

# RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN

## SIMAS SEHAT GOLD



**Nama Penerbit** PT Asuransi Sinar Mas

**Nama Prod** Simas Sehat Gold

**JenisProduk** Asuransi Kesehatan

**Deskripsi Produk** Asuransi Simas Sehat Gold adalah produk asuransi kesehatan yang melindungi dari resiko finansial yang mungkin timbul sebagai akibat dari kecelakaan, sakit maupun pembedahan yang mensyaratkan Rawat Inap di Rumah Sakit.

**Usia Masuk Tertanggung** Dewasa : 18 tahun- 59 tahun (maks. 75 tahun untuk renewal polis).  
Anak : 30 hari - 24 tahun (status masih pelajar dan belum menikah).

**Manfaat Pertanggung** Rp 100 Juta - Rp 400 Juta

**Diskon** a.Maksimal 5% untuk polis keluarga (terdiridari 2 orang).  
b.Maksimal 10% untuk poliskeluarga (terdiridari>2 orang).

**Periode Polis** Bulanan/Tahunan

**Manfaat** Luas Jaminan:  
1. Mengganti BIAYA RUMAH SAKIT sesuai dengan plan yang anda pilih.  
2. Jaminan Tambahan KECELAKAAN DIRI senilai Rp. 10 Juta.

Keunggulan :

1. CASHLESS di RS Provider Asuransi Sinar Mas.
2. TIDAK PERLU pemeriksaan kesehatan untuk peserta dengan usia dibawah 50 tahun.
3. KEPUASAN DIJAMIN. Tertanggung mempunyai waktu 15 hari untuk mempelajari Polis, jika Tertanggung tidak sepenuhnya puas, Polis dapat dikembalikan dalam selang waktu tersebut dan Tertanggung tidak perlu membayar apapun.
4. BISA DICICIL per bulan melalui kartu Kredit Visa/Mastercard.
5. GRATIS ASURANSI KECELAKAAN DIRI senilai Rp 10 Juta.
6. Jaminan EVAKUASI MEDIS DARURAT di seluruh dunia

- Risiko**
1. Jika premi belum dibayar hingga 10 (sepuluh) hari sejak tanggal efektif polis, maka Penanggung dapat membatalkan polis secara sepihak.
  2. Jika pengajuan klaim melebihi 90 (sembilan puluh) hari sejak tanggal lepas rawat inap / tanggal kwitansi, maka klaim tidak dapat dibayarkan.

**Biaya dan Komisi** Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya dan komisi

**Tabel Jaminan dan Premi**

Luas Jaminan	SSG 200	SSG 300	SSG 400	SSG 500
Biaya Kamar dan Menginap, maks 365 hari per hari	200.000	300.000	400.000	500.000
Biaya Kamar ICU/ICCU, maksimum 60 hari, per hari	400.000	600.000	800.000	1.000.000
Biaya Aneka Perawatan di RumahSakit				
BiayaOperasi/Pembedahan (termasukBiayaPembiusan dan Biaya Kamar Bedah)				
BiayaKunjunganDokter di RumahSakit, maks 1 kunj per hari	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Kunjungan Dokter Ahli di Rumah Sakit, maksimum 1 kunj per hari				

Biaya Pemeriksaan Laboratorium & Test Diagnostik (7 hari)	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Konsultasi Lanjutan (30 hari)				
Biaya Transportasi dengan Mobil Ambulance menuju ke RumahSakit (dalam keadaan darurat)				
PerawatanDarurat Gigi Akibat Kecelakaan				
Rawat Jalan Darurat Akibat Kecelakaan				
Santunan Tunai Harian (Perawatan BPJS), maks 365 hari, per hari	200.000	300.000	400.000	500.000
<b>Limit per Perawatan</b>	<b>100.000.000</b>	<b>150.000.000</b>	<b>200.000.000</b>	<b>250.000.000</b>
<b>Batas Max Penggantian per Tahun</b>	<b>100.000.000</b>	<b>150.000.000</b>	<b>200.000.000</b>	<b>250.000.000</b>
<b>Gratis Asuransi Kecelakaan Diri</b>	<b>10.000.000</b>			
<b>Premi Bulanan</b>				
<b>Usia</b>	<b>SSG 200</b>	<b>SSG 300</b>	<b>SSG 400</b>	<b>SSG 500</b>
15 hari - 19 tahun	77.000	105.000	135.000	169.000
20 tahun - 29 tahun	119.000	153.000	171.000	214.000
30 tahun - 39 tahun	164.000	180.000	197.000	247.000
40 tahun - 49 tahun	183.000	202.000	222.000	278.000
50 tahun - 55 tahun	236.000	264.000	293.000	367.000
56 tahun - 59 tahun	280.000	314.000	348.000	435.000
60 tahun - 65 tahun *	364.000	408.000	452.000	565.000
66 tahun - 70 tahun *	510.000	571.000	633.000	792.000
71 tahun - 75 tahun *	764.000	857.000	949.000	1.187.000

