

Allianz Indonesia

Dana KesehatanKu

Santunan Tunai Harian
Rawat Inap Rumah Sakit dan
Pembedahan

- ✓ Perlindungan berlaku 1 tahun, dimulai 24 jam setelah aktivasi via SMS
- ✓ Dapat memiliki 2 Polis
- ✓ Aktifkan Polis anda segera!

No. Registrasi : B00001
No. Polis :
Periode Polis : s/d
Masa Berlaku Aktivasi sampai :

Allianz 

Terima kasih telah memilih Allianz Dana KesehatanKu

Polis ini dirancang untuk memberikan manfaat tunai dalam hal Anda Cidera atau Sakit dan menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit dan Pembedahan, berlaku di seluruh dunia.

Perlindungan berlaku 24 jam setelah aktivasi.
Segera aktifkan polis Anda! Sebelum masa berlaku aktivasi habis (lihat bagian cover buku Polis Anda).

PENTING

Dengan melakukan aktivasi Polis via SMS, maka Anda setuju bahwa pada saat melakukan aktivasi, Anda harus dalam keadaan sehat, tidak sakit atau dirawat di Rumah Sakit, atau sedang menunggu keputusan perawatan Rumah Sakit, hasil tes atau investigasi kesehatan. Masa Tunggu untuk sakit adalah 30 (tiga puluh) hari semenjak tanggal aktif Polis. Apabila Anda mengalami sakit karena penyakit pada saat atau sebelum Masa Tunggu, maka Allianz tidak wajib memberikan santunan kepada Anda. Masa Tunggu tidak berlaku untuk perawatan yang dikarenakan Kecelakaan. Dengan telah diaktifkannya Polis ini, Anda dianggap telah mengerti dan memahami serta menyetujui seluruh isi dari Polis ini.

Aktifkan polis dan perlindungan Dana KesehatanKu dengan mengikuti langkah berikut:

- 1 Temukan kotak abu-abu bertuliskan Nomor Aktivasi pada kartu Dana KesehatanKu
- 2 Gosok kotak abu-abu dan temukan Nomor Aktivasi
- 3 Kirimkan SMS aktivasi ke 9333 (XL, Indosat, Telkomsel, Axis, Esia), dengan format:
Bila memiliki KTP : Allianz(spasi)HCP(spasi)nomor registrasi(spasi)nomor aktivasi#nama sesuai KTP#tanggal lahir(DDMMYYYY)#nomor KTP
Contoh :
Allianz HCP B12345 12345#slamatsentosa#20121975#1234567891234567
atau
Bila tidak memiliki KTP (usia dibawah 17 tahun): Allianz(spasi)HCP(spasi)nomor registrasi(spasi)nomor aktivasi#nama lengkap#tanggal lahir (DDMMYYYY)#N/A
Contoh : Allianz HCP B12345 12345#slamatsentosa#20122005#N/A
- 4 Tunggu konfirmasi aktivasi Polis via SMS berisi Nomor Polis dan periode Polis Anda, dalam 24 Jam sejak aktivasi Polis via SMS yang Anda lakukan
- 5 Catat Nomor Polis dan periode Polis Anda di kotak yang tersedia di halaman depan buku Polis
- 6 Hubungi Customer Service Allianz di 021 2926 9999 pada jam kerja bila Anda mengalami masalah dengan konfirmasi aktivasi Polis via SMS Anda dan mintalah Nomor Polis dan periode Polis Anda

PENTING UNTUK ANDA KETAHUI:

1. Batasan usia untuk masuk adalah 15 hari sampai dengan 59 tahun.
2. Polis Anda berlaku satu tahun dan Anda dapat terus terlindungi dengan membeli Polis ini hingga Anda berusia 64 tahun (perpanjangan Polis).
3. Nomor Polis dan Periode Polis anda adalah sesuai dengan SMS konfirmasi dari Allianz
4. Pembayaran premi bersifat tahunan dan Polis akan secara otomatis berhenti di hari premi jatuh tempo.
5. Anda akan menerima SMS untuk perpanjangan Polis, 30 hari sebelum periode Polis Anda berakhir. Perpanjangan Polis dengan aktivasi Polis via SMS yang dilakukan setelah lewat 14 hari kalender sejak periode Polis terdahulu berakhir akan dianggap sebagai Polis baru.
6. Bila Anda belum menerima konfirmasi SMS berisi nomor Polis dan periode Polis Anda dalam 24 jam setelah Anda berhasil melakukan aktivasi Polis via SMS, hubungi Customer Service Allianz Utama Indonesia di 021-2926 9999 untuk meminta Nomor Polis dan periode Polis Anda.
7. Anda hanya dapat memiliki dan dijamin dalam maksimum 2 Polis Dana KesehatanKu. Allianz tidak akan mengembalikan premi asuransi yang sudah terbayar untuk kepemilikan lebih dari 2 (dua) Polis Dana KesehatanKu, dan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan adalah sebesar maksimum 2 (dua) Polis Dana KesehatanKu.

Tabel Santunan

Dalam Rupiah

Manfaat		
1	Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit, maksimum 180 hari per tahun.	250,000/hari
2	Santunan Biaya Pembedahan, per satu periode rawat inap	50% dari biaya pembedahan sebenarnya, maksimum hingga 2,500,000

PENGECUALIAN UMUM

Harap mengacu pada Polis Asuransi bagian Pengecualian Umum untuk keterangan lebih lanjut.

