

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN

SIMAS SEHAT CORPORATE



Nama Penerbit PT Asuransi Sinar Mas

Nama Produk Simas Sehat Corporate

Jenis Produk Asuransi Kesehatan Kumpulan

Deskripsi Produk Asuransi Simas Sehat Corporate adalah produk asuransi kesehatan yang melindungi dari resiko finansial yang mungkin timbul sebagai akibat dari kecelakaan, sakit maupun pembedahan bagi karyawan dan keluarga di suatu perusahaan.

Usia Masuk Tertanggung Karyawan/Pasangan: 18 tahun – 60 tahun (maks. 70 tahun untuk renewal).
Anak : 0 hari – 24 tahun (status masih pelajar dan belum menikah).
Jaminan Melahirkan: Karyawati/Istri usia 18-45 tahun

Manfaat Pertanggungan Rp 80 Juta – Rp 1 Milyar

Diskon Maksimal 15%

Periode Polis Tahunan

Manfaat Luas Jaminan:
1. Jaminan Rawat Inap : sebagai manfaat utama.
2. Jaminan Rawat Jalan : sebagai manfaat tambahan.
3. Jaminan Rawat Gigi : sebagai manfaat tambahan.
4. Jaminan Rawat Melahirkan : sebagai manfaat tambahan.

Keunggulan :
1. CASHLESS di Rumah Sakit Provider Asuransi Sinar Mas.

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 kuitansi, maka klaim tidak dapat dibayarkan.

Biaya Administrasi Rp 100.000,-

Tabel Jaminan dan Premi

JAMINAN RAWAT INAP				
MACAM JAMINAN (Maksimum per - perawatan)	IPS200	IPS500	IPS1000	IPS2000
Biaya Kamar dan Menginap, maks. 180 hari, per-hari	200.000	500.000	1.000.000	2.000.000
Unit Perawatan Intensif (ICU/ICCU), maks. 30 hari, per-hari	1.000.000	2.500.000	5.000.000	10.000.000
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	10.000.000	25.333.000	50.000.000	100.000.000
Biaya Pembedahan (Daftar Pembedahan)				
Complex	6.000.000	15.200.000	30.000.000	60.000.000
Major	4.500.000	11.400.000	22.500.000	45.000.000
Intermediate	3.000.000	7.600.000	15.000.000	30.000.000
Minor	1.500.000	3.800.000	7.500.000	15.000.000
Biaya Pembiusan, maks. 40% dari Biaya Pembedahan				
Complex	2.400.000	6.080.000	12.000.000	24.000.000
Major	1.800.000	4.560.000	9.000.000	18.000.000
Intermediate	1.200.000	3.040.000	6.000.000	12.000.000
Minor	600.000	1.520.000	3.000.000	6.000.000
Biaya Kamar Bedah, maks. 40% dari Biaya Pembedahan				
Complex	2.400.000	6.080.000	12.000.000	24.000.000
Major	1.800.000	4.560.000	9.000.000	18.000.000

Intermediate	1.200.000	3.040.000	6.000.000	12.000.000
Minor	600.000	1.520.000	3.000.000	6.000.000
Kunjungan Dokter di Rumah Sakit, maks. 180 hari, per-hari	100.000	250.000	500.000	1.000.000
Konsultasi Dokter Ahli di Rumah Sakit, maks. 180 hari, per-hari	200.000	370.000	685.000	1.330.000
Perawatan Jururawat pribadi, maks. 180 hari, per-hari	131.000	241.000	441.000	838.000
Test Diagnostik sebelum Perawatan Rumah Sakit dan Konsultasi Dokter Spesialis sesudah Perawatan Rumah Sakit	800.000	2.000.000	4.000.000	8.000.000
Ambulans	200.000	510.000	1.000.000	2.000.000
Perawatan Darurat Gigi akibat kecelakaan	833.000	1.720.000	3.500.000	6.307.000
Rawat jalan Darurat akibat kecelakaan	1.666.000	3.756.000	6.933.000	12.307.000
Santunan Tunai Harian	200.000	500.000	1.000.000	2.000.000
BATASAN KLAIM PER - TAHUN	TIDAK TERBATAS			
Premium :	IPS200	IPS500	IPS1000	IPS2000
male	761.000	1.718.000	3.485.000	6.891.000
female	1.054.000	2.390.000	4.865.000	9.626.000
child	541.000	1.216.000	2.450.000	4.839.000

