangan atau aktifitas di udara; atau
13. Segala bentuk penerbangan selain sebagai penumpang pada penerbangan komersial yang terjadwal; atau
14. Pengobatan yang tidak sesuai dengan diagnosis dan pengobatan medis biasanya dilakukan untuk penyakit atau tidak sesuai dengan standar praktek medis yang baik atau tidak suatu keharusan atau kenyamanan pengobatan untuk pihak (termasuk bedah plastik atau bedah kosmetik); atau
15. Pemeriksaan kesehatan berkala atau uji fisik rutin, vaksinasi, imunisasi, konsultasi dan perawatan atau pengobatan preventif, penurunan berat badan atau perawatan obesitas; atau
16. Perawatan di rumah perawatan untuk memulihkan kesehatan, klinik pengobatan tradisional, atau akupuntur atau sejenisnya, health spa atau rawat baring.

## Persyaratan dan Tata Cara

1. Usia Masuk Pemegang Polis adalah 18 - 99 tahun.
2. Tertanggung adalah bisa sekaligus Pemegang Polis atau merupakan pasangan yang sah atau anak yang sah atau orang tua yang sah dari Pemegang Polis, apabila Pemegang Polis merangkap sebagai Tertanggung, maka usia masuk mengikuti usia masuk Tertanggung.
3. 1 (satu) Polis hanya bisa mempertanggungkan maksimal 1 (satu) Tertanggung.
4. Ketentuan Seleksi Risiko (Underwriting) adalah Guaranteed Acceptance.
5. Berlaku Masa Tunggu :
  - 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal Mulai Asuransi untuk Klaim Rawat Inap akibat sakit/penyakit
  - 6 (enam) bulan sejak Tanggal Mulai Asuransi untuk kondisi Pre-existing untuk penyakit-penyakit berikut untuk klaim Rawat Inap
    - Semua jenis hernia,
    - Semua jenis tumor/benjolan/kista termasuk kanker,
    - Semua jenis Tuberkulosis,
    - Wasir/Fistula di anus,
    - Penyakit Tonsil atau adenoid atau kondisi abnormal rongga hidung, sekat hidung atau kerang hidung termasuk sinus,
    - Penyakit kelenjar gondok (tiroid),
    - Penyakit tekanan darah tinggi,
    - Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler) termasuk stroke,
    - Gagal ginjal dan komplikasinya,
    - Batu pada system saluran empedu, batu pada ginjal, saluran kemih atau kandung kemih,
    - Katarak atau kelainan refraksi mata,
    - Tukak pada lambung atau usus dua belas jari,
    - Semua jenis kelainan system reproduksi, termasuk endometriosis, fibroid/miom Rahim, atau dilakukan histerektomi,
    - Diskus intervertebrata yang menonjol,
    - Penyakit kencing manis,
    - Penyakit saluran pernapasan, termasuk asthma dan bronchitis,
    - Penyakit liver, termasuk hepatitis, sirosis dan segala komplikasinya.
6. Produk ini memiliki syarat dan ketentuan yang berlaku, untuk mendapatkan informasi mengenai syarat dan ketentuan ini dapat mengunjungi website [www.ciputralife.com/produk](http://www.ciputralife.com/produk)

## Informasi Layanan Nasabah

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

PT Asuransi Ciputra Indonesia ("Ciputra Life")  
Office Tower @Ciputra World 2 Jakarta Lantai 28  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav 11, Jakarta Selatan 12930

Layanan **KONTAK Ciputra Life** di : 1 500 239

Email : [nasabah@ciputralife.com](mailto:nasabah@ciputralife.com)

Whatsapp : 08170239990

Website : [www.ciputralife.com](http://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

Bapak X berusia 40 tahun, mengaktifkan program Citra Proteksi Kesehatan dengan Plan C. Premi yang dibayarkan sebesar Rp.410.000 (empat ratus sepuluh ribu rupiah) per bulan dengan Manfaat yang didapat antara lain Santunan Harian Rawat Inap sebesar Rp. 500.000,- per hari