- Tidak ada manfaat yang diberikan untuk Rawat Inap yang terjadi dalam 30 hari sejak tanggal efektif Polis, kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan
- Tidak ada manfaat yang diberikan apabila diakibatkan oleh:
 - Penyakit atau luka yang telah ada Sebelumnya
 - Penyakit-penyakit Khusus (diatur dalam Polis), kecuali Polis adalah Polis perpanjangan
 - Alkohol
 - Kehamilan, kelahiran, infertilitas, keguguran dan komplikasinya
 - Penyakit Menular Seksual
 - AIDS
 - Gangguan kejiwaan dan psikologis

CARA MENGAJUKAN KLAIM

Bila Anda ingin mengajukan klaim, harap menghubungi PT Asuransi Allianz Utama Indonesia di 021-2926 9999 (Customer Service Allianz Utama) atau di alamat:

PT Asuransi Allianz Utama Indonesia

Allianz Tower

Jl. HR. Rasuna Said

Kawasan Kuningan Persada Super Blok 2

Jakarta Selatan 12980

Telp. +62 21 2926 9999

Fax. +62 21 2926 9090

Email: feedback@allianz.co.id

Atau

Anda dapat menghubungi Allianz Center dan Kantor Cabang maupun Point of Sales Allianz yang terdekat dengan Anda.

Customer Service kami akan membantu Anda dengan menyediakan Formulir Klaim dan informasi mengenai dokumen penunjang yang diperlukan dalam hal pengajuan klaim

MENGENAI ALLIANZ

Allianz adalah salah satu perusahaan asuransi dan jasa keuangan terkemuka di dunia dan merupakan salah satu perusahaan “Societas Europea” yang pertama. Berdiri sejak 1890, Allianz SE kini hadir di lebih dari 70 negara dengan lebih dari 150,000 karyawan. Allianz melayani nasabahnya di seluruh dunia dengan pelayanan lengkap di bidang asuransi umum, jiwa dan kesehatan juga manajemen aset.

Allianz memulai bisnisnya di Indonesia dengan membuka kantor perwakilan di tahun 1981. Pada tahun 1989, Allianz mendirikan perusahaan asuransi umum, PT Asuransi Allianz Utama Indonesia. Kemudian Allianz memasuki bisnis asuransi jiwa, kesehatan dan dana pensiun dengan mendirikan PT Asuransi Allianz Life Indonesia di tahun 1996. Saat ini, Allianz di Indonesia adalah salah satu grup perusahaan asuransi terdepan di Indonesia dan memiliki jaringan mitra bisnis yang luas.

POLIS ASURANSI

POLIS ASURANSI KESEHATAN PERORANGAN - Allianz Dana KesehatanKu -

Polis Asuransi Kesehatan Perorangan Allianz Dana KesehatanKu ini (untuk selanjutnya disebut “Polis”) terdiri dari:

1. BAB I Definisi Polis Asuransi Kesehatan Perorangan Allianz Dana KesehatanKu
2. BAB II Manfaat Asuransi
3. BAB III Pengecualian Umum
4. BAB IV Ketentuan Umum
5. Endorsemen (jika ada) dan/atau dokumen lain sehubungan dengan Polis dan yang selanjutnya akan menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Polis ini.

Polis ini diterbitkan oleh PT Asuransi Allianz Utama Indonesia dan ditandatangani oleh pejabat yang berwenang.

PT Asuransi Allianz Utama Indonesia



Daniel Neo
Direktur Utama

PENTING

Pada saat melakukan aktivasi, Tertanggung harus dalam keadaan sehat, tidak sakit atau dirawat di Rumah Sakit, atau sedang menunggu keputusan perawatan Rumah Sakit, hasil tes atau investigasi kesehatan. Masa Tunggu untuk sakit adalah 30 (tiga puluh) hari semenjak tanggal aktif Polis. Apabila Tertanggung mengalami sakit karena penyakit pada saat atau sebelum Masa Tunggu, maka Penanggung tidak wajib memberikan manfaat kepada Tertanggung. Masa Tunggu tidak berlaku untuk perawatan yang dikarenakan Kecelakaan. Dengan telah diaktifkannya Polis tersebut, Tertanggung dianggap telah mengerti dan memahami serta menyetujui seluruh isi dari Polis ini.

PENTING

Pada saat melakukan aktivasi, Tertanggung harus dalam keadaan sehat, tidak sakit atau dirawat di Rumah Sakit, atau sedang menunggu keputusan perawatan Rumah Sakit, hasil tes atau investigasi kesehatan. Masa Tunggu untuk sakit adalah 30 (tiga puluh) hari semenjak tanggal aktif Polis. Apabila Tertanggung mengalami sakit karena penyakit pada saat atau sebelum Masa Tunggu, maka Allianz tidak wajib memberikan manfaat kepada Tertanggung. Masa Tunggu tidak berlaku untuk perawatan yang dikarenakan Kecelakaan.

BAB I
DEFINISI
POLIS ASURANSI KESEHATAN PERORANGAN
- Allianz Dana KesehatanKu -

Istilah-istilah dalam Ketentuan Umum Polis ini, sepanjang tidak ditentukan atau diatur lain atau dinyatakan sebaliknya dalam Endorsemen dan/atau dokumen lainnya yang berhubungan dengan Polis ini, maka akan tetap berlaku dan mengikat.

Istilah-istilah dalam Ketentuan Umum Polