Ringkasan Informasi Produk dan Layanan

Member of Salim Group

PT ASURANSI CENTRAL ASIA BERIZIN DAN DIAWASI OLEH OJK

ASURANSI

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN (RIPLAY) VERSI UMUM		
Nama Penerbit	:	PT. Asuransi Central Asia
Nama Produk	:	Asuransi Kesehatan MEDI+ atau *MEDI+ Health Insurance*
Jenis Produk	:	Health
Mata Uang	:	Rupiah
Deskripsi Produk	:	Asuransi Kesehatan Kumpulan MEDI+ adalah program asuransi kesehatan yang dipersiapkan untuk memenuhi kebutuhan perusahaan dalam hal pengelolaan risiko biaya kesehatan bagi karyawan dan keluarga dengan jumlah minimal kepesertaan dalam satu group sebanyak 25 orang.

FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN MEDI+ ATAU *MEDI+ HEALTH INSURANCE*

Usia masuk Tertanggung	:	s.d. usia 64 tahun	Premi per tahun	:	Sejumlah uang yang wajib dibayar oleh Pemegang Polis kepada Penanggung, sesuai dengan yang diperjanjikan
Manfaat pertanggungan	:	Sejumlah uang/nilai yang tercantum dalam tabel manfaat asuransi Peserta yang akan dibayarkan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis jika memenuhi persyaratan yang ditentukan.	Periode bayar premi	:	Per tahun

MANFAAT

A. MANFAAT RAWAT INAP dan PEMBEDAHAN

1. KAMAR RUMAH SAKIT dan PERAWATAN

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk biaya kamar Rumah Sakit dan makanan. Jumlah Manfaat yang dapat dibayar tidak akan melebihi tarif satu hari atas Manfaat Kamar Rumah Sakit dan Perawatan, dan jumlah hari yang maksimum dapat dibayar untuk Satu Ketidakmampuan seperti yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan

2. UNIT PERAWATAN INTENSIF (ICU/ICCU)

RISIKO

1. Jika Tertanggung tidak membayar premi sampai dengan waktu yang telah ditentukan, dapat menyebabkan klaim ditolak di kemudian hari.
2. Jika Tertanggung tidak menyampaikan kondisi kesehatan yang sebenarnya sebelum penutupan polis sehingga menyebabkan klaim ditolak dikemudian hari.

BIAYA

1. Biaya cetak polis Rp 50,000 per polis
2. Biaya meterai:
   - Untuk Premi Asuransi ≤ Rp 5,000,000
     Biaya meterai = Rp 10,000 (1 x Rp 10,000)
   - Untuk Premi Asuransi > Rp 5,000,000

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk perawatan di ICU rumah sakit bila terdapat kebutuhan perawatan intensive karena kondisi penyakit atau luka kritis, disesuaikan dengan Manfaat-manfaat kamar dan perawatan ICU yang ditentukan dalam Tabel untuk Manfaat Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan.. Masa perawatan di ICU akan dihitung sebagai bagian dari seluruh hari perawatan maksimum untuk Satu Ketidakmampuan seperti yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan. **3. KUNJUNGAN DOKTER di RUMAH SAKIT** Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk kunjungan harian Dokter dan pengobatan bukan pembedahan selama perawatan Peserta di rumah sakit, tidak dibatasi dengan jumlah kunjungan Dokter tersebut setiap hari perawatan dan Manfaatnya tidak lebih dari jumlah manfaat harian yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan. Pembayaran ini tidak dapat melebihi dari jumlah hari yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan. **4. KONSULTASI DOKTER SPESIALIS** Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk biaya konsultasi Dokter Spesialis atas permintaan dokter yang merawat untuk perawatan bukan pembedahan. Jumlah yang dapat dibayarkan tidak melebihi jumlah maksimum manfaat yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan. **5. BIAYA OBAT-OBATAN, LABORATORIUM DAN TEST** Suatu biaya sebenarnya untuk	Biaya meterai = Rp 20,000 (2 x Rp 10,000) 3. Biaya Endorsement (Penambahan/Pengurangan/Revisi peserta) Rp. 15,000 per transaksi

pelayanan Rumah Sakit kepada Peserta/Tertanggung selama dirawat di Rumah Sakit yang meliputi : Obat-obatan, pembalut luka, gips, zat asam, fisioterapi, transfusi darah, pelayanan laboratorium, X-ray dan pemeriksaan kesehatan lainnya yang terkait, namun tidak lebih dari jumlah maksimum untuk satu ketidakmampuan seperti yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan.