JAMINAN RAWAT JALAN				
JAMINAN (maksimum -Rp)	OPS25	OPS45	OPS90	OPS160
Konsultasi ke Dokter Umum, satu kunjungan per-hari	25.000	45.000	90.000	160.000
Konsultasi ke Dokter Spesialis, satu kunjungan per-hari	75.000	135.000	270.000	480.000
Obat-obatan yang diberikan atas resep Dokter, per-tahun	690.000	1.100.000	2.100.000	3.417.600
Biaya Test Diagnostik dan laboratorium, per-tahun, hanya jika diminta secara tertulis oleh Dokter	470.000	750.000	1.487.000	2.688.000
Fisioterapi, satu kunjungan per-hari	25.000	45.000	90.000	160.000
Imunisasi dasar anak usia 0 sd 5 tahun (BCG, DPT, Polio, Campak & Hepatitis B), per tahun	360.000	770.000	1.220.000	2.329.600
Premium :	OPS25	OPS45	OPS90	OPS160
male	480.000	829.000	1.576.000	2.755.000
female	621.000	1.076.000	2.049.000	3.582.000
child	384.000	663.000	1.261.000	2.205.000

JAMINAN MELAHIRKAN				
JAMINAN (Maksimum per-kelahiran)	MAS2500	MAS7750	MAS15000	MAS20000
Melahirkan Normal	2.500.000	7.750.000	15.000.000	20.000.000
Sectio Caesaria	4.200.000	12.000.000	22.600.000	30.000.000
Keguguran	2.100.000	6.000.000	11.300.000	15.000.000
Pre & Post Melahirkan	2.100.000	6.000.000	11.300.000	15.000.000
Premium :	MAS2500	MAS7750	MAS15000	MAS20000
female	893.000	2.686.000	5.147.000	6.862.000

JAMINAN RAWAT GIGI				
JAMINAN (maksimum -Rp)	DES1750	DES5250	DES8000	DES9500
Perawatan Dasar, per-tahun	700.000	2.060.000	3.500.000	5.000.000
Perawatan Pencegahan, per-tahun	170.000	510.000	870.000	1.250.000
Perawatan Kompleks, per-tahun	1.400.000	4.130.000	7.000.000	8.500.000
Perawatan Gusi, per-tahun	170.000	510.000	870.000	1.250.000
Perawatan Perbaikan, per-tahun	700.000	2.060.000	3.500.000	5.000.000
Gigi Palsu, per-tahun	1.310.000	3.330.000	5.250.000	6.500.000
BATASAN KLAIM PER - TAHUN	1.750.000	5.250.000	8.000.000	9.500.000
Premium :	DES1750	DES5250	DES8000	DES9500
male	300.000	976.000	1.742.000	2.372.000
female	374.000	1.214.000	2.166.000	2.951.000
child	400.000	1.301.000	2.322.000	3.163.000

Penjelasan Jaminan

JAMINAN UTAMA: JAMINAN RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN

1. Biaya Kamar dan Menginap

Penggantian biaya-biaya 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 Ikhtisar Polis adalah batas harian dan jumlah maksimum hari per perawatan-inap terdapat didalam Ikhtisar Polis.

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 Ikhtisar Polis adalah batas harian dan jumlah maksimum hari per perawatan-inap tidak boleh melebihi 180 (seratus delapan puluh) hari sebagaimana tercantum dalam Ikhtisar Polis.