\*)khusus renewal

<b>Luas Jaminan</b>	<b>SSG 600</b>	<b>SSG 700</b>	<b>SSG 800</b>
Biaya Kamar dan Menginap, maks 365 hari per hari	600.000	700.000	800.000
Biaya Kamar ICU/ICCU, maksimum 60 hari, per hari	1.200.000	1.400.000	1.600.000
Biaya Aneka Perawatan di Rumah Sakit	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Operasi/Pembedahan (termasuk Biaya Pembiusan dan Biaya Kamar Bedah)			
Biaya Kunjungan Dokter di Rumah Sakit, maks 1 kunj per hari			
Biaya Kunjungan Dokter Ahli di Rumah Sakit, maksimum 1 kunj per hari			
Biaya Pemeriksaan Laboratorium & Test Diagnostik (7 hari)			
Biaya Konsultasi Lanjutan (30 hari)			
Biaya Transportasi dengan Mobil Ambulance menuju ke Rumah Sakit (dalam keadaan darurat)			
Perawatan Darurat Gigi Akibat Kecelakaan			
Rawat Jalan Darurat Akibat Kecelakaan			
Santunan Tunai Harian (Perawatan BPJS), maks 365 hari, per hari			
<b>Limit per Perawatan</b>	<b>300.000.000</b>	<b>350.000.000</b>	<b>400.000.000</b>
<b>Batas Max Penggantian per Tahun</b>	<b>300.000.000</b>	<b>350.000.000</b>	<b>400.000.000</b>
<b>Gratis Asuransi Kecelakaan Diri</b>	<b>10.000.000</b>		
<b>Premi Bulanan</b>			
<b>Usia</b>	<b>SSG 600</b>	<b>SSG 700</b>	<b>SSG 800</b>
15 hari - 19 tahun	203.000	237.000	270.000
20 tahun - 29 tahun	257.000	300.000	342.000
30 tahun - 39 tahun	296.000	345.000	394.000
40 tahun - 49 tahun	333.000	389.000	444.000
50 tahun - 55 tahun	440.000	513.000	586.000
56 tahun - 59 tahun	522.000	609.000	696.000
60 tahun - 65 tahun *	678.000	791.000	904.000
66 tahun - 70 tahun *	950.000	1.108.000	1.266.000
71 tahun - 75 tahun *	1.424.000	1.661.000	1.898.000

\*)khusus renewal

TABEL PREMI	
UNTUK PENAMBAHAN PERTANGGUNGAN ASURANSI KECELAKAAN DIRI (MIN. USIA 18 TAHUN)	
PREMI PER BULAN UNTUK SETIAP TERTANGGUNG	
JUMLAH PERTANGGUNGAN	PREMI
Rp. 100.000.000,-	Rp. 10.200
Rp. 200.000.000,-	Rp. 20.400
Rp. 300.000.000,-	Rp. 30.000
Rp. 400.000.000,-	Rp. 40.800
Rp. 500.000.000,-	Rp. 50.400

## Penjelasan Jaminan

1. **Biaya Kamar dan Menginap**  
Penggantian biaya-biaya sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk akomodasi kamar dan menginap, pelayanan perawatan umum dan makanan untuk setiap hari perawatan sebagai pasien menginap yang terdaftar di Rumah Sakit atas rekomendasi dari praktisi kedokteran yang terdaftar. Batas jaminan yang dijelaskan dalam Tabel Jaminan Polis adalah batas harian dan jumlah maksimum hari untuk setiap perawatan-inap tidak boleh melebihi 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari untuk setiap Ketidakmampuan Secara Fisik.
2. **Biaya Kamar ICU/ICCU (Unit Perawatan Intensif)**  
Penggantian biaya-biaya harian yang sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit selama perawatan sebagai pasien menginap di Unit Perawatan Intensif dari Rumah Sakit asalkan dinyatakan Secara Medis Diperlukan oleh Dokter yang merawat atau Dokter Bedah bahwa seorang Tertanggung harus dirawat menginap di Unit Perawatan Intensif. Batas jaminan yang dijelaskan dalam Tabel Jaminan Polis adalah batas harian dan jumlah maksimum hari untuk setiap perawatan-inap tidak boleh melebihi 60 (enam puluh) hari sebagaimana tercantum dalam Tabel Jaminan Polis. Jumlah 60 (enam puluh) hari ini sudah termasuk dalam 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari untuk Biaya Kamar & Menginap.
3. **Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit**  
Penggantian biaya-biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Rumah Sakit atas semua pelayanan yang umumnya diberikan oleh Rumah Sakit yang Secara Medis Diperlukan selama periode perawatan-inap, yang mencakup obat-obatan yang diresepkan dan dikonsumsi selama di Rumah Sakit, perban, plester, biaya pengobatan, fisiotherapi, pemeriksaan laboratorium dan sinar-X, elektrokardiogram, infus, administrasi transfusi dan transfuse darah, oxygen dan administrasinya, penyewaan alat-alat di Rumah Sakit, Jururawat Pribadi selama di Rumah Sakit jika Secara Medis Diperlukan, Perawatan Harian dan biaya administrasi Rumah Sakit.
4. **Biaya Pembedahan**  
Penggantian biaya-biaya untuk pembayaran Dokter Bedah, pemeriksaan sebelum pembedahan dan semua perawatan umum pasca pembedahan sampai dengan 31 (tiga puluh satu) hari sebelum dan atau sesudah pembedahan, yang dibebankan oleh Dokter Bedah, tetapi tidak boleh melebihi batas maksimum Pengeluaran yang memenuhi syarat. Biaya Pembedahan akan termasuk pula biaya-biaya yang dibebankan oleh Dokter Umum/Bedah kedua yang mungkin saja diajak berkonsultasi sebelum perawatan-inap di Rumah Sakit untuk operasi pembedahan.
  - a. Termasuk pula dalam Biaya Pembedahan adalah Penggantian biaya-biaya sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter Bius dan Biaya Kamar Bedah sehubungan dengan prosedur pembedahan yang dilakukan.
  - b. Penggantian biaya-biaya yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk pemeriksaan DSA (Digital Substraction Angiography) yang dilanjutkan dengan tindakan terapeutik seperti embolisasi, stenting, trombolisis, trombektomi dan tindakan terapi terapeutik lainnya hanya untuk peserta yang dinyatakan sudah menderita stroke dan HARUS memenuhi seluruh kriteria dibawah ini:
    - 1) Kelainan neurologis yang menetap seperti kelumpuhan sebagian atau seluruh anggota badan selama lebih dari 24 (dua puluh empat) jam.
    - 2) Terdapat hasil radiologi yang menunjang adanya kematian jaringan otak.