6. BIAYA PEMBEDAHAN

Biaya pembedahan termasuk biaya konsultasi dokter bedah maksimal 15 (lima belas) hari sebelum dan 15 (lima belas) hari sesudah pembedahan namun tidak lebih dari jumlah maksimum untuk satu ketidakmampuan seperti yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan. Luas manfaat pembedahan ini adalah sebagaimana diatur dalam Appendix I. Bila pembedahan yang dijalankan tidak tercantum dalam Appendix I, maka Penanggung menetapkan manfaat yang akan dibayar.

7. BIAYA KAMAR BEDAH

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk biaya kamar bedah dan kamar pemulihan yang digunakan saat dilakukan pembedahan. Jumlah yang dapat dibayarkan tidak melebihi jumlah maksimum manfaat yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan.

8. BIAYA DOKTER AHLI ANAESTESI

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk biaya Dokter Ahli Anaestesi atas pembedahan. Jumlah yang dapat dibayarkan tidak melebihi jumlah maksimum manfaat yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan

Pembedahan.

9. BIAYA PERAWATAN DARURAT AKIBAT EMERGENSI

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk perawatan akibat kecelakaan maupun kondisi yang termasuk dalam kriteria Emergensi yang dijamin oleh Polis. Emergensi adalah suatu penanganan dan pengobatan atas suatu keadaan yang memerlukan tindakan medik segera yang bila tidak dilakukan berakibat fatal bagi Peserta/Tertanggung (kematian / cacat tetap). Adapun yang termasuk dalam kriteria Emergensi adalah sebagai berikut:

a. Cedera serius karena kecelakaan / ruda paksa
b. Serangan Jantung
c. Status asthmaticus / serangan ashma berat
d. Kejang disertai demam tinggi (>39 Celcius)
e. Pendarahan berat (bukan disebabkan oleh kehamilan atau kelahiran)
f. Muntah disertai dehidrasi atau kekurangan cairan sedang atau berat.
g. Kehilangan kesadaran termasuk ayan / epilepsy
h. Hypertensi berat yang mengakibatkan stroke
i. Keracunan makanan
j. Koma
k. Kolik perut

Apabila Peserta/Tertanggung memerlukan perawatan Dokter, yang disebabkan salah satu kriteria dalam Emergensi, maka semua biaya selama perawatan/pengobatan akan diganti sampai maksimum 100% dari tabel manfaat Emergensi. Jaminan Emergensi sampai dengan 2 x 24 jam setelah kejadian emergensi.

10. BIAYA PERAWATAN GIGI DARURAT

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk perawatan dan pengobatan yang diberikan oleh Rumah Sakit atau klinik untuk pengobatan gigi secara darurat sebagai akibat suatu Kecelakaan dan dilakukan secara rawat jalan dalam jangka waktu 24 (dua puluh empat) jam sejak tanggal terjadinya kecelakaan.

11. BIAYA PERAWAT KHUSUS

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk Perawat/Suster selama di Rawat Inap di Rumah Sakit, direkomendasikan oleh Dokter yang merawat dan disetujui oleh Penanggung. Jumlah manfaat yang dapat dibayarkan tidak melebihi jumlah maksimum manfaat yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan.

12. BIAYA AMBULANS

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk penggunaan mobil ambulan Rumah Sakit menuju Rumah Sakit pada saat diperlukan, namun tidak melebihi jumlah maksimum yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan.