Manfaat	Plan
	C
Santunan Tunai Harian kamar Rawat Inap	Rp 500.000
Santunan Tunai Harian kamar ICU	Rp 1.000.000
Pengembalian Premi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 110% Premi yang telah dibayarkan pada akhir tahun ke-10 jika polis aktif dan tidak ada klaim.</li> <li>- 100% Premi yang telah dibayarkan pada akhir tahun ke-10 jika polis aktif dan ada klaim.</li> </ul>
Meninggal Dunia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akibat Kecelakaan : Pengembalian 2 kali dari premi yang telah dibayarkan.</li> <li>- Bukan karena kecelakaan : Pengembalian 1 kali dari premi yang telah dibayarkan</li> </ul>

Pada bulan ke – 10 Bapak X dirawat inap di Rumah Sakit selama 5 Hari Kalender.

Manfaat yang diterima adalah : Rp. 500,000 x 5 hari = Rp. 2,500,000 (dua juta lima ratus ribu rupiah)

Pada bulan ke 11, Bapak X meninggal dunia karena Penyakit,

Santunan duka yang diterima adalah : Rp. 500,000 x 11 = Rp. 5,500,000 (lima juta lima ratus ribu rupiah)

\*dengan asumsi premi bulan ke – 11 sudah diterima

## Informasi Tambahan

1. Definisi-definisi penting:
  - o Pemegang Polis adalah seseorang yang mengadakan perjanjian pertanggungan asuransi dengan Penanggung, seperti tercantum pada Data Polis.
  - o Tertanggung adalah orang yang diasuransikan berdasarkan Polis ini dan namanya tercantum dalam Data Polis
  - o Penerima Manfaat adalah pihak yang memiliki hubungan kepentingan (Insurable Interest) dengan Tertanggung dan ditunjuk untuk menerima Manfaat Asuransi apabila Tertanggung/Pemegang Polis berhalangan.
  - o Keadaan yang telah ada sebelumnya (Pre-existing Condition) adalah suatu keadaan atau kondisi medis yang telah ada sebelum Tanggal Berlakunya Asuransi atau tanggal Pemulihan Polis atau tanggal Perubahan Polis yang disetujui oleh Penanggung sebagaimana tercantum dalam Polis, mana yang paling akhir, dan tidak disebutkan atau dijelaskan pada saat pengajuan atau pemulihan atau perubahan Polis ini. 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 oleh calon Tertanggung atau Tertanggung.
  - o Kecelakaan adalah suatu peristiwa yang dialami Tertanggung selama Masa Pertanggungan dan dapat dibuktikan secara medis, yang datang dari luar karena adanya unsur kekerasan atau benturan fisik, dan dapat dilihat secara nyata, terjadi secara langsung, tiba-tiba, tidak terduga sebelumnya, tidak dikehendaki, tidak ada unsur kesengajaan, serta tidak berhubungan dengan suatu penyakit, pengaruh obat-obatan/alkohol atau sejenisnya dan merupakan penyebab langsung terjadinya cedera tubuh atau meninggal dunia seketika atau dalam waktu 90 (sembilan puluh) Hari Kalender sejak tanggal terjadinya kecelakaan.
  - o Cedera Tubuh adalah cedera yang dialami Tertanggung, yang semata-mata merupakan akibat langsung dari kecelakaan yang menyebabkan Tertanggung mengalami Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
  - o Rawat Inap adalah pengobatan atas diri Tertanggung sebagai pasien di Rumah Sakit dengan fasilitas rawat inap secara terus menerus (paling sedikit 12 (dua belas) jam) yang dibuktikan dengan atas rekomendasi dan di bawah perawatan seorang Dokter, di mana rawat inap tersebut:
    - i. Dilakukan sebagai perawatan langsung atas kondisi kesehatan tertentu, dan
    - ii. Sesuai dan konsisten dengan gejala/tanda, diagnosa dan perawatan kondisi medis sebagai akibat dari penyakit dan/atau Cedera Tubuh sebagaimana ditetapkan oleh Dokter, dan
    - iii. Dilakukan sesuai dengan praktek medis standar sesuai dengan undang undang praktik kedokteran, sebagaimana ditetapkan oleh Dokter dengan ketentuan sebagai berikut:
      - Pelayanan kesehatan atau pengobatan yang sesuai diagnosa
      - Biaya yang layak dan lazim, dan
    - iv. Dibuktikan dengan adanya tagihan biaya kamar perawatan.
  - o Masa Mempelajari Polis adalah periode waktu 14 Hari Kalender sejak tanggal Polis diterima oleh Pemegang Polis, yang diberikan kepada Pemegang Polis untuk mempelajari dan memastikan bahwa isi dari Polis yang diterbitkan tersebut telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Pemegang Polis.
  - o Masa Leluasa adalah tenggang waktu 3 bulan yang diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis untuk membayar Premi yang telah jatuh tempo, dimana dalam tenggang waktu Masa Leluasa tersebut Pertanggungan Asuransi masih berlaku.
  - o Pemulihan Polis adalah tindakan pemulihan kembali efektifitas pertanggungan oleh Penanggung terhadap Polis yang sudah diakhiri oleh karena tidak adanya pembayaran Premi setelah melewati Masa Leluasa dengan didahului adanya pembayaran atas seluruh tunggakan Premi oleh Pemegang Polis.