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 penginapan, yang mencakup obat-obatan yang diresepkan dan dikonsumsi selama di Rumah Sakit, perban, plester, implant (penanaman/pemasangan alat pada tubuh) seperti tapi tidak terbatas pada pen, plate, screw, ring, stent dan Intra Ocular Lens, alat operasi, biaya pengobatan termasuk penggunaan obat-obatan selama pembedahan, fisiotherapi, pemeriksaan laboratorium dan sinar-X, elektrokardiogram, infus, administrasi transfusi dan transfusi darah, oxygen dan administrasinya, perawatan harian (kemoterapi infus, radioterapi dan hemodialisa), dan biaya administrasi rumah sakit. Termasuk dibawah jaminan ini biaya-biaya khusus yang dibebankan oleh Rumah Sakit seperti : thermometer, gelang pasien, pot obat (dan sejenisnya), karcis, registrasi, kartu pasien, buku status pasien, biaya pengisian resume medis (dan sejenisnya), korset, under pad, sarung tangan, masker, waslap/alkohol swab dan knee brace pasca operasi

4. Biaya Pembedahan

Penggantian biaya-biaya untuk pembayaran jasa Dokter Bedah tetapi tidak boleh melebihi Batas Maksimum Pengeluaran yang memenuhi syarat yang tercantum dalam Ikhtisar Polis. Biaya Pembedahan akan termasuk pula biaya-biaya untuk pemeriksaan sebelum pembedahan dan semua perawatan umum pasca pembedahan sampai dengan 31 (tiga puluh satu) hari sebelum dan/atau sesudah operasi, yang dibebankan oleh Dokter Bedah dan biaya-biaya yang dibebankan oleh Dokter Umum/Bedah ke-dua yang mungkin saja diajak berkonsultasi sebelum perawatan-inap di Rumah Sakit untuk operasi pembedahan.

Ketentuan Jaminan Khusus : Pembedahan Rawat Jalan Biaya maksimum yang dapat dibayarkan untuk pembedahan di Bagian Rawat Jalan (termasuk didalamnya obat-obatan dan peralatan lainnya) yang dilakukan di Rumah Sakit atau di Ruang Praktek Dokter Bedah didasarkan pada Batasan Pengeluaran yang memenuhi syarat dalam Polis ini. Pembayaran Klaim akan mengacu pada limit jaminan Pembedahan yang tercantum pada Ikhtisar Polis

5. Biaya Pembiusan

Penggantian biaya sebenarnya untuk pembayaran jasa Dokter Bius sehubungan dengan prosedur pembedahan. Jumlah maksimum yang dapat dibayar mencakup juga pemeriksaan sebelum dan sesudah operasi asalkan tidak melebihi 40% dari biaya pembedahan yang dapat dibayarkan dibawah kondisi Pasal 12 ayat 4 dari Polis ini

6. Biaya Kamar Bedah

Penggantian biaya sebenarnya yang dibebankan untuk sewa Kamar Bedah, tetapi tidak boleh melebihi 40% dari biaya pembedahan yang dapat dibayarkan dibawah konsisi Pasal 12 ayat 4 dari Polis ini. Termasuk dibawah jaminan ini biaya-biaya yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk pemeriksaan DSA (Digital Substraction Angiography) yang disertai dengan tindakan terapeutik seperti embolisasi (pengangkatan sumbatan pada pembuluh darah), stenting (pemasangan sten pada pembuluh darah), trombolisis (penghancuran sumbatan pada pada pembuluh darah), trombektomi (pengangkatan sumbatan pada pembuluh darah) dan tindakan terapi terapeutik lainnya yang dilakukan terhadap peserta dengan kriteria sebagai berikut: -

- Peserta dinyatakan menderita Stroke yang ditandai dengan adanya kelainan neurologis/gangguan pada pembuluh darah otak yang menetap seperti kelumpuhan sebagian atau seluruh anggota badan, kesemutan, rasa tebal, bicara pelo/kesulitan bicara dan gangguan penglihatan selama lebih dari 24 (dua puluh empat) jam, dan
- Terdapat hasil radiologi yang menunjang adanya kematian jaringan otak

