

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi Umum

Nama Penerbit	: PT Central Asia Financial	Jenis Produk	: Kesehatan
Nama Produk	: Jaga Sehat Pilihanku	Deskripsi Produk	: Jaga Sehat Pilihanku adalah produk Asuransi yang memberikan perlindungan kesehatan lengkap untuk menjaga kesehatan kamu dan keluarga.
Mata Uang	: Rupiah		

Fitur Utama Asuransi Kesehatan

Usia Masuk Pemegang Polis	: Minimal 21 tahun	Premi	: Mulai dari Rp4.100,00/bulan*
Usia Masuk Tertanggung	: Anak : 0.5 Tahun - 23 tahun Dewasa : 18 tahun - 60 tahun	Masa Pertanggung	: 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang sampai usia maksimum 70 (tujuh puluh) tahun
Uang Pertanggung	: Rp100.000,00 s.d Rp2.000.000,00 Silver, Gold & Platinum	Masa Pembayaran Premi	: 1 tahun

*Premi sudah termasuk biaya layanan lainnya

Manfaat**Paket Silver, Gold, Platinum****1. Santunan Harian Rawat Inap akibat Sakit atau Kecelakaan**

Apabila Tertanggung memerlukan perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit akibat Sakit atau Kecelakaan, maka akan dibayarkan Santunan Harian Rawat Inap sebesar Uang Pertanggung per Tertanggung.

Ketentuan tambahan :

- Maksimal santunan harian rawat inap adalah 90 (sembilan puluh) hari per tahun.
- Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap dan mempunyai lebih dari 1 (satu) Polis dengan manfaat yang sama, maka Penanggung akan membayarkan Santunan Harian Rawat Inap maksimal Rp.2.000.000,- (dua juta rupiah) Per Tertanggung.
- Khusus untuk santunan yang diberikan yang berhubungan dengan infeksi Virus Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related

Paket Gold, Platinum**2. Santunan Pembedahan akibat Sakit atau Kecelakaan**

Apabila Tertanggung menjalani Pembedahan di Rumah Sakit akibat Sakit atau kecelakaan, maka akan dibayarkan Santunan Pembedahan per pembedahan sebesar jumlah aktual biaya pembedahan yang tertera di kuitansi Rumah Sakit dengan maksimal 20 (dua puluh) kali dari Uang Pertanggung dan maksimal kejadian pembedahan per tahun adalah 2 (dua) kali per Tertanggung.

Ketentuan tambahan :

- Pembedahan dilakukan apabila ada indikasi medis.
- Pembedahan yang dilakukan tanpa Rawat Inap, maka maksimal Uang Pertanggung yang akan dibayarkan adalah sesuai biaya aktual yang tertera pada kwitansi Rumah Sakit, maksimal sebesar 25% dari Santunan Pembedahan yang tercantum pada tabel manfaat.

Complex (ARC), infeksi oportunistik, tumor ganas terkait HIV, AIDS atau ARC, Santunan Rawat Inap untuk masing-masing Tertanggung maksimal 60 (enam puluh) hari selama masa perlindungan.

- Khusus untuk Gastroenteritis dan Thypoid yang perawatannya terjadi di 1 (satu) tahun pertama Polis, perlindungan berlaku maksimal untuk 3 (tiga) hari Rawat Inap per kejadian.
- Masa Tunggu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal Mulai Berlakunya Asuransi per Tertanggung untuk mendapatkan manfaat Santunan Rawat Inap akibat Sakit.
- Dalam hal Tertanggung mengambil manfaat tambahan berupa layanan non tunai (cashless) maka Tertanggung dapat menggunakan kartu peserta yang disediakan oleh Penanggung di Rumah Sakit rekanan (Provider) untuk mendapatkan manfaat Santunan Rawat Inap.

Paket Platinum

3. Santunan Rawat Jalan akibat Sakit atau akibat Kecelakaan

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Jalan di Rumah Sakit akibat Sakit atau Kecelakaan, maka akan dibayarkan Santunan Rawat Jalan per kunjungan sebesar jumlah aktual biaya rawat jalan yang tertera di kwitansi Rumah Sakit dengan maksimal santunan sesuai dengan Tabel Manfaat per Tertanggung dan maksimal kejadian Rawat Jalan per tahun adalah 2 (dua) kali per Tertanggung.