2. Keabsahan:

- a. Dalam jangka waktu 2 (dua) tahun sejak Tanggal Mulai Pertanggungan atau sejak tanggal pemulihan Polis, tergantung mana yang paling akhir ("**Contestable Period**"), Penanggung berhak untuk meninjau ulang kebenaran atau keabsahan dari Polis berdasarkan Dokumen Permohonan. Jika selama Contestable Period, Penanggung menemukan fakta bahwa informasi, jawaban, pernyataan dan/atau keterangan yang ada dalam Dokumen Permohonan ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini dan/atau tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya, maka Penanggung berhak untuk membatalkan Polis sejak awal (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Pertanggungan Tambahan jika ada) tanpa kewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi apapun dan Penanggung akan mengembalikan Premi (atau Biaya Asuransi Pertanggungan tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (Jika ada).
- b. Penanggung berhak untuk mengakhiri sewaktu-waktu Polis tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan membayarkan Manfaat Asuransi apapun, baik selama Contestable Period maupun setelahnya, jika terdapat Fraud (yang tidak perlu dibuktikan oleh putusan pengadilan) atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian informasi, jawaban, pernyataan dan/atau keterangan yang ada dalam Dokumen Permohonan atau menyembunyikan informasi, jawaban, pernyataan, keterangan, dan/atau data yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan.
- c. Selain hak Penanggung untuk membatalkan sejak awal atau mengakhiri Polis sewaktu-waktu sesuai dengan ayat 1 dan 2 di atas, Penanggung juga berhak untuk melakukan salah satu atau lebih tindakan berikut ini, sesuai dengan ketentuan dan kebijakan Penanggung, apabila Penanggung menemukan bahwa informasi, jawaban, pernyataan dan/atau keterangan yang terdapat dalam Dokumen Permohonan tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini dan/atau tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya, yaitu:
  - i. Menolak setiap klaim yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi; dan/atau
  - ii. Menagih Kembali sebagian atau semua Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan; dan/atau
  - iii. Melakukan tindakan hukum apapun terhadap pihak yang melakukan Fraud.

3. Prosedur, tata cara dan syarat:

o Pengajuan klaim

Setiap pengajuan klaim pembayaran manfaat harus diajukan oleh Pemegang Polis secara tertulis kepada Penanggung dengan disertai dokumen-dokumen penunjang klaim yang diminta oleh Penanggung dan harus diserahkan kepada Penanggung selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) Hari Kalender terhitung sejak terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungkan.