7. 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. Batas jaminan yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batasan harian dan jumlah hari maksimum per perawatan tercantum di dalam Ikhtisar Polis.
8. Konsultasi Dokter Ahli 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.
9. Perawatan Jururawat Pribadi
Penggantian biaya-biaya perawatan oleh seorang jururawat yang terdaftar dan berijazah selama perawatan-inap di Rumah Sakit, sampai dengan maksimum 90 (sembilan puluh) hari, yang diminta untuk merawat Tertanggung secara khusus dan jika hal ini dilakukan atas rekomendasi dari Dokter atau Dokter Bedah yang bertugas. Batas jaminan yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batas harian, dan jumlah maksimum hari perawatan-inap tercantum dalam Ikhtisar Polis
10. Biaya Test Diagnostik sebelum Perawatan Rumah Sakit Konsultasi Dokter Spesialis sesudah Perawatan Rumah Sakit
 - a. Test Diagnostik sebelum Perawatan Rumah Sakit
Penggantian biaya-biaya konsultasi Dokter Umum, Spesialis dan Test Laboratorium yang terjadi dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sebelum perawatan-inap di Rumah Sakit asalkan tidak melebihi jumlah yang tercantum dalam Ikhtisar Polis.
 - b. Biaya Konsultasi setelah Perawatan Rumah Sakit
Penggantian biaya yang timbul atas pengobatan lanjutan oleh Dokter yang sama sampai periode 30 (tiga puluh) hari setelah lepas rawat-inap di Rumah Sakit, dalam kasus perawatan-inap non-bedah
11. Biaya Ambulans
Penggantian biaya yang dibebankan oleh suatu Rumah Sakit atau organisasi yang menyediakan jasa ambulans untuk mengangkut seorang Tertanggung dari tempat kejadian ke Rumah Sakit dalam keadaan darurat, termasuk untuk tujuan rujukan antar Rumah Sakit dalam hal adanya tindakan medis yang diperlukan oleh Tertanggung. batasan jaminan ini adalah per Provinsi kecuali untuk Jakarta, Bogor, Tangerang, Depok dan Bekasi atau maksimal 100 km melalui jalan darat.
12. 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.
13. 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.
Batasan jaminan tersebut diatas terdapat di dalam Ikhtisar Polis. Batas Pengeluaran yang memenuhi syarat yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batasan per Ketidakmampuan Secara Fisik dan per Perawatan-Inap kecuali jika dinyatakan lain.
14. JAMINAN KHUSUS 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.
Termasuk dibawah jaminan ini :
 - 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.
 - Perawatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan secara tidak penuh, dimana excess biaya yang timbul telah ditanggung oleh Penanggung lain.
 - Perawatan yang sepenuhnya dijamin oleh BPJS Kesehatan hingga Tertanggung meninggal, sehingga Penanggung berkewajiban

membayarakan Santunan Duka (jika dijamin Polis).

Tidak termasuk dibawah jaminan ini :

- Perawatan yang tidak dijamin Polis
- Perawatan harian tanpa menginap di Rumah Sakit seperti kemoterapi, hemodialisa, tranfusi darah, injeksi pegasys/interferon dan pengobatan sejenis.
- Perawatan yang tidak mengikuti ketentuan BPJS Kesehatan
- 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.