13. BIAYASEBELUM DAN SETELAH PERAWATAN RUMAH SAKIT

Suatu jumlah yang sama dengan biaya yang sebenarnya dikeluarkan untuk konsultasi dokter, tes laboratorium dan termasuk obat-obatan yang digunakan dalam pengobatan, sebelum rawat inap dan setelah rawat inap, asalkan untuk pengobatan tersebut dilakukan dalam jangka waktu 31 (tigapuluh satu) hari sebelum dan 90 (sembilanpuluh) hari setelah rawat inap. Jumlah yang dapat dibayarkan tidak melebihi jumlah

maksimum untuk Satu Ketidakmampuan yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan

B. JAMINAN di RUMAH SAKIT

1. **Bebas memilih**
   Peserta/Tertanggung boleh memilih untuk dirawat di rumah Sakit Provider atau yang bukan provider.

2. **Surat Jaminan**
   Penanggung akan menerbitkan surat jaminan ke Rumah Sakit Provider untuk Peserta/Tertanggung yang menempati kamar yang sesuai dengan manfaat atau maksimum harga 20% (dua puluh prosen) atau Rp. 50.000 (lima puluh ribu rupiah) diatas limit kamar, mana yang lebih kecil, & makan (termasuk kamar perawatan intensif/ICU & ICCU) per hari yang diambil, seluruh selisih biaya perawatan akan ditagih kemudian.

3. **Tidak menerbitkan Surat Jaminan**
   Dalam hal Peserta/Tertanggung menjalani perawatan di Rumah Sakit Provider dan menempati kamar yang harganya melebihi dari 20% (dua puluh persen) atau Rp. 50.000 (lima puluh ribu rupiah) diatas limit kamar & makan, mana yang lebih kecil, (termasuk kamar perawatan intensif/ICU & ICCU) per harinya, maka Penanggung berhak untuk tidak menerbitkan surat jaminan ke Rumah Sakit Provider dan Peserta/Tertanggung harus membayar terlebih dahulu seluruh biaya perawatan.

4. **Perawatan di Rumah Sakit bukan provider**
   Peserta/Tertanggung yang menjalani perawatan di Rumah Sakit yang bukan provider harus membayar terlebih dahulu biaya-biaya perawatan tersebut,

untuk kemudian diajukan kepada Penanggung.

5. **Jaminan yang melebihi batas manfaat**
   Apabila terjadi kelebihan biaya-biaya perawatan yang melampaui kelas jaminan sesuai kelas rumah sakit, Pemegang Polis berkewajiban untuk membayar semua kelebihan tersebut beserta biaya-biaya pelayanan dan perlengkapan Rumah Sakit yang tidak ditanggung, termasuk kelebihan biaya jika melebihi maksimum santunan per perawatan.

6. **Perawatan lanjutan**
   Jaminan Rawat Inap sebagai mana tersebut pada butir 1 s/d 13 masing-masing penyakit dalam status perawatan ditetapkan bukan sebagai perawatan lanjutan, apabila Peserta/Tertanggung karyawan telah bekerja lebih lebih dari 14 (empat belas) hari kerja berturut-turut atau untuk Peserta/Tertanggung bukan karyawan lebih dari 60 (enam puluh) hari terhitung sejak berakhirnya perawatan sebelumnya.

C. Jaminan Tambahan Rawat Jalan

1. **Biaya Pemeriksaan Dokter Umum**
   a. **Tanpa Obat**
      Banyak konsultasi dibatasi satu kali dalam satu hari
   b. **Dengan Obat**
      Banyak konsultasi dibatasi satu kali dalam satu hari

2. **Biaya Pemeriksaan Dokter Spesialis tanpa Obat**
   Biaya Pemeriksaan oleh Dokter Spesialis yang dirujuk oleh Dokter Umum, kecuali Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis mata, Dokter Orthopedi dan Dokter Spesialis Kandungan (bukan pemeriksaan kehamilan). Banyaknya

konsultasi dibatasi satu kali dalam satu hari. Surat rujukan Dokter Umum berlaku selama periode polis untuk penyakit yang sama.

3. **Biaya Obat-Obatan**
   Biaya Obat-obatan menurut resep asli dokter.