Ketentuan tambahan :

- Apabila Tertanggung menjalani Rawat Jalan dan mempunyai lebih dari 1 (satu) Polis dengan manfaat yang sama, maka Penanggung akan membayarkan Santunan Rawat Jalan maksimal Rp500.000,00 (lima ratus ribu rupiah) per kejadian.
- Masa Tunggu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tanggal Mulai Berlakunya Asuransi per Tertanggung untuk mendapatkan manfaat Santunan Rawat Jalan akibat Sakit.

- Masa Tunggu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tanggal Mulai Berlakunya Asuransi per Tertanggung untuk mendapatkan manfaat Santunan Pembedahan akibat Sakit.
- Dalam hal Tertanggung mengambil manfaat tambahan berupa layanan non tunai (cashless) maka Tertanggung dapat menggunakan kartu peserta yang disediakan oleh Penanggung di Rumah Sakit rekanan (Provider) untuk mendapatkan manfaat Santunan Pembedahan.

Risiko

1. Klaim ditolak karena tidak mengajukan klaim sampai dengan 30 (tiga puluh) hari kalender sejak terjadinya Peristiwa yang Dipertanggungkan.
2. Pembatalan sepihak /ditutup oleh Penanggung apabila premi tidak dibayar selama 60 (enam puluh) hari kalender.

Biaya

Biaya Administrasi	Rp0,00
Biaya Pemeliharaan Polis	Rp0,00
Biaya Cetak Polis	Rp100.000,00*
Biaya Cetak Kartu	Rp50.000,00*
Biaya <i>Cashless</i>	Rp7.000,00 per Tertanggung per bulan*

* biaya hanya dibayarkan jika Nasabah mengambil fitur *Cashless* / *Cetak Polis* / *Cetak Kartu*

Pengecualian

1. Perang (dengan atau tanpa adanya pernyataan perang), invasi negara asing ke dalam suatu negara, permusuhan suatu negara dengan negara lainnya, terorisme, perang saudara, pemberontakan, revolusi, huru-hara, kerusuhan, tindakan militer atau kudeta;
2. Keterlibatan Tertanggung dalam tugas militer pada Angkatan Bersenjata atau suatu Badan International
3. Upaya bunuh diri atau upaya apapun sejenisnya baik dalam keadaan sadar / tidak sadar, atau kesepakatan untuk melakukan bunuh diri;
4. Keterlibatan Tertanggung dalam kegiatan berbahaya (atau ikut serta dalam latihan khusus untuk itu), termasuk tetapi tidak terbatas pada kegiatan menyelam dengan menggunakan alat pernafasan, pendakian gunung dengan menggunakan tali atau penunjuk jalan, pot holing, terjun payung, layang gantung, olah raga musim dingin yang melibatkan es atau salju termasuk tetapi tidak terbatas pada ski es dan kereta luncur, hoki es, bungee jumping, olah raga profesional atau olah raga lainnya yang menggunakan kendaraan tertentu;
5. Keterlibatan Tertanggung dalam penerbangan kecuali sebagai seorang penumpang yang sah di dalam pesawat terbang komersial dengan sayap permanen yang disediakan dan di operasikan oleh suatu perusahaan penerbangan atau perusahaan penyewaan pesawat terbang yang mempunyai izin untuk menerbangkan secara rutin penumpang yang membayar atau di dalam helikopter yang disediakan dan di operasikan oleh perusahaan penerbangan, asalkan helikopter yang dimaksud tersebut beroperasi hanya pada bandar udara komersial atau terminal helikopter yang mempunyai izin;
6. Tertanggung melakukan atau ikut serta dalam tindakan melawan hukum dan / atau peraturan yang berlaku di negara dimana tindakan tersebut dilakukan oleh Tertanggung;
7. Kehamilan, kelahiran, atau keguguran dan komplikasi yang terjadi sebagai akibatnya;
8. Pemeriksaan kesehatan rutin atau pemeriksaan lain dimana tidak ada indikasi obyektif mengenai kesehatan yang terganggu, pemeriksaan mata atau upaya perbaikan penglihatan dengan cara apapun, pemeriksaan pendengaran, penyuntikan untuk pencegahan atau vaksinasi, peristirahatan, rehabilitasi;
9. Pengobatan keadaan yang berkaitan dengan kekacauan fungsional atau emosional pikiran, termasuk tetapi tidak terbatas pada gangguan psikotik, neurotik, psikosomatik dan manifestasi nya;
10. Reaksi nuklir, radiasi atau kontaminasi radio aktif;
11. Penyakit bawaan atau kelainan sejak lahir;
12. Pengaturan jarak kelahiran, pengobatan ketidaksuburan dan sterilisasi;
13. Rawat Inap yang disebabkan oleh Sakit yang timbul dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari, Pembedahan atau Rawat Jalan yang disebabkan oleh Sakit yang timbul dalam jangka waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tanggal Mulai Berlakunya Asuransi;
14. Perawatan Rumah Sakit yang disebabkan oleh Penyakit-Penyakit di bawah ini walaupun dalam diagnosa tersebut ada penyakit-penyakit lainnya yang tidak masuk dalam pengecualian yang timbul dalam jangka waktu 365 (tiga ratus enam puluh lima) harisejak Tanggal Mulai Berlakunya Asuransi:
 - a. Segala jenis Autoimun;
 - b. Segala jenis Asma;
 - c. Segala jenis Hernia dan Haemorrhoid;
 - d. Segala jenis tumor dan kanker;
 - e. Endometriosis;
 - f. Penyakit Telinga, Hidung, Tenggorokan yang memerlukan pembedahan;
 - g. Segala jenis Struma (Pembesaran Kelenjar Tiroid / Gondok);
 - h. Segala jenis Katarak;
 - i. Epilepsi (Grand Mal atau Petit Mal);
 - j. Segala jenis TBC (Tuberkulosis);
 - k. Penyakit Radang Empedu dan Batu Kandung Empedu (Cholesistitis, Cholelithiasis, Cholestasis); Segala Penyakit yang berhubungan dengan hati (semua jenis Hepatitis, Amubiasis hati);
 - l. Batu Ginjal, Saluran Kemih dan Kandung Kemih (Urolithiasis, Nefrolithiasis, Pyelolithiasis, Ureterolithiasis, Uretrolithiasis, Vesicolithiasis);
 - m. Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi), Penyakit Jantung (semua penyakit yang berhubungan dengan Jantung) dan Pembuluh Darah (Semua Penyakit Pembuluh Darah baik di dalam Jantung maupun di luar Jantung termasuk Stroke);
 - n. Segala penyakit yang berhubungan dengan saluran pencernaan seperti: Gastritis, Dispepsia;
 - o. Penyakit Kencing manis (Diabetes Mellitus);
 - p. Vertigo;
 - q. Hernia Nucleus Pulposus (HNP) / Low Back Pain (LBP) akibat sakit / kecelakaan / jatuh / sebab apapun
 - r. HIV / AIDS
15. Perawatan Rumah Sakit yang dijalani Tertanggung di luar Rumah Sakit;
16. Perawatan gigi dan atau gusi dan atau bagian penyangganya yang disebabkan oleh Sakit atau Kecelakaan.