JAMINAN TAMBAHAN : PROGRAM "OPS" - JAMINAN RAWAT JALAN PENJELASAN JAMINAN

1. Biaya Konsultasi ke Dokter Umum
Penggantian biaya-biaya sebenarnya yang dibebankan oleh seorang Dokter Umum untuk satu kunjungan ke Ruang Praktek atau Klinik Dokter dan biaya-biaya untuk suatu kunjungan oleh seorang Dokter ke kediaman Tertanggung, dengan batas maksimum satu kunjungan per-hari. Batas jaminan yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batas harian.
2. Biaya Konsultasi ke Dokter Spesialis
Penggantian biaya-biaya sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter Spesialis atas kunjungan ke Ruang Praktek atau Klinik Dokter Spesialis (Tanpa rujukan dari Dokter Umum) untuk perawatan atas Ketidakmampuan Secara Fisik dengan batas maksimum satu kunjungan per-hari. Batas jaminan yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batas harian.
3. Obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter
Penggantian biaya-biaya sebenarnya atas Obat-obatan yang Diresepkan oleh Dokter Umum atau Dokter Spesialis yang harus dibeli dari Apotik yang terdaftar. Batas jaminan yang tercantum dalam Daftar Polis adalah batas untuk 1 (satu) tahun polis.
4. Biaya Test Diagnostik dan Laboratorium
Penggantian biaya-biaya sebenarnya untuk Test Laboratorium atau Pemeriksaan Radiologi yang digunakan untuk mendiagnosa Ketidakmampuan Secara Fisik yang dijamin oleh Polis, yang meliputi :
 - 4.1. Pemeriksaan Diagnostik Laboratorium yang direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter Umum atau Dokter Spesialis, seperti : Darah Rutin (haemoglobin, leucocyt, thrombocyt, haematocrit, laju endap darah). Urine Rutin (reduksi, protein dan sedimen). Faeces Rutin (darah dan benzidin). Kimia Darah (glucosa, SGOT, SGPT, creatinin, ureum). Serologi (widal saja). Parasitologi (malaria dan filaria). Biakan BTA. Uric Acid. Kolesterol. Triglicerid. Pemeriksaan Fungsi Hati (bilirubin, protein, albumin, globulin dan alkali phosphatase).
 - 4.2. Pemeriksaan Radiologi Laboratorium yang direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter Umum atau Dokter Spesialis, seperti : Foto Thorax, Posisi Anterior Posterior / Posterior Anterior. BNO (1 posisi). Skull (2 posisi). Schedel (2 posisi). ECG (Electro Cardiography). EEG (Electro Encephalography). EMG (Electro Myography). USG (Ultra Sonography). IVP (Intra Vena Pelography).
 - 4.3. Pemeriksaan penunjang yang direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter Spesialis seperti : Pemeriksaan penunjang/diagnostik seperti sleep test, Pet Scan, ILR (Implanted loop Recorder), dan Holter monitor 24 (dua puluh empat) jam dan pemeriksaan sejenis. Batas jaminan yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batas untuk 1 (satu) tahun polis.
5. Fisioterapi
Penggantian biaya-biaya sebenarnya atas fisioterapi yang direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter dengan batas maksimum satu kunjungan per-hari. Batas jaminan yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batas harian.
6. Imunisasi Dasar
Penggantian biaya-biaya sebenarnya yang dibebankan oleh seorang Dokter Umum atau Dokter Spesialis Anak untuk kunjungan ke ruang Praktek atau klinik Dokter dan biaya-biaya vaksinnnya, dengan batas jaminan yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batas untuk 1 (satu) tahun Polis. Yang dimaksud dengan imunisasi dasar adalah :
 - BCG
 - Polio I, II, III dan IV

- DPT I, II, dan III,
- Campak
- Hepatitis B I, II, dan III

Dan yang berhak atas jaminan tersebut adalah anak dengan usia sebagaimana tercantum dalam Ikhtisar Polis.

JAMINAN TAMBAHAN : PROGRAM "DES" - JAMINAN PERAWATAN GIGI PENJELASAN JAMINAN

1. Perawatan Dasar Penggantian biaya-biaya sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter Gigi atau Rumah Sakit untuk Perawatan Dasar, yang meliputi rontgent/sinar-X yang diperlukan sebelum dilakukannya perawatan gigi; perawatan untuk pembengkakan, penambalan gigi depan atau penambalan amalgam, pin emas untuk perbaikan cusp, dan pencabutan, serta perawatan saluran akar/saraf gigi. Batas jaminan yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batasan per tahun polis.
2. Perawatan Pencegahan
Penggantian biaya-biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter Gigi untuk Pembersihan karang gigi, Pemolesan gigi dan Prophylaxis/pemolesan gigi dengan fluoride. Batas jaminan yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batasan untuk satu tahun polis.
3. Perawatan Kompleks Penggantian biaya-biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter Gigi untuk Perawatan Kompleks yang meliputi Pembedahan Periodontal termasuk didalamnya Pembedahan Jaringan Gigi, Pelapisan Emas, Apicoectomy pada Geraham dan Geraham kecil, dan pencabutan yang memerlukan pembedahan pada Gigi Bungsu (Wisdom Teeth). Termasuk dibawah jaminan Batas jaminan yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batasan per gigi.
4. Gigi Palsu
Penggantian biaya-biaya yang sebenarnya yang dibebankan oleh Dokter Gigi untuk Gigi Palsu yang diperlukan sehubungan dengan kehilangan gigi yang sebelumnya telah dijamin dibawah Polis ini yang disebabkan oleh Penyakit atau Kecelakaan. Batas jaminan yang tercantum dalam Ikhtisar Polis adalah batasan per tahun.