#### Ketentuan Khusus:

##### Pembedahan Rawat Jalan

Biaya maksimum yang dapat dibayarkan untuk pembedahan di Bagian Rawat Jalan dari sebuah Rumah Sakit atau di Ruang Praktek Dokter Bedah didasarkan pada Batasan Pengeluaran yang memenuhi syarat dalam Polis.

5. Kunjungan Dokter di Rumah Sakit  
Penggantian biaya-biaya sebenarnya yang dibebankan oleh seorang Dokter untuk kunjungan dan pengobatan harian oleh Dokter tersebut dalam kasus perawatan-inap non-bedah dengan batasan maksimum satu kunjungan per-hari.
6. Kunjungan dan Konsultasi Dokter Spesialis di Rumah Sakit  
Penggantian biaya-biaya konsultasi yang dibebankan oleh seorang Dokter Spesialis sehubungan dengan Ketidakmampuan Secara Fisik yang membutuhkan perawatan-inap di Rumah Sakit asalkan konsultasi tersebut telah direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter yang merawat.
7. Biaya Pemeriksaan Laboratorium dan Test Diagnostik sebelum Perawatan Inap Rumah Sakit  
Penggantian biaya-biaya konsultasi Dokter Umum, Spesialis dan Test Laboratorium yang terjadi dalam waktu 7 (tujuh) hari sebelum perawatan-inap non bedah di Rumah Sakit asalkan tidak melebihi jumlah yang tercantum dalam Tabel Jaminan Polis.
8. Biaya Konsultasi Lanjutan  
Penggantian biaya yang timbul atas pengobatan lanjutan oleh Dokter yang sama sampai periode 30 (tiga puluh) hari setelah lepas rawat-inap dari Rumah Sakit, dalam kasus perawatan-inap non-bedah.
9. Biaya Transportasi dengan Mobil Ambulans menuju ke Rumah Sakit (Dalam Keadaan Darurat)  
Penggantian biaya yang dibebankan oleh suatu Rumah Sakit atau organisasi yang menyediakan jasa Mobil Ambulans untuk mengangkut seorang Tertanggung dari tempat kejadian ke Rumah Sakit pada saat darurat untuk perawatan-inap di Rumah Sakit.
10. Perawatan Darurat Gigi Akibat Kecelakaan  
Penggantian biaya yang terjadi sebagai akibat dari cedera karena kecelakaan yang terjadi pada gigi alaminya yang benar-benar sehat, perawatan mana dilakukan di Klinik atau Rumah Sakit dan sebagai pasien rawat jalan asalkan perawatan dilakukan dalam jangka waktu 24 (dua puluh empat) jam setelah kecelakaan dan perawatan demikian telah direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter jaga. Termasuk pula dibawah jaminan ini segala biaya untuk konsultasi dan pengobatan lanjutan akibat kecelakaan yang dilakukan dalam waktu 14 (empat belas) hari sejak terjadinya kecelakaan.
11. Rawat Jalan Darurat Akibat Kecelakaan  
Penggantian biaya atas perawatan darurat yang terjadi sebagai akibat dari cedera karena kecelakaan yang dilakukan di Klinik atau Rumah Sakit dan sebagai pasien berobat jalan dalam jangka waktu 48 (empat puluh delapan) jam setelah kecelakaan yang menyebabkan cedera itu. Termasuk pula dibawah jaminan ini segala biaya untuk konsultasi dan pengobatan lanjutan akibat kecelakaan yang dilakukan dalam waktu 14 (empat belas) hari sejak terjadinya kecelakaan.
12. Kecelakaan Diri (Bebas Premi)  
Luas Jaminan yang dimaksud dalam pertanggungan ini adalah untuk Resiko A (Meninggal Dunia akibat Kecelakaan) dan Resiko B (Cacat Tetap Sebagian atau Seluruhnya). Batas Maksimum Penggantian sesuai yang tercantum pada Ikhtisar Polis.
13. Santunan Tunai Harian (Perawatan BPJS)  
Dalam hal Tertanggung terdaftar secara ganda sebagai peserta Polis Asuransi Kesehatan dan BPJS Kesehatan, maka apabila Tertanggung menjalani perawatan inap sesuai dengan tahapan dari prosedur BPJS Kesehatan, Tertanggung berhak mendapatkan santunan tunai harian sebesar limit Biaya Kamar dan Menginap dari

Polis Asuransi Kesehatan. Jumlah maksimum hari yang dibayarkan adalah sesuai jumlah hari perawatan menginap yang dibebankan oleh Rumah Sakit.