• Dokumen Klaim untuk Rawat Inap adalah sebagai berikut :

- 1) Formulir pengajuan klaim (asli); dan
  - 2) KTP/SIM/Paspor Pemegang Polis dan Tertanggung; dan
  - 3) Kuitansi asli Rawat Inap berikut bukti-bukti penunjang (untuk fotokopi harus dilegalisir oleh Rumah Sakit yang bersangkutan); dan
  - 4) Fotokopi perincian nama obat-obatan yang diberikan selama perawatan; dan
  - 5) Fotokopi hasil pemeriksaan/dokumen penunjang diagnostik lainnya (seperti laboratorium, EKG, USG dan lain-lain) yang dilakukan selama Rawat Inap; dan
  - 6) Formulir Surat Keterangan Dokter untuk klaim Rawat Inap yang diisi oleh Dokter yang merawat (asli); dan
  - 7) Fotokopi buku tabungan yang memuat informasi nomor rekening dimana nomor rekening ini akan menjadi nomor
  - 8) rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran manfaat asuransi; dan
- Surat keterangan atau dokumen lainnya yang berkaitan dengan klaim dan dianggap perlu oleh Penanggung.

- Dokumen Klaim untuk Meninggal Dunia adalah sebagai berikut :
  - 1) Formulir pengajuan Klaim Meninggal Dunia (asli) yang diisi Penerima Manfaat dari Tertanggung; dan
  - 2) Formulir Klaim Meninggal Dunia (asli) yang diisi Dokter dari Tertanggung jika meninggal dunia di Rumah Sakit; dan
  - 3) Fotokopi KTP Tertanggung dan Penerima Manfaat yang mengajukan klaim yang masih berlaku; dan
  - 4) Fotokopi bukti hubungan keluarga Penerima Manfaat dengan Tertanggung berupa Kartu Keluarga atau Akta Lahir atau Akta Nikah; dan
  - 5) Polis asuransi (asli) atau surat keterangan kehilangan dari kepolisian jika Polis asuransi asli hilang; dan
  - 6) Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari instansi yang berwenang; dan
  - 7) Asli atau fotokopi legalisir Akta Kematian dari Catatan Sipil; dan
  - 8) Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kepolisian apabila Meninggal Dunia karena Kecelakaan; dan
  - 9) Fotocopy SIM (Surat Izin Mengemudi) yang sah apabila terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungkan karena kecelakaan dan Tertanggung sebagai pengemudi kendaraan pada saat terjadinya kecelakaan; dan
  - 10) Apabila Tertanggung meninggal di luar wilayah Negara Republik Indonesia maka surat keterangan meninggal harus dilegalisasi oleh KBRI (Kedutaan Besar Republik Indonesia) atau perwakilan negara Indonesia yang disetujui Penanggung; dan
  - 11) Fotokopi buku tabungan atau rekening koran yang memuat informasi nomor rekening dimana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran manfaat asuransi; dan
  - 12) Surat Keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
- o Mekanisme Pembayaran Klaim

Klaim akan dibayarkan ke rekening yang sudah didaftarkan pada Penanggung, dalam waktu maksimal 7 (tujuh) Hari Kerja untuk Rawat Inap dan dalam waktu maksimal 10 (sepuluh) Hari Kerja untuk klaim Meninggal Dunia, terhitung dari pengajuan klaim diterima lengkap dan tidak diperlukan investigasi dan disetujui oleh Penanggung.
- 4. 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.
- 5. Anda akan menerima penawaran produk lain, apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi.
- 6. Informasi lain mengenai biaya, manfaat, dan risiko dapat diakses melalui website resmi [www.ciputralife.com](http://www.ciputralife.com)

## Penting untuk Dibaca :

1. Perusahaan Asuransi 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.
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