Pengecualian

1. Tindakan bunuh diri atau cedera yang diakibatkan oleh perbuatan diri sendiri atau setiap percobaan ke arah itu, baik dalam keadaan sadar maupun tidak sadar.
2. Pelanggaran atau setiap usaha pelanggaran hukum 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, keikutsertaan secara langsung sebagai pelaku dalam huru-hara, tindakan kriminal atau teroris, pemogokan, pergolakan sipil atau pemberontakan dan mengemban tugas militer secara penuh waktu.
4. Semua jenis pekerjaan gigi, perawatan gigi atau operasi gigi termasuk pencabutan gigi yang terjepit, segala pekerjaan/perawatan yang disebabkan dan/atau berhubungan dengan gigi, kecuali yang dinyatakan oleh dokter karena cedera akibat kecelakaan atau dijamin secara khusus dibawah jaminan Rawat Inap/Rawat Jalan/Perawatan Gigi.
5. Pembelian Kacamata, Lensa Kacamata atau Pemeriksaan mata/refraksi mata ke Dokter Spesialis Mata untuk maksud penyesuaian ukuran optik yang bersangkutan, kecuali jika Polis menjamin Jaminan Kacamata.
6. Segala jenis pembedahan Refraktif dan LASIK termasuk segala akibat yang ditimbulkannya.
7. Alat bantu pendengaran dan pemasangan maupun penyesuaian alat bantu pendengaran.
8. Kehamilan termasuk melahirkan, operasi caesar, keguguran (bagi peserta yang tidak mengikutsertakan pasangannya), aborsi, perawatan pre-natal (sebelum kelahiran) dan post-natal (setelah kelahiran) dan semua komplikasinya, kecuali yang dijamin di bawah Jaminan Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Rawat Melahirkan.
9. Setiap perawatan yang berhubungan dengan pembedahan, metode-metode mekanis dan kimiawi untuk pengaturan kelahiran, perawatan yang berhubungan dengan kesuburan, disfungsi seksual yang disebabkan apapun, infertilitas dan perawatan atas menstrual disorder/gangguan menstruasi, kecuali yang dijamin secara khusus di bawah Jaminan Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Rawat Melahirkan.
10. Penyakit dengan diagnosa Kista Dermoid dan/atau Teratoma.
11. 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).