13.1. Termasuk dibawah jaminan ini:

- 13.1.1. Perawatan bedah tanpa menginap di Rumah Sakit / pembedahan rawat jalan (one day surgery) serta perawatan bedah lainnya yang dijamin Polis dengan batas maksimum santunan sebesar jumlah dari perawatan.
- 13.1.2. Perawatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan secara tidak penuh, dimana excess biaya yang timbul telah ditanggung oleh Penanggung lain.

13.2. Tidak termasuk dibawah jaminan ini:

- 13.2.1. Perawatan yang tidak dijamin Polis.
- 13.2.2. Perawatan harian tanpa menginap di Rumah Sakit seperti kemoterapi, hemodialisa, tranfusi darah, injeksi pegasys/interferon dan pengobatan sejenis.
- 13.2.3. Perawatan yang tidak mengikuti ketentuan BPJS Kesehatan.
- 13.2.4. Perawatan dari BPJS Kesehatan yang telah atau akan dibayarkan sebagian oleh Penanggung termasuk biaya obat-obatan, alat medis dan sebagainya, yang mana biaya tersebut tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan.

#### KETENTUAN :

Khusus manfaat nomor urut 1 dan 2, Biaya Kamar dan Menginap yang dipilih tidak boleh melebihi Biaya Kamar dan Menginap yang tercantum dalam Ikhtisar Polis. Jika Biaya Kamar dan Menginap yang dipilih ternyata melebihi yang tercantum dalam Ikhtisar Polis, maka biaya-biaya yang dapat dibayar oleh Penanggung akan dihitung secara proporsional berdasarkan rumus :

Biaya yang dapat dibayar:

$$\frac{\text{Biaya Kamar \& Menginap sesuai Ikhtisar Polis} \times \text{Biaya Sebenarnya}}{\text{Biaya Kamar \& Menginap yang dipilih}}$$

Asalkan tidak melebihi Batas Maksimum Penggantian per jenis Jaminan untuk tiap perawatan dan Batasan Maksimum Penggantian Per-Tahun. Selisih dari Biaya yang tidak dapat dibayar menjadi tanggung jawab dari Tertanggung.

#### **Pengecualian**

1. Jenis penyakit yang diderita pada:
  - 1.1. 30 (tiga puluh) hari pertama dari Tanggal Efektif Kepesertaan Awal.  
Semua jenis penyakit yang terjadi/timbul dalam 30 (tiga puluh) hari pertama dari saat Tanggal Efektif Polis (Kepesertaan Awal), kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan.
  - 1.2. 12 (dua belas) bulan pertama dari Tanggal Efektif Kepesertaan Awal.  
Penyakit yang secara medis dinyatakan bersifat kronis, meskipun belum pernah disadari sebelumnya, yaitu:
    - 1.2.1 Pengerasan sumsum tulang, seperti Multiple Sclerosis dll.
    - 1.2.2 Penyakit Saluran Pernafasan, seperti Asthma, TBC dll.
    - 1.2.3 Pelebaran Pembuluh Darah/varises seperti Varises tungkai, Haemorrhoids dll.
    - 1.2.4 Pelebaran Pembuluh Darah Jantung (Cardio Vascular Disease) seperti Hypertensi, Hypotensi, Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Jantung (MCI), Serangan Jantung dll.
    - 1.2.5 Cerebro Vascular Disorder, seperti stroke dll.
    - 1.2.6 Ayan/epilepsy.
    - 1.2.7 Segala jenis Kanker dan segala jenis Tumor.
    - 1.2.8 Gangguan Kelenjar Tyroid/Gondok seperti Hypothyroid, Hyperthyroid (Pembesaran Kelenjar Thyroid),
    - 1.2.9 Hepatitis B, Hepatitis Non A Non B, Hepatitis C.
    - 1.2.10 Gangguan Saluran Pencernaan, termasuk kedalamnya Gangguan Lambung, Usus Besar, Usus Kecil, Appendix/Usus Buntu, Hati, Kandung Empedu (contoh: Radang Batu Empedu) Dyspepsia dan Gangguan Saluran Pencernaan lain.
    - 1.2.11 Diabetes Mellitus dan penyakit metabolisme lainnya.
    - 1.2.12 Penyakit Saluran Kemih seperti Saluran Kencing/Ureter, Ginjal (Batu

Ginjal, Kolik), Uretra Vesica Urinaria termasuk batu pada Saluran Kemih tersebut diatas.