4. **Biaya Laboratorium / Diagnostik**
   Biaya pemakaian fasilitas dan pemeriksaan kesehatan berupa pemeriksaan laboratorium, EKG, radiologi dan pemeriksaan kesehatan lainnya yang berkaitan dengan diagnosa dokter.

5. **Biaya Administrasi**
   Biaya yang diperlukan untuk pendaftaran pasien, tidak termasuk biaya kartu berobat.

D. Jaminan Tambahan Perawatan Gigi

1. **Perawatan Dasar**
   Mengganti biaya-biaya untuk perawatan dasar, yang mencakup sinar X yang diperlukan sebelum perawatan gigi, perawatan untuk pembengkakan, penambalan gigi dengan sinar atau penambalan amalgam, pencabutan serta perawatan saluran akar gigi. Batas jaminan ini adalah per tahun Polis.

2. **Perawatan Gusi**
   Mengganti biaya-biaya untuk perawatan Gusi, termasuk kuritase. Batas jaminan ini adalah per tahun Polis.

3. **Perawatan Pencegahan**
   Mengganti biaya-biaya untuk pembersihan karang gigi. Batas Jaminan ini adalah per tahun Polis.

4. **Perawatan Kompleks**
   Mengganti biaya-biaya untuk perawatan kompleks yang mencakup pembedahan

jaringan gigi, apicoetomy pada geraham dan pencabutan yang memerlukan pembedahan pada gigi bungsu (*wisdom teeth*). Batas Jaminan adalah per gigi.

5. **Biaya Gigi Palsu**
   Biaya-biaya pembuatan dan pemasangan gigi palsu yang diperlukan sesuai dengan kehilangan gigi yang dijamin dibawah Polis ini karena penyakit/kecelakaan.

6. **Perawatan Perbaikan**
   Mengganti biaya-biaya untuk perawatan perbaikan yang menyangkut capping, mahkota dan jembatan dalam bentuk plastik atau porselen. Batas jaminan ini adalah per gigi.

E. Jaminan Tambahan Persalinan

1. **Melahirkan Normal (Bidan dan Penyulit)**
   Penggantian biaya persalinan normal, termasuk persalinan dengan induksi dan menggunakan Forceps atau Vacuum atau persalinan dengan bantuan bidan resmi yang memiliki izin. Batas jaminan ini adalah per tahun.

2. **Melahirkan dengan Operasi Caesar**
   Penggantian biaya melahirkan dengan operasi Caesar adalah persalinan yang menurut diagnosa dokter kandungan harus dilakukan melalui operasi Caesar karena indikasi medis dan keselamatan Peserta/Tertanggung dan atau bayi yang dikandung. Operasi Caesar harus atas indikasi medis dan rekomendasi Dokter Kandungan. Batas jaminan ini adalah per tahun.

3. **Biaya Keguguran per tahun**
   Penggantian biaya yang dikeluarkan apabila Peserta/Tertanggung mengalami keguguran. Keguguran adalah keguguran legal yang direkomendasikan

oleh Dokter Kandungan sesuai dengan indikasi medis. **F. Besarnya manfaat Asuransi Kesehatan adalah sebagai berikut:** Besarnya manfaat pertanggungan sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan, Rawat Jalan, Perawatan Gigi dan Manfaat Melahirkan.	

PENGECUALIAN

Polis ini tidak menanggung hal-hal yang tersebut di bawah ini :

