

RINGKASAN INFORMASI PRODUK JAGA SEHAT PILIHANKU

Nasabah yang kami hormati,

Terima kasih atas kepercayaan Anda memilih JAGADIRI dari PT. Central Asia Financial sebagai mitra bagi perlindungan asuransi Anda dan keluarga.

Ringkasan informasi produk ini diberikan untuk memudahkan Anda dan bukan merupakan bagian dari Polis. Untuk mendapatkan informasi secara detail, dimohon agar Anda tetap berpedoman pada Polis yang telah diberikan. Apabila terdapat perbedaan informasi antara Ringkasan Informasi Produk dan Polis, maka yang berlaku adalah sebagaimana yang tercantum dalam Polis.

Meningkatkan kualitas produk dan layanan terbaik bagi Anda dan keluarga senantiasa menjadi komitmen kami. Apabila Anda membutuhkan informasi lebih lanjut, dengan senang hati *Customer Service* JAGADIRI akan melayani Anda di 1500 660.

Berikut ringkasan produk Anda:

Nama Produk

Produk ini bernama Jaga Sehat Pilihanku

Nama Penerbit

Produk ini dikeluarkan oleh PT. Central Asia Financial sebagai perusahaan asuransi jiwa yang bertujuan memenuhi kebutuhan masyarakat Indonesia atas produk yang memberikan perlindungan lengkap untuk menjaga kesehatan Anda dan Keluarga.

Karakteristik Produk

Mata Uang : Rupiah
Usia Masuk : 6 bulan s.d 60 tahun
Masa Pertanggungan : 1 Tahun dan dapat diperpanjang sampai maksimum usia 70 (tujuh puluh) tahun
Uang Pertanggungan : Rp100.000,00 s.d Rp2.000.000,00 dengan kelipatan Rp100.000,00
Cara Bayar : Bulanan, Triwulanan, Semesteran, dan Tahunan

Tipe	Benefit
Silver	Rawat Inap
Gold	Rawat Inap dan Pembedahan
Platinum	Rawat Inap, Pembedahan, dan Rawat Jalan

Manfaat Pertanggungan

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 Pertanggungan 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 Rp2.000.000,00 (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 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.

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 Pertanggungan 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 Pertanggungan yang akan dibayarkan adalah sesuai biaya aktual yang tertera pada kuitansi Rumah Sakit, maksimal sebesar 25% dari Santunan Pembedahan yang tercantum pada Tabel Manfaat
- 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.

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 kuitansi 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.

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 Internasional;
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 dioperasikan 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 dioperasikan 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 Rawat Inap / Pembedahan / Rawat Jalan yang disebabkan dan / atau berhubungan dengan Cedera Tubuh akibat Kecelakaan yang terjadi sebelum Tanggal Mulai Berlakunya Asuransi;
15. Perawatan Rawat Inap / Pembedahan / Rawat Jalan 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) hari sejak 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, Cholelitis, 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 didalam Jantung maupun di luar Jantung termasuk Stroke);
 - n. Segala penyakit yang berhubungan dengan saluran pencernaan seperti: Gastritis, dan 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
16. Rawat Inap / Pembedahan / Rawat Jalan yang dijalani Tertanggung di luar Rumah Sakit;
17. Perawatan gigi dan atau gusi dan atau bagian penyangganya yang disebabkan oleh Sakit atau Kecelakaan.

Risiko

Tidak ada risiko terkait investasi atas produk ini

Biaya

Biaya yang dikenakan kepada Pemegang Polis dalam produk ini adalah premi yang meliputi biaya asuransi, provisi/komisi, dan biaya lainnya (jika ada). Penting untuk diketahui bahwa Premi adalah sejumlah uang yang wajib dibayarkan oleh Pemegang Polis untuk mendapatkan perlindungan asuransi dari PT. Central Asia Financial.

Simulasi

Paket Silver

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 Silver 200 dengan premi Rp170.640,00 per tahun. Setelah 3 bulan dari jangka waktu pembelian Polis Jaga Sehat Pilihanku, Pak Jodi mengalami Rawat Inap di Rumah Sakit di kamar perawatan seharga Rp500.000 selama 5 hari. 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 500.000	=	5.500.000
Total Klaim yang diajukan			=	5.500.000

Klaim yang dibayar :

Biaya Kamar	:	5 x 200.000	=	1.000.000
Total Klaim yang dibayar			=	1.000.000

Paket Gold

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 Gold 500 dengan premi Rp885.600 per tahun. 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 seharga biaya Rp6.500.000,00 dengan total biaya 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

Paket Platinum

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 900 dengan premi Rp2.377.080,00 per tahun. 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 seharga Rp6.500.000,00 dengan total biaya Rp11.500.000,00. 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 900.000	=	4.500.000
Pembedahan	:	6.500.000	=	6.500.000
Total Klaim yang dibayar			=	11.000.000

Tata Cara Klaim dan Penyampaian Keluhan

Dokumen klaim dan penyampaian keluhan dapat disampaikan ke:

PT Central Asia Financial
Menara Citicon Lantai 8, Unit F

1. Prosedur Klaim

a. Perawatan yang dilakukan di Jaringan Provider

- i. Apabila Tertanggung memerlukan Perawatan Rumah Sakit di Jaringan Provider maka Tertanggung wajib menunjukkan Kartu Peserta dan Kartu Identitas Diri Tertanggung atau Kartu Identitas Pemegang Polis.
- ii. Fasilitas *Cashless* dapat digunakan setelah Penanggung menerbitkan Surat Jaminan melalui Administrator Pihak Ketiga kepada Rumah Sakit/Klinik rekanan Penanggung.
- iii. Penerbitan Surat Jaminan bukan merupakan bentuk persetujuan Penanggung atas klaim Perawatan yang sedang berlangsung.
- iv. Penanggung mempunyai hak untuk tidak menerbitkan atau membatalkan Surat Jaminan dan dalam hal tersebut maka Pemegang Polis dapat mengajukan klaim secara langsung kepada Penanggung sesuai dengan ketentuan poin 1 (satu) b.
- v. Apabila Tertanggung memiliki lebih dari 1 (satu) Kartu Peserta yang diterbitkan oleh Penanggung untuk Program Asuransi lainnya, maka Tertanggung hanya dapat menggunakan 1 (satu) Kartu Peserta saja pada saat menjalani Perawatan Rumah Sakit di Jaringan Provider