- 1.2.13 Gangguan Persendian (Rheumatik/ Gout) atau Gangguan Tulang (Osteoporosis) dan Penyakit Otot lain.
  - 1.2.14 Katarak.
  - 1.2.15 Ketidaknormalan pada Nasal Septum atau Turbinates dan Sinus, seperti Septum Deviasi.
  - 1.2.16 Tonsil yang sakit dan perludioperasi/ Operasi Amandel.
  - 1.2.17 Segala jenis Hernia (contoh: HNP atau Hernia Nucleus Pulposus).
  - 1.2.18 Fistula Ani.
  - 1.2.19 Penyakit Saluran Reproduksi pada wanita (Endometriosis, Kista, Mioma) dan pada laki-laki (Pembesaran Protat, Varicocele, Hydrocele) dll.
  - 1.2.20 Kelainan kulit yang tidak membutuhkan Antibiotik untuk pengobatannya.
  - 1.2.21 Penyakit lain yang secara medis dinyatakan bersifat kronis
2. Tindakan bunuh diri atau cedera yang diakibatkan oleh perbuatan diri sendiri atau setiap percobaan kearah itu, baik dalam keadaan sadar maupun tidak sadar; dan pelanggaran hokum atau setiap usaha pelanggaran hokum atau perlawanan atas penangkapan maupun penahanan secara hukum.
  3. Cedera atau penyakit yang ditimbulkan secara langsung maupun tidak langsung akibat perang, segala tindakan peperangan baik yang dinyatakan maupun tidak, tindakan criminal atau teroris, mengemban tugas militer secara penuh waktu, keikutsertaan secara langsung dalam huru-hara, pemogokan dan pergolakan sipil atau pemberontakan.
  4. Bencana alam, gempa bumi, tsunami dan letusan gunung berapi, angin topan, badai, banjir atau gejala geologi atau meteorologi lainnya.
  5. Semua pekerjaan atas gigi, perawatan gigi atau operasi gigi termasuk pencabutan gigi yang terjepit, atau segala pekerjaan/perawatan yang disebabkan dan/atau berhubungan dengan gigi, kecuali yang dinyatakan perlu oleh Dokter karena Cedera akibat Kecelakaan.
  6. Pemeriksaan mata atau refraksi mata untuk maksud penyesuaian kacamata.
  7. Alat bantu pendengaran dan pemasangan maupun penyesuaian alat bantu pendengaran.
  8. Kehamilan, termasuk melahirkan, operasi caesar, keguguran, aborsi, perawatan pre-natal (sebelum kelahiran) dan post-natal (setelah kelahiran) dan semua komplikasinya. Setiap perawatan yang berhubungan dengan pembedahan, metode-metode mekanis dan kimiawi untuk pengaturan kelahiran, perawatan yang berhubungan dengan kemandulan dan perawatan atas gangguan menstruasi.
  9. Penyakit dengan diagnose Kista Dermoid dan/atau Teratoma.
  10. Istirahat untuk penyembuhan atau perawatan di Sanatorium termasuk pengobatan untuk tujuan penyembuhan/ pemulihan seperti lelah mental atau lelah fisik; penyakit kelamin, penyalahgunaan obat bius atau kecanduan minuman keras (alkohol), penyakit menular yang diharuskan oleh hokum untuk diisolasi atau dikarantinakan (contoh Severe Acute Respiratory Syndrome/SARS atau Sindrom Pernapasan Sangat Akut), dan wabah penyakit.
  11. Wabah penyakit, Epidemi dan Pandemi termasuk penyakit menular yang diharuskan oleh hukum untuk diisolasi atau dikarantinakan (seperti Severe Acute Respiratory Syndrome/SARS, Middle East Respiratory Syndrome /MERS CoV, Coronavirus disease (Covid-19) dan penyakit menular lainnya yang dapat menyebabkan kematian.
  12. Setiap perawatan atau pembedahan terhadap Cacat/Kelainan Bawaan (Penyakit atau Ketidakmampuan Secara Fisik yang dibawa sejak lahir) seperti yang

tercantum pada Pasal 1: Definisi/Istilah, termasuk segala jenis hernia dan penyakit ayan (Epilepsi) kecuali yang disebabkan oleh trauma yang terjadi setelah Tertanggung sudah dijamin oleh Polis secara berkesinambungan.

13. Operasi plastic selain akibat Kecelakaan. Bedah kecantikan oleh sebab apapun.
14. Perawatan khusus untuk pengurangan atau penambahan berat badan.
15. Biaya-biaya perawatan khusus atau pembelian alat-alat prosthetic kecuali penyewaan alat tersebut selama perawatan-inap di Rumah Sakit.
16. Biaya-biaya yang bisa diklaim melalui Asuransi Tenaga Kerja atau BPJS KESEHATAN. Hanya kelebihan biaya dari Asuransi Tenaga Kerja/BPJS KESEHATAN yang akan dibayarkan; atau yang dihitung dari Ikhtisar Polis, mana saja yang lebih rendah.
17. Biaya-biaya yang dikenakan untuk pelayanan yang bukan merupakan pengobatan seperti penggunaan telepon, televisi dan fasilitas sejenis.
18. Setiap perawatan untuk kelainan fungsi fisik atau mental termasuk fisiologis atau manifestasi penyakit jiwa (psychosomatic); atau kondisi yang diakibatkan oleh penyakit syaraf (neurosis).
19. Setiap pemeriksaan kesehatan atau pemeriksaan fisik secara rutin atau berkala, terapi fisik, test-test yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnose kondisi yang dijamin atau pemeriksaan yang tidak Diperlukan Secara Medis dan setiap perawatan atau obat-obatan atau pemeriksaan yang sifatnya preventif dan juga perawatan yang dilakukan selain oleh Dokter yang diakui/Dokter yang memiliki izin praktek di dalam wilayah geografis dimana pelayanan jasa kedokteran tersebut diberikan.
20. Tidak ada santunan yang dapat dibayarkan bila Pemegang Polis atau Tanggungan Pemegang Polis dirawat-inap di Rumah Sakit dengan bebas biaya (gratis).
21. Kondisi-kondisi yang berhubungan dengan penyakit-penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual serta semua akibat-akibatnya.
22. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) dan ARC (AIDS Related Complex) termasuk adanya HIV atau akibat-akibatnya.
23. Radiasi Ionisasi atau kontaminasi/pencemaran radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau limbah nuklir dari hasil proses fisi/reaksi/pemecahan nuklir atau dari setiap bahan-bahan senjata nuklir.
24. Penyakit atau Cedera yang ditimbulkan oleh semua jenis perlombaan (kecuali lomba lari), menyelam dengan alat bantu pernafasan, panjat tebing, berburu, polo, lomba ketangkasan berkuda, balap mobil/motor, olahraga musim dingin, olahraga profesional, penerbangan pribadi kecuali sebagai penumpang dalam penerbangan komersial yang berjadwal dan mempunyai izin untuk membawa penumpang pada rute-rute tertentu.
25. Pemeriksaan dan pengobatan yang tidak diakui secara luas di bidang kedokteran barat, seperti: akupuntur, shinse, dukun patah tulang, herbal dan lain-lain, serta segala akibat-akibat yang ditimbulkannya.
26. Pengecualian Khusus Jaminan Personal Accident  
Apabila tidak diadakan perjanjian lain, maka Tertanggung tidak ada hak atas pembayaran ganti rugi berhubungan dengan:
  - a. Kecelakaan yang disebabkan atau mungkin terjadi karena sakit, cacat atau karena suatu keadaan tidak normal pada jasmani dan/atau rohani dari Tertanggung.
  - b. Bertambah besarnya akibat dari kecelakaan karena keadaan seperti tersebut dalam sub a) diatas, misalnya: kencing manis, peredaran darah yang tidak baik, pembuluh darah mekar.
  - c. Jika hal ini terjadi maka jumlah pembayaran tidak akan melebihi jumlah yang seharusnya akan dibayarkan bilamana salah satu akibat yang memperkuat keadaan tidak terjadi.