12. Penyakit menular yang diharuskan oleh hukum untuk diisolasi atau dikarantinakan, contoh: Severe Acute Respiratory Syndrome/SARS, Middle East Respiratory Syndrome /MERS CoV, Coronavirus disease (Covid-19) dan wabah penyakit.
13. Setiap perawatan atau pembedahan terhadap Cacat/Kelainan Bawaan (Penyakit atau Ketidakmampuan Secara Fisik yang dibawa sejak lahir) seperti :
 - 13.1. Thalassemia
 - 13.2. Hemofilia
 - 13.3. Congenital Hemangioma
 - 13.4. Polydactily
 - 13.5. Congenital Hydrocephalus
 - 13.6. Atresia Billier
 - 13.7. Congenital Strabismus
 - 13.8. Fistula Pre-Auricular
 - 13.9. Congenital Glaucoma Infantile
 - 13.10. Hypospasia
 - 13.11. Mamee Aberans
 - 13.12. Plano Valgus
 - 13.13. Plano Valus
 - 13.14. Kista Ductus Thyroiglossus
 - 13.15. Atrial Septal Defect
 - 13.16. Ventricular Septal Defect
 - 13.17. Patent Ductus Arteriosus
 - 13.18. Penyakit/kelainan lain yang secara medis dikategorikan sebagai Kelainan Bawaan.
14. Segala jenis hernia yang timbul sampai usia 12 (dua belas) tahun dan Penyakit ayan (Epilepsi) kecuali yang disebabkan oleh trauma yang terjadi setelah Tertanggung sudah dijamin oleh Polis ini secara berkesinambungan.
15. Semua perawatan/pengobatan/operasi dengan tujuan kecantikan/kosmetik termasuk operasi rekonstruksi (kecuali sebatas pengembalian fungsi tubuh), operasi plastik dan bedah kecantikan oleh sebab apapun.
16. Perawatan khusus untuk pengurangan atau penambahan berat badan.
17. Biaya-biaya perawatan khusus atau pembelian alat-alat prosthetic kecuali penyewaan alat tersebut selama perawatan-inap di Rumah Sakit.
18. Biaya-biaya yang bisa diklaim melalui Asuransi Tenaga Kerja atau Organisasi Jaminan Sosial/BPJS
19. Ketenagakerjaan/BPJS Kesehatan. Hanya kelebihan biaya dari Jaminan BPJS Ketenagakerjaan/BPJS Kesehatan atau Organisasi Jaminan Sosial yang akan dibayarkan; atau yang dihitung dari Ikhtisar Polis ini, mana saja yang lebih rendah.
20. Biaya-biaya yang dikenakan untuk pelayanan yang bukan merupakan pengobatan seperti tapi tidak terbatas pada : penggunaan telepon, televisi dan fasilitas sejenis.
21. Pemeriksaan/pengobatan yang berhubungan dengan kejiwaan (stress) termasuk setiap perawatan untuk kelainan fungsi fisik atau mental termasuk fisiologis, disfungsi seksual karena faktor psikiatris atau manifestasi penyakit jiwa (psychosomatic); atau kondisi yang diakibatkan oleh penyakit syaraf (neurosis).
22. Setiap pemeriksaan kesehatan atau fisik secara rutin atau berkala, terapi fisik, test-test yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa kondisi yang dijamin atau pemeriksaan yang tidak Diperlukan Secara Medis.
23. Setiap perawatan atau pemeriksaan atau pembelian obat-obatan yang sifatnya preventif (seperti tapi tidak terbatas pada: pembelian suplemen dan vitamin) kecuali jika secara khusus disetujui untuk dijamin oleh Penanggung. Pembelian vitamin dan obat penenang dapat dijamin polis jika telah direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter, sebagai penunjang obat utama (dalam satu resep dengan obat utama) dan dalam jumlah wajar.
23. Perawatan yang dilakukan selain oleh Dokter yang diakui.
24. Perawatan/Pengobatan yang berhubungan dengan gangguan tumbuh kembang pada anak-anak (delayed development), misal autisme, terapi wicara, terapi jalan, dll.
25. Tidak ada santunan yang dapat dibayarkan bila Karyawan atau Tanggungan Karyawan dirawat-inap di Rumah Sakit dengan bebas biaya (gratis). Termasuk dibawah pengecualian ini adalah voucher/diskon yang diterima oleh Peserta Asuransi.
26. Kondisi-kondisi yang berhubungan dengan penyakit kelamin; penyakit-penyakit