*Penjelasan lebih lengkap dapat dilihat di Polis

Persyaratan dan Tata Cara Penutupan Asuransi dan Penyampaian Pengaduan

Persyaratan Umum

1. Usia minimal Pemegang Polis adalah 21 tahun
2. Usia masuk Tertanggung anak adalah 0.5 Tahun – 23 Tahun
3. Usia masuk Tertanggung dewasa adalah 18 tahun - 60 tahun
4. Premi akan dihitung berdasarkan usia Tertanggung dan plan yang dipilih

Kamu dapat menyampaikan pertanyaan dan pengaduan melalui:

PT Central Asia Financial
Citicon Tower 8th floor, Unit C - F
Jl. Letjend S Parman Kav 72 Slipi
Jakarta Barat 11410
Telepon : 021 300 73 660
Whatsapp : 08114 1500 660
Website : www.jagadiri.co.id
Email : cs@jagadiri.co.id

Penutupan Asuransi

Calon nasabah dapat mengajukan Asuransi melalui:

1. Website www.jagadiri.co.id
2. Menghubungi Customer Service Jagadiri untuk nantinya kami hubungi melalui telemarketing

Jam Operasional

Senin – Jumat : 08.00 – 17.00
Sabtu – Minggu : Libur

Simulasi

Bapak Jodi, berusia 35 tahun, memutuskan untuk membeli produk Jaga Sehat Pilihanku dari PT Central Asia Financial untuk melindungi dirinya dari risiko sakit yang mungkin terjadi dan mengambil Plan Platinum 500 dengan premi Rp154.500,00 per bulan.

Setelah 3 bulan dari jangka waktu pembelian Polis Jaga Sehat Pilihanku, Pak Jodi mengalami Rawat Inap di Rumah Sakit di kamar perawatan seharga Rp700.000,00 selama 5 hari, dan pembedahan Rp6.500.000,00 dengan total biaya keseluruhan Rp10.000.000,00.