27. Setiap biaya-biaya yang timbul sehubungan prosedur DSA (Digital Substraction Angiography) untuk peserta yang TIDAK MENDERITA STROKE walaupun bertujuan untuk penegakan diagnosa (pro diagnostik) dan direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter, termasuk untuk peserta yang TIDAK MENDERITA STROKE walaupun prosedur DSA dilanjutkan dengan tindakan terapeutik seperti embolisasi, stenting, trombolisis, trombektomi dan tindakan terapi terapeutik lainnya dan direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter.

### **Persyaratan dan Tata Cara**

#### Persyaratan Dokumen Penutupan Polis:

1. Menyampaikan Formulir Aplikasi SSG yang sudah diisi/dilengkapi.
2. Menyampaikan Fotokopi KTP/Paspor/SIM untuk WNI dan KITAS/KITAP untuk WNA, dan NPWP.
3. Menyampaikan Fotokopi KK.
4. Melakukan pemeriksaan kesehatan (usia di atas 50 tahun).

#### Prosedur Pengaduan

Menu Hubungi Kami - Pengaduan di [www.sinarmas.co.id](http://www.sinarmas.co.id)

Email :[info@sinarmas.co.id](mailto:info@sinarmas.co.id)

24 Hour Customer Care 021 235 67 888 / 5050 7888

WhatsApp (021) 8060 0691 (message only)

Telp. 021 2918 9999 / 5050 9888 (hunung)

Faks. 021 3902159 - 60

#### Persyaratan Dokumen Pengajuan Klaim

##### Dokumen Klaim Asuransi Rawat Inap untuk Reimbursement:

1. Formulir klaim yang telah diisi dan ditandatangani oleh Tertanggung dan Dokter yang merawat serta Dokter Bedah (bila ada pembedahan).
2. Kwitansi-kwitansi asli dari Rumah Sakit beserta perinciandari biaya-biaya yang dikeluarkan atas perawatan tersebut (perincian penggunaan obat-obatan yang dikonsumsi dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan di Rumah Sakit).
3. Surat Kuasa kepada Penanggung untuk meminta informasi kepada pihak Rumah Sakit yang merawat.
4. Dokumen penunjang lainnya (asli), misalnya hasil pemeriksaan laboratorium dan Medical Record dari Rumah Sakit.

##### Dokumen klaim Asuransi Kecelakaan Diri:

1. Formulir klaim yang telah diisi dan ditandatangani.
2. Fotocopy KTP/ Identitas Diri.
3. Fotocopy SIM (jika mengendarai kendaraan bermotor).
4. Kronologis dan berita acara terjadinya kecelakaan.
5. Asli Surat Laporan Kepolisian (untuk kecelakaan lalu lintas, penganiayaan, dan kasus-kasus yang relevan lainnya).
6. Asli kwitansi-kwitansi biaya pengobatan.
7. Foto Rontgen (bila ada).
8. Dokumen-dokumen lain yang dapat mendukung klaim ini.

##### Bila meninggal dunia disertakan dokumen sebagai berikut:

1. Asli/legalisir Visum et Repertum dari Rumah Sakit.
2. Asli/legalisir Surat Keterangan pemeriksaan jenazah dari Rumah Sakit.
3. Asli/legalisir Surat Keterangan Kematian dari kelurahan.
4. KTP Asli.