- yang ditularkan melalui hubungan seksual serta semua akibat-akibatnya.
27. Perawatan yang berhubungan dengan infeksi karena AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), ARC (AIDS Related Complex) termasuk adanya HIV serta akibat-akibatnya.
 28. 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.
 29. Penyakit atau cedera yang ditimbulkan oleh semua jenis perlombaan (kecuali lomba lari), menyelam dengan alat bantu pernafasan, arung jeram, panjat tebing, berburu, polo, lomba ketangkasan berkuda, balap mobil/motor, olahraga musim dingin dan olahraga professional.
 30. Penerbangan pribadi kecuali sebagai penumpang dalam penerbangan komersial yang berjadwal dan mempunyai izin untuk membawa penumpang pada rute-rute tertentu.
 31. Pemeriksaan rutin untuk tujuan preventif seperti Pap's smear (pemeriksaan Laboratorium pada Hapus Vagina untuk mengetahui ada tidaknya sel-sel kanker).
 32. Pemeriksaan dan Pengobatan yang tidak diakui secara luas dibidang kedokteran, seperti perawatan/pengobatan yang bersifat eksperimental, akupuntur, akupresur, hidroterapi, chiropractic, shin she, dukun patah tulang, herbal, jamu, terapi stem cell/sel punca dan lain-lain serta akibat-akibat yang ditimbulkannya.
 33. Pembelian obat-obatan yang dapat dibeli secara bebas, seperti tapi tidak terbatas pada : minyak tawon, minyak kayu putih, counterpain, pasta gigi, betadine, cairan pembersih contact lens. Pembelian obat-obatan yang bukan di apotik yang diakui, seperti : Toko Obat, Toko Obat Tradisional, Pasar Swalayan.
 34. Pembelian alat-alat bantu untuk pemeriksaan atau pengobatan seperti clinitest, alat pacu jantung, hearing aid (kecuali yang dijamin dibawah jaminan Special Care), Elastic perban, tongkat penyangga dan lain-lain yang sejenis dengan alat-alat tersebut.
 35. Pembelian/Pemberian Obat-obatan dalam jumlah yang berlebihan.
 36. Pemeriksaan Laboratorium yang tidak berhubungan dengan diagnosa Penyakit, kecuali jaminan GCU yang dijamin secara khusus dibawah jaminan Rawat Jalan.
 37. Tindakan yang berhubungan dengan imunisasi atau imunisasi itu sendiri kecuali jika dijamin dibawah jaminan Rawat Jalan.
 38. Setiap biaya-biaya yang timbul sehubungan prosedur DSA (Digital Substraction Angiography) yang dilakukan terhadap peserta BUKAN PENDERITA STROKE walaupun bertujuan untuk penegakan diagnosa (pro diagnostik) dan direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter, termasuk untuk peserta yang TELAH MENDERITA STROKE namun prosedur DSA tidak disertai 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 dan Formulir Lembar Pernjelasan yang sudah diisi/dilengkapi dan ditandatangani.
2. Menyampaikan kelengkapan dokumen KYC: Akta Pendirian, NIB, NPWP Perusahaan, KTP Direksi.
3. Menyampaikan data karyawan dan tanggungan yang diikutsertakan sesuai format kepesertaan.

Anda dapat mengajukan pertanyaan atau keluhan melalui Layanan Pengaduan sebagai berikut:

Menu Hubungi Kami - Pengaduan di www.sinarmas.co.id

Email :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 (hunting)

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 perincian dari 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.
 5. Fotokopi kartu kepesertaan Asuransi Simas Sehat Corporate

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).

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, yaitu selambat-lambatnya dalam waktu 10 (sepuluh) hari kerja setelah dokumen klaim diterima secara lengkap oleh Penanggung.

Informasi Tambahan

1. Jika Tertanggung harus dirawat-inap di Rumah Sakit di Luar Negeri ketika sedang bepergian atau bertugas keluar negeri, Simas Sehat Corporate akan membayar sampai dengan limit plan yang dipilih.
2. Seluruh dokumen klaim harus diserahkan kepada PT Asuransi Sinar Mas sesegera mungkin dan tidak boleh melebihi 90 (Sembilan puluh) hari dari saat terjadinya perawatan.
3. 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.
4. 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.
5. Anda akan menerima penawaran produk lain dari pihak ketiga apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi.
6. Informasi lain mengenai biaya, manfaat, dan risiko dapat diakses melalui website resmi www.sinarmas.co.id atau menghubungi customer care / kantor cabang terdekat dan aplikasi mobile Asuransi Sinar Mas Online.

Untuk memperoleh informasi lebih lanjut mengenai syarat & ketentuan, silakan bertanya pada kami melalui tautan www.sinarmas.co.id/hubungi-kami/layanan-pelanggan

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