Berdasarkan rincian biaya yang dikeluarkan Pak Jodi, maka PT Central Asia Financial akan membayarkan klaim sesuai dengan Ketentuan Polis. Sebagai berikut:

Klaim yang diajukan :

Biaya Kamar	:	5 x 700.000	= 3.500.000
Pembedahan	:	6.500.000	= 6.500.000
Total Klaim yang diajukan			= 10.000.000

Klaim yang dibayar :

Biaya Kamar	:	5 x 500.000	= 2.500.000
Pembedahan	:	6.500.000	= 6.500.000
Total Klaim yang dibayar			= 9.000.000

Informasi Tambahan

1. Prosedur dan tata cara klaim:

Apabila Tertanggung menjalani Perawatan Rumah Sakit, maka prosedur pengajuan klaim yang berlaku adalah sebagai berikut:

a. Perawatan yang dilakukan di Jaringan Provider (*Cashless*)

- i. Apabila Tertanggung memerlukan Perawatan Rumah Sakit di Jaringan Provider Rumah Sakit maka Tertanggung wajib menunjukkan Kartu Kepesertaan dan Identitas Diri seperti KTP / SIM / Kartu Keluarga.
- ii. Fasilitas Cashless dapat digunakan setelah Penanggung menerbitkan Surat Jaminan Awal melalui administrator pihak ketiga kepada Jaringan Provider.
- iii. Penerbitan Surat Jaminan Awal bukan merupakan bentuk persetujuan Penanggung atas klaim Perawatan yang sedang berlangsung.
- iv. Penanggung mempunyai hak untuk tidak menerbitkan atau membatalkan Surat Jaminan Awal dan dalam hal tersebut maka Pemegang Polis dapat mengajukan klaim secara langsung kepada Penanggung sesuai dengan Ketentuan Khusus Polis Pasal 8 (delapan) ayat 1 (satu) b.
- v. Apabila pelayanan medis yang terjadi tidak sesuai dengan syarat serta ketentuan Manfaat pertanggung di Polis, maka Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib melakukan pembayaran langsung atas seluruh Pelayanan Medis di Jaringan Provider.
- vi. Apabila Tertanggung memiliki lebih dari 1 (satu) Kartu Peserta yang di terbitkan oleh Penanggung untuk Program Asuransi lainnya dengan manfaat yang sama, serta memiliki fasilitas cashless, maka Tertanggung dapat menggunakan Kartu Peserta saja pada saat menjalani Perawatan Rumah Sakit di Jaringan Provider.

b. Perawatan yang dilakukan di luar

Apabila Tertanggung menjalani Perawatan Rumah Sakit di luar Jaringan Provider atau secara non-cashless maka prosedur pengajuan klaim yang berlaku adalah sebagai berikut:

- i. Dalam waktu selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungjawabkan, Penerima Manfaat harus mengirimkan formulir klaim dan dokumen-dokumen pendukung yang diperlukan oleh Penanggung atas biaya Penerima Manfaat atau pihak yang berhak mengajukan klaim dengan melampirkan :
 - 1) Formulir Klaim Perawatan Rumah Sakit;
 - 2) Fotokopi Identitas diri (KTP) dari Pemegang Polis dan Tertanggung;
 - 3) Fotokopi Kartu Keluarga yang dilegalisir dan/atau barcode dari Pemegang Polis dan Tertanggung;
 - 4) Kwitansi asli atau fotokopi kwitansi legalisir (disertai dengan Surat Koordinasi Manfaat dari Penjamin Pertama) yang berisi total dan perincian biaya Perawatan di Rumah Sakit;
 - 5) Fotokopi buku rekening Bank dari Pemegang Polis (halaman keterangan nomor rekening) atau tangkapan layar halaman informasi nomor rekening (untuk tabungan digital);
 - 6) Fotokopi hasil pemeriksaan Penunjang Medis, seperti hasil laboratorium, hasil bacaan Dokter Radiologi atas Foto Rontgen, MRI, CT-Scan, hasil Patologi Anatomi, dan lainnya selama mendapatkan perawatan;
 - 7) Fotokopi Surat Keterangan Kepolisian atas Peristiwa Kecelakaan yang Asli atau dilegalisir;
 - 8) Dokumen lain yang diperlukan Penanggung apabila Klaim yang diajukan memerlukan klarifikasi dan/atau informasi lebih lanjut