1. Perawatan apapun baik secara langsung maupun tidak langsung luka yang terjadi karena melukai diri sendiri baik dalam keadaan pikiran sehat ataupun tidak pada waktu kejadian, dan percobaan bunuh diri.
2. Pemeriksaan kesehatan rutin (Routine medical check up) atau pemeriksaan yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosis penyakit yang dijamin, serta segala jenis imunisasi.
3. Pemeriksaan laboratorium / diagnostik dan perawatan atau pengobatan yang tidak diperlukan secara medis atau tidak berhubungan dengan pengobatan suatu penyakit atau luka.
4. Bedah plastik atau pembedahan kosmetik kecuali yang dinyatakan perlu karena akibat kecelakaan yang terjadi selama masa pertanggungan.
5. Pengobatan gigi :
    a) Semua jenis operasi gigi, baik rawat inap maupun rawat jalan
    b) Perawatan dan pengobatan gigi kecuali :
        1) Yang dinyatakan perlu karena cedera akibat kecelakaan pada gigi alamiah dan sehat yang terjadi selama masa pertanggungan
        2) Yang mengambil manfaat Khusus Perawatan Gigi
6. Pengobatan atau perawatan apapun untuk kelainan bawaan atau penyakit keturunan.
7. Pengobatan sehubungan dengan stress, kecemasan, depresi dan kelainan jiwa.
8. Pengobatan dan perawatan apapun yang berhubungan dengan kehamilan, keguguran, atau melahirkan anak (termasuk pemeriksaan kehamilan), pemeriksaan untuk dan pengobatan kemandulan (sub-fertilitas), biaya pengguguran (aborsi) atau sterilisasi dan kontrasepsi, termasuk perawatan karena komplikasi kehamilan, terkecuali yang mengambil manfaat khusus persalinan.
9. Pengobatan apapun terjadi karena, sehubungan dengan, atau akibat AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), penyakit yang berhubungan dengan AIDS (AIDS Related Complex Syndrome), Penyakit Hubungan Seksual (PHS) dan semua penyakit yang disebabkan oleh atau berhubungan dengan virus HIV positif
10. Obat-obat yang dibeli tanpa resep dokter atau dengan resep dokter dan tidak dibeli di apotik atau obat-obatan yang tidak sesuai untuk pengobatan penyakit atau luka yang diderita.
11. Pengobatan atau perawatan untuk kegemukan (obesitas), mengurangi berat badan dan upaya menambah berat badan termasuk vitamin dan food supplemen.
12. Perawatan sehubungan dengan hemodialisis atau cuci darah dan kemoterapi termasuk

biaya-biaya yang terkait. Hemodialisis atau cuci darah dan kemoterapi termasuk biaya-biaya yang terkait hanya diganti apabila karena operasi dan bersamaan dengan rawat inap dan hanya diganti satu kali selama periode pengcoveran.
13. Tindakan sirkumsisi (sunat) yang dilakukan atas indikasi atau sebab apapun.
14. Tindakan/operasi transplantasi organ tubuh termasuk transplantasi sumsum tulang atau saraf dan semua biaya-biaya yang terkait.
15. Pemeriksaan mata dan pengobatan kelainan refraksi mata oleh sebab apapun.
16. Penyakit - penyakit yang dinyatakan sebagai penyakit wabah yang dinyatakan oleh Pemerintah atau penyakit menular yang membutuhkan isolasi atau karantina.
17. Perawatan apapun baik secara langsung maupun tidak langsung terjadi karena kecanduan penggunaan obat bius, narkotika, obat psikotropika, alkohol serta keracunan.
18. Biaya pembelian perlengkapan kesehatan seperti kacamata, alat bantu dengar, kursi roda, alat pengganti/protesis (prothesis) dan pemasangan implants termasuk lensa.
19. Biaya yang dikeluarkan untuk perawat pribadi, konsultasi dengan dokter umum, pemeriksaan kesehatan rutin (routine health checks), pelayanan kesehatan pencegahan, akupuntur dan penyuntikan, dan biaya untuk telepon, televisi, koran dan biaya non-medis selama perawatan di rumah sakit.
20. Biaya yang sebenarnya tidak dikeluarkan, biaya yang tidak wajar dan tidak diperlukan dalam pengobatan suatu penyakit atau luka.
21. Penyakit atau luka yang terjadi secara langsung maupun tidak langsung akibat perang baik yang dinyatakan ataupun tidak, pemogokan, kekacauan, huru-hara, atau keterlibatan dalam tugas kepolisian dan militer, atau organisasi ketentaraan, atau ikut dalam tindakan penangkapan.
22. Semua tindakan atau perbuatan yang melanggar hukum
23. Penyakit atau luka yang terjadi sehubungan dengan hobi atau olahraga yang berisiko tinggi seperti terjun payung, mendaki gunung, lomba balap kuda dan lainnya, atau lomba kecepatan dengan menggunakan kendaraan apapun, dan semua cabang olahraga profesional.
24. Penyakit atau luka yang terjadi sehubungan dengan kegiatan penerbangan atau antariksa, selain sebagai penumpang yang membayar pada perusahaan penerbangan komersil dengan jalur penerbangan yang tetap.
25. Penyakit atau luka yang terjadi sehubungan dengan radiasi percobaan atau kontaminasi oleh radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau limbah nuklir dari proses fisi nuklir atau dari setiap bahan senjata nuklir.