#### Prosedur Klaim

Tata Cara Pengajuan Klaim Rawat Inap di Rumah Sakit Provider Dengan cara :

1. Sebelum Tertanggung masuk ke Rumah Sakit Provider, Tertanggung harus melaporkan kepada Penanggung untuk mendapatkan Surat Jaminan dari Penanggung.
2. Dalam keadaan darurat dimana tidak memungkinkan bagi Tertanggung untuk memberitahukan terlebih dahulu kepada Penanggung bahwa Tertanggung akan dirawat inap di Rumah Sakit Provider, maka Tertanggung dapat menunjukkan Kartu Peserta Asuransi kepada Rumah Sakit Provider agar mendapatkan perawatan segera. Sebelum Tertanggung lepas rawat inap di Rumah sakit, Tertanggung atau wakil dari Tertanggung sudah harus memberitahukan kepada



- Penanggung mengenai perawatan inap tersebut. Jika tidak, maka menjadi tanggung jawab Tertanggung untuk terlebih dahulu membayar seluruh tagihan dari Rumah Sakit untuk selanjutnya ditagih kembali kepada Penanggung.
3. Tertanggung harus menunjukkan Kartu Peserta Asuransi dan KTP yang masih berlaku. Untuk Tanggungan Tertanggung dibawah umur dapat menggunakan KTP Tertanggung
  4. Tertanggung harus mengisi dan menandatangani Formulir Klaim Asuransi yang akan diberikan oleh Rumah Sakit Provider yang bersangkutan.
  5. Jika karena sebab apapun Tertanggung dirawat inap pada Kamar yang Biaya Kamar dan Menginapnya lebih tinggi dari yang tercantum pada kartu Peserta Asuransi maka Tertanggung berkewajiban menanggung seluruh kelebihan biaya yang berada di atas batas maksimum jaminan untuk Tertanggung tersebut.
  6. Batasan Sistem Provider
    - a. Sistem Provider tidak berlaku untuk jaminan-jaminan di bawah ini:
      - 1) Perawatan Harian/One Day Care
      - 2) Tindakan "One Day Surgery"
      - 3) Konsultasi dan Pemeriksaan Labaratorium sebelum Perawatan Menginap di Rumah Sakit
      - 4) Konsultasi dan pengobatan setelah Rawat Inap
      - 5) Perawatan Darurat Gigi akibat Kecelakaan
      - 6) Rawat Jalan Darurat akibat Kecelakaan
      - 7) Atas jaminan tersebut diatas berlaku sistem Non Provider (system Reimbursement).
    - b. Sistem Provider tidak berlaku apabila Tertanggung menggunakan harga kamar lebih tinggi dari Plan yang diambil untuk alasan apapun.
    - c. Sistem Provider tidak berlaku apabila diagnosa penyakit termasuk grey-area (diagnosa yang belum dapat langsung ditegakkan di awal perawatan dan berpotensi menimbulkan dispute di kemudian hari, contoh: kista).

#### Prosedur Klaim Evakuasi Medis Darurat

Dalam hal Peserta membutuhkan layanan, maka peserta dapat menghubungi GAH Alarm Center di nomor telpon 62-21-29978999 dengan menginfomasikan data-data sebagai berikut:

1. Nama Peserta;
2. No Polis dan Nomor Register;
3. Lokasi Peserta;
4. Nomor telpon yang bisa dihubungi;
5. Dokter yang merawat (jika perawatan inap).

#### Tata Cara Klaim Perawatan Inap secara Reimbursement:

1. Laporan tertulis atas Cedera atau Penyakit atas mana klaim dapat didasarkan dan yang dijamin oleh Polis ini, harus diserahkan kepada Penanggung sesegera mungkin tetapi tidak boleh lebih dari 20 (dua puluh) hari dari saat kejadian atau dari mulainya perawatan-inap atau operasi di Rumah Sakit.
2. Tertanggung harus membayar sendiri terlebih dahulu seluruh biaya perawatan inap di Rumah Sakit.
3. Tertanggung harus mengisi dan menandatangani Formulir Klaim dan Formulir Surat Kuasa yang dapat diminta kepada Penanggung sebelum lepas rawat dari Rumah Sakit.
4. Halaman Belakang dari Formulir Klaim tersebut harus pula diisi, dilengkapi dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat serta Dokter Bedah (bila ada pembedahan).
5. Tertanggung harus menyertakan seluruh Kwitansi asli dari Rumah Sakit beserta perincian dari biaya-biaya yang dikeluarkan atas perawatan tersebut (perincian penggunaan obat-obatan yang dikonsumsi dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan di Rumah Sakit).
6. Formulir Klaim dan Surat Kuasa yang sudah diisi, dilengkapi dan ditandatangani bersama dengan kuitansi-kuitansi asli termasuk dokumen lainnya, harus dikirimkan kepada Penanggung atas biaya Tertanggung sesegera mungkin dan selambat-lambatnya dalam waktu 90 (Sembilan puluh) hari setelah berakhirnya periode perawatan atas mana klaim diajukan (setelah lepas rawat inap dari Rumah Sakit).

#### Penyelesaian dan Pembayaran Klaim

Pelaksanaan pembayaran Klaim oleh Asuransi dilakukan sesuai ketentuan dalam Polis.

Bila tidak tercantum dalam Polis maka pembayaran Klaim dilakukan selambat-lambatnya dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah adanya kesepakatan mengenai nilai ganti rugi.