Dokumen tersebut dikirimkan kepada Departemen Klaim Penanggung dengan alamat:

PT Central Asia Financial

Menara Citicon Lantai 8 Unit C-F

Jl. Letjend. S. Parman Kav. 72 Slipi

Jakarta Barat 11410

Selfcare : <https://jagadiri.co.id/selfcare/login>

Email : cs@jagadiri.co.id

- ii. Jika Penanggung memerlukan dokumen lain untuk klarifikasi dan/atau informasi lebih lanjut, maka Penanggung akan menginformasikan kekurangan dokumen tersebut kepada Penerima Manfaat dan/atau Pengaju Klaim. Dokumen-dokumen tersebut harus diterima oleh Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah Penanggung menginformasikan kekurangan dokumen tersebut kepada Penerima Manfaat/Pengaju Klaim. Jika dipandang perlu oleh Penanggung dalam rangka pembuktian kebenaran / kelaziman suatu klaim, Penanggung berhak meminta pendapat pihak ketiga yang independen dan kompeten termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan "post mortem" dan/atau pendapat medis kedua. Pendapat pihak ketiga tersebut dijadikan dasar keputusan Penanggung dalam penyelesaian klaim. Seluruh biaya pemeriksaan medis yang diperlukan Penanggung untuk membuktikan kebenaran klaim tersebut akan menjadi tanggungan Penanggung.
- iii. Jika Penerima Manfaat dan/atau Pengaju Klaim gagal memenuhi kewajibannya seperti diuraikan pada pasal 8 (delapan) ayat 1(satu) b.(i) Ketentuan Khusus Polis ini maka klaim untuk pembayaran santunan menjadi batal kecuali Penanggung dapat menerima bukti-bukti yang diajukan Penerima Manfaat dan/atau Pengaju Klaim mengenai sebab keterlambatan tersebut. Jika Penanggung dapat menerima keterlambatan dimaksud, maka dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari kalender setelah tanggal terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungjawabkan Penanggung harus telah menerima semua dokumen pendukung klaim seperti disyaratkan.

2. Pembayaran Santunan

a. Perawatan dilakukan di Jaringan Provider

Apabila Perawatan Rumah Sakit dilakukan di Jaringan Provider, maka pada saat Tertanggung diperbolehkan meninggalkan Rumah Sakit, pihak Rumah Sakit akan memberitahukan besarnya biaya selama Perawatan Rumah Sakit tersebut.

- i. Apabila Perawatan yang terjadi tidak sesuai dengan Ketentuan Khusus Polis ini, maka Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib melakukan pembayaran langsung atas seluruh biaya Perawatan kepada Rumah Sakit sebelum meninggalkan Rumah Sakit dan Penanggung tidak berkewajiban untuk mengganti biaya yang sudah dibayarkan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung tersebut.
- ii. Apabila biaya perawatan Rumah Sakit lebih besar dari limit maksimal manfaat seperti tercantum pada Data Polis, maka Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib membayar selisih tersebut kepada Rumah Sakit.
- iii. Apabila biaya perawatan Rumah Sakit lebih kecil daripada limit maksimal manfaat seperti tercantum pada Data Polis, maka Penanggung akan membayarkan selisihnya ke rekening Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.
- iv. Pembayaran biaya atas Perawatan di Rumah Sakit rekanan Penanggung melalui Fasilitas Cashless tidak menghapus hak Penanggung menyanggah kebenaran Polis secara keseluruhan, termasuk untuk melakukan analisa atas klaim yang terkait dan/atau melakukan seleksi ulang terhadap Polis sebagaimana diatur pada ketentuan Polis.
- v. Dalam hal terdapat kelebihan pembayaran klaim kepada Rumah Sakit rekanan Penanggung, maka Pemegang Polis wajib membayar kelebihan klaim tersebut kepada Penanggung dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal pemberitahuan kelebihan klaim kepada Pemegang Polis. Pemegang Polis bertanggung jawab untuk menanggung kerugian akibat penggunaan Kartu Peserta yang tidak seharusnya, termasuk namun tidak terbatas pada penggunaan Kartu Peserta oleh pihak selain Tertanggung.
- vi. Apabila Tertanggung memiliki lebih dari 1 (satu) Kartu Peserta yang di terbitkan Penanggung untuk Program Asuransi lainnya, maka Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dapat mengajukan klaim atas Kartu Peserta untuk Program Asuransi lainnya dengan mengikuti syarat dan ketentuan yang berlaku untuk pengajuan klaim di luar Jaringan Provider.