PERSYARATAN DAN TATA CARA

PROSEDUR KLAIM

A. KLAIM DENGAN PENGGANTIAN (REIMBURSEMENT)

Apabila Peserta terlebih dahulu membayar biaya perawatan di Rumah Sakit, maka Penanggung akan mengeluarkan penggantian kepada Peserta sesuai dengan Tabel Manfaat Asuransi.

1. Kelengkapan Data Klaim
   Dalam mengajukan klaim, Peserta wajib melengkapi bukti-bukti berupa dokumen asli sebagai berikut :
   a. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan
   b. Resume Medis

c. Surat rujukan Dokter untuk rawat inap
d. Kwitansi asli beserta perincian biaya selama perawatan di Rumah Sakit
e. Perincian penggunaan obat selama dirawat beserta biayanya.
f. Perincian penggunaan penunjang medis beserta biayanya.
g. Hasil pemeriksaan penunjang medis.
h. Copy Kartu Peserta Asuransi dan Kartu Identitas diri (KTP/SIM/PASPOR)

2. Klaim diajukan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender setelah berakhirnya perawatan.

B. KLAIM di RUMAH SAKIT PROVIDER

Dokumen klaim dikirim Rumah Sakit Provider kepada Penanggung.

C. MANFAAT ASURANSI LAINNYA

Apabila Peserta telah mendapatkan perlindungan dari Penanggung lainnya untuk manfaat Asuransi sebagaimana disebutkan di atas, maka Penanggung hanya berkewajiban untuk membayar biaya-biaya yang tidak dibayarkan oleh Penanggung lain tersebut dan harus dibuktikan dengan :

1. Salinan dokumen klaim lengkap yang telah dilegalisir oleh Penanggung lain tersebut, serta
2. Surat keterangan pembayaran asli dari Penanggung lain tersebut

SIMULASI

Simulasi Perhitungan Premi:

Perhitungan Premi dihitung berdasar pada jenis manfaat yang akan diambil oleh perusahaan/Tertanggung berikut dengan jumlah peserta yang akan diikutsertakan pada perogram asuransi.

Benefit asuransi kesehatan kumpulan bersifat *tailormade*, sehingga nilai unit rate premi benefit akan merujuk pada bentuk atau besaran limit manfaat asuransi yang akan digunakan oleh perusahaan/Tertanggung.

INFORMASI TAMBAHAN

1. Asuransi Kesehatan MEDI+ atau *MEDI+ Health Insurance* adalah produk Asuransi milik PT. ASURANSI CENTRAL ASIA yang telah didaftarkan dan memperoleh persetujuan pemasaran dari Otoritas Jasa Keungan.

2. Terdapat Syarat dan Ketentuan yang belaku yang mengatur produk asuransi ini. Syarat dan ketentuan tersebut dapat diperoleh di Hotline ACA 021-29103232 dan/atau di jaringan Kantor Cabang ACA terdekat.

3. Segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 hari sebelum efektif berlakunya perubahan.

4. Produk ini merupakan Produk Asuransi dan bukan merupakan Produk Bank serta tidak dijamin oleh Lembaga Penjaminan Simpanan (LPS).

5. Apabila terdapat pertanyaan atau informasi lanjutan Tertanggung dapat menghubungi: Call Centre PT ASURANSI CENTRAL ASIA di 021-29103232 atau melalui email ke customer.support@aca.co.id
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.

ACA ASURANSI PT. Asuransi Central Asia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan	Tanggal Cetak Dokumen DD/MM/YYYY