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

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 Dipertanggungkan, Pemegang Polis dan / atau Tertanggung harus mengirimkan formulir klaim dan dokumen-dokumen pendukung yang diperlukan oleh Penanggung atas biaya Pemegang Polis menurut hukum yang berlaku atau pihak yang berhak mengajukan klaim dengan melampirkan :
 1. Formulir Klaim Perawatan Rumah Sakit ;
 2. Fotokopi Identitas diri (KTP / KITAS) Pemegang Polis;
 3. Fotokopi Kartu Keluarga
 4. Fotokopi kuitansi total dan perincian biaya Perawatan yang dilegalisir;
 5. Fotokopi buku rekening Bank (halaman keterangan nomor rekening);
 6. Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium, hasil bacaan Dokter atas pemeriksaan Rontgen, MRI, CT-Scan, Patologi Anatomi dll, saat mendapatkan perawatan;
 7. Fotokopi Surat Keterangan Kepolisian yang dilegalisir (apabila klaim akibat Kecelakaan lalu lintas / tindak kriminal / kematian tidak wajar / kematian di rumah atau di luar Rumah Sakit);
 8. Dokumen lain yang diperlukan Penanggung apabila Klaim yang diajukan memerlukan klarifikasi dan / atau informasi lebih lanjut.
- ii. Jika Penanggung memerlukan dokumen lain untuk klarifikasi dan/atau informasi lebih lanjut, maka Penanggung akan menginformasikan kekurangan dokumen tersebut kepada Tertanggung. Dokumen-dokumen tersebut harus diterima oleh Penanggung dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah Tertanggung atau pihak yang mengajukan klaim menerima informasi kekurangan dokumen dari Penanggung. 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 Pemegang Polis dan / atau Tertanggung gagal memenuhi kewajibannya seperti diuraikan pada ketentuan poin 1 (satu) b.(i) dokumen ini maka klaim untuk pembayaran santunan menjadi batal kecuali Penanggung dapat menerima bukti-bukti yang diajukan Pemegang Polis mengenai sebab keterlambatan tersebut. Jika Penanggung dapat menerima keterlambatan dimaksud, maka dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari kalender setelah tanggal terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan 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 Polis, 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 / Tertanggung tersebut.
- ii. Apabila biaya perawatan Rumah Sakit lebih besar dari limit maksimal manfaat seperti tercantum pada Data Polis, maka Pemegang Polis / 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 / 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 / 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 Ketentuan Polis oleh Pemegang Polis / Tertanggung menurut Hukum yang berlaku, 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 Tertanggung. Proses investigasi ini dapat menyebabkan penundaan penyelesaian proses klaim.
 - iii. Setelah selesainya proses investigasi seperti diatur dalam ketentuan poin 2 (dua) b.(ii) dokumen ini, Penanggung memberitahukan secara lisan atau tertulis hasil investigasi dan memutuskan pembayaran atau penolakan klaim kepada Tertanggung.
 - iv. Santunan akan dibayarkan kepada Pemegang Polis menurut hukum yang berlaku atau kepada pihak lain yang ditentukan secara tertulis oleh Pemegang Polis.
 - v. Bukti pembayaran santunan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis atau pihak lain yang ditentukan secara tertulis oleh Pemegang Polis merupakan pembebasan bagi Penanggung dari semua tanggung jawab Penanggung berkenaan dengan santunan tersebut.

3. Klaim Yang Palsu

Penanggung tidak akan membayar santunan jika klaim yang diajukan berdasarkan Ketentuan Polis 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.

Jatuh Tempo dan Cara pembayaran premi

Waktu jatuh tempo dan cara pembayaran premi dapat Anda lihat pada lembar Data Polis. Transaksi pendebitan yang tercantum pada rekening tabungan atau Lembar Penagihan kartu kredit atau bukti transfer merupakan bukti sah pembayaran premi.

Masa Tenggang Waktu

Masa Tenggang Waktu adalah jangka waktu yang diberikan oleh PT. Central Asia Financial selaku Penanggung kepada Pemegang Polis untuk melakukan pembayaran premi, dihitung sejak tanggal jatuh tempo pembayaran premi. Jika setelah melewati masa tenggang waktu pembayaran premi belum kami terima, maka Polis Anda menjadi tidak aktif (lapse) dan perlindungan asuransi Anda menjadi batal dengan sendirinya.

Pengiriman Polis

Jika Anda memerlukan polis dalam bentuk fisik *hardcopy*, Anda dapat menghubungi *Customer Service* kami di nomor telepon 1500 660 pada hari Senin - Jumat jam kerja 08.00 - 17.00 wib atau melalui email : cs@jagadiri.co.id pada hari Senin - Jumat. Permintaan cetak ulang polis akan dikenakan biaya cetak dan pengiriman sebesar Rp100.000,00 (Seratus ribu rupiah).

Salam hangat,
PT CENTRAL ASIA FINANCIAL

“Produk ini telah mendapatkan otorisasi dari dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan dan PT Central Asia Financial adalah lembaga yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.”