### Simulasi

Contoh simulasi perhitungan premi:

Bapak A (31 Tahun) membeli produk Asuransi SSG Plan SSG 300 untuk dirinya dan istrinya, Ibu B (27 tahun) dengan premi yang dibayarkan sebagai berikut:

Nama	Premi/Bulan	Premi/Tahun
Bapak A	Rp. 153.000	Rp. 1.836.000
Ibu B	Rp. 131.000	Rp. 1.572.000
<b>TOTAL</b>	<b>Rp. 284.000</b>	<b>Rp. 3.408.000</b>
Diskon	(Rp. 14.200)	(Rp. 170.400)
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>Rp. 269.800</b>	<b>Rp. 3.237.600</b>

Contoh simulasi pembayaran klaim (1) :

Bapak A memiliki Asuransi SSG Plan SSG 300. Bapak A dirawat inap di RS karena demam berdarah selama 7 hari dan menggunakan harga kamar di RS sesuai plan SSG yang dimiliki (Rp 300.000 / hari). Perhitungan biaya yang diajukan dan biaya yang dapat diganti oleh Asuransi adalah sebagai berikut :

No.	Jaminan	Diajukan (Rp.)	Dibayarkan (Rp.)
	Biaya Kamar	2.100.000	2.100.000
	Biaya Aneka Perawatan RS	15.000.000	15.000.000
	Biaya Konsultasi Dokter	1.400.000	1.400.000
	<b>TOTAL</b>	<b>18.500.000</b>	<b>18.500.000</b>

Contoh simulasi pembayaran klaim (2) :

Bapak A memiliki Asuransi SSG Plan SSG 300. Bapak A dirawat inap di RS karena demam berdarah selama 7 hari dan menggunakan harga kamar di RS Rp 500.000 / hari (lebih tinggi plan SSG yang dimiliki). Dikarenakan Bapak A menggunakan harga kamar yang lebih tinggi dari Plan Asuransi nya, maka pembayaran klaim akan dihitung secara proporsional dengan rumus :

Biaya yang dibayar Asuransi =

Harga Kamar yang digunakan/Harga Kamar sesuai plan x Biaya yang timbul

Perhitungan biaya yang diajukan dan biaya yang dapat diganti oleh Asuransi adalah sebagai berikut :

No.	Jaminan	Diajukan (Rp.)	Dibayarkan (Rp.)
	Biaya Kamar	3.500.000	2.100.000
	Biaya Aneka Perawatan RS	20.000.000	12.000.000
	Biaya Konsultasi Dokter	1.250.000	750.000
	<b>TOTAL</b>	<b>24.750.000</b>	<b>14.850.000</b>

Simulasi ini tidak mengikat dan bukan merupakan perjanjian asuransi dan bukan merupakan bagian dari polis. Hak dan kewajiban sebagai Tertanggung dan ketentuan mengenai produk asuransi ini tercantum di dalam polis. Penjelasan lebih lengkap tentang produk asuransi ini baik premi yang harus dibayarkan, pertanggungan dan sebagainya tercantum dalam polis.

### Informasi Tambahan

1. Jika Tertanggung harus dirawat-inap di Rumah Sakit di Luar Negeri ketika sedang bepergian atau bertugas keluar negeri, Simas Sehat Gold akan membayar sampai dengan limit plan yang dipilih.
2. Jika Tertanggung memilih untuk dirawat-inap di Rumah Sakit di luar negeri, padahal perawatan tersebut dapat dilakukan di Indonesia maka Tertanggung wajib menanggung 20% dari batas biaya yang dikeluarkan.
3. Jika Tertanggung dirawat-inap di kamar yang biayanya lebih tinggi dari yang menjadi haknya, maka Tertanggung wajib menanggung biaya-biaya yang terjadi secara proporsional.
4. Jika Tertanggung mengajukan peningkatan plan ketika renewal polis, maka berlaku ketentuan:

- a. Penyakit yang sudah/sedang diderita termasuk penyakit kronis : ada masa tunggu selama 6 (enam) bulan. Jika terjadi klaim untuk penyakit-penyakit ini sebelum melewati 6 (enam) bulan sejak peningkatan plan, maka biaya yang akan diganti adalah yang sesuai dengan plan lama.
  - b. Penyakit lainnya : langsung berlaku plan baru.
5. Seluruh dokumen klaim harus diserahkan kepada PT Asuransi Sinar Mas sesegera mungkin dan tidak boleh melebihi 90 (Sembilan puluh) hari dari saat terjadinya perawatan.
  6. Apabila Tertanggung memilih cara pembayaran secara angsuran dan Tertanggung harus menjalani perawatan inap di Rumah Sakit Provider dimana pada saat perawatan tersebut terjadi, premi tahunan belum dibayarkan secara penuh oleh Tertanggung, maka pelayanan di Rumah Sakit Provider hanya dapat dilakukan setelah Tertanggung setuju untuk melunasi seluruh sisa premi tahunan sebelum perawatan inap yang dimaksud berakhir.
  7. Perusahaan Asuransi wajib untuk menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 (tiga puluh) hari sebelum efektif berlakunya perubahan.
  8. Anda akan menerima penawaran produk lain dari pihak ketiga apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi.
  9. Informasi lain mengenai biaya, manfaat, dan risiko dapat diakses melalui website resmi [www.sinarmas.co.id](http://www.sinarmas.co.id) atau menghubungi customer care / kantor cabang terdekat dan aplikasi mobile Asuransi Sinar Mas Online.
  10. Untuk memperoleh informasi lebih lanjut mengenai syarat & ketentuan, silakan bertanya pada kami melalui tautan [www.sinarmas.co.id/kontak](http://www.sinarmas.co.id/kontak)

***Disclaimer  
(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.