b. Perawatan di luar Jaringan Provider atau secara non-cashless

- i. Kecuali dalam hal tidak dipenuhinya sebagian atau seluruh syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan yang diatur dalam Polis ini oleh Penerima Manfaat dan/atau Pengaju Klaim, santunan akan dibayarkan oleh Penanggung selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja setelah Penanggung menerima seluruh dokumen yang dibutuhkan dalam pengajuan klaim.
- ii. Jika klaim yang diajukan memerlukan investigasi lebih lanjut, Penanggung berhak melakukan proses investigasi dengan melakukan pemberitahuan baik lisan ataupun tertulis kepada Penerima Manfaat dan/atau Pengaju Klaim. Proses investigasi ini dapat menyebabkan penundaan penyelesaian proses klaim.

- iii. Setelah selesainya proses investigasi seperti diatur dalam pasal 8 (delapan) ayat 2 (dua) b.(ii) Ketentuan Khusus Polis ini, Penanggung memberitahukan secara lisan atau tertulis hasil investigasi dan memutuskan pembayaran atau penolakan klaim kepada Penerima Manfaat dan/atau Pengaju Klaim.
- iv. Santunan akan dibayarkan kepada Penerima Manfaat.
- v. Bukti pembayaran santunan oleh Penanggung kepada Penerima Manfaat merupakan pembebasan bagi Penanggung dari semua tanggung jawab Penanggung berkenaan dengan santunan tersebut.
- vi. Dalam hal Penanggung baru mengetahui adanya pernyataan yang salah setelah membayarkan Manfaat Pertanggungan, maka Penanggung berhak menuntut pengembalian seluruh manfaat asuransi yang telah dibayarkan sebelumnya.

3. Klaim Yang Palsu

Penanggung tidak akan membayar santunan jika klaim yang diajukan berdasarkan Polis ini ternyata terbukti tidak benar atau terdapat kecurangan. Jika di kemudian hari Penanggung mengetahui bahwa santunan yang dibayarkan berdasarkan klaim yang palsu, maka Penanggung berhak melakukan tindakan Hukum apapun untuk menuntut di kembalikannya seluruh santunan yang telah dibayarkan tersebut.

4. Apabila terdapat / terjadi perubahan pada manfaat, biaya, risiko, syarat, dan ketentuan umum Polis, akan diberitahukan kepada Pemegang Polis pada alamat terkini Pemegang Polis yang tercatat pada Penanggung paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum terjadinya perubahan.

5. Masa Tunggu:

- a. Tidak ada masa tunggu untuk klaim manfaat perawatan rumah sakit atau santunan meninggal dunia akibat kecelakaan.
- b. Masa tunggu 30 hari untuk klaim manfaat perawatan rumah sakit akibat sakit berlaku per Tertanggung dimulai dari Tanggal Mulai Berlakunya Asuransi.
- c. Masa tunggu 90 hari untuk klaim manfaat santunan pembedahan dan rawat jalan akibat sakit berlaku per Tertanggung dimulai dari Tanggal Mulai Berlakunya Asuransi.
- d. Masa tunggu 365 hari untuk 18 penyakit (lihat di bagian Pengecualian).

Disclaimer (penting untuk dibaca):

1. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini bukan merupakan bagian dari aplikasi pengajuan asuransi dan polis.
2. Kamu wajib untuk membaca, memahami, dan membubuhkan/menyatakan persetujuan pada aplikasi pengajuan asuransi.
3. Informasi yang tercakup dalam Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini berlaku sejak tanggal cetak dokumen sampai dengan tanggal berakhirnya polis.
4. Kamu harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini sebelum menyetujui pembelian produk dan berhak bertanya kepada pegawai Perusahaan Asuransi atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.
5. Kamu memahami bahwa Polis akan dibuat dalam bentuk elektronik ("Polis Elektronik") dan Kamu setuju untuk menerima Polis Elektronik melalui e-mail pribadi Kamu yang sesuai dan tercantum di dalam formulir pengajuan asuransi.
6. Perusahaan Asuransi dapat menolak permohonan produk Kamu apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
7. Syarat dan ketentuan berlaku untuk produk ini dan jika memerlukan informasi lebih lanjut silahkan menghubungi Customer Service Jagadiri melalui nomor (021) 300 73 660 pada hari Senin – Jumat jam kerja 08.00 – 17.00 WIB atau email ke cs@jagadiri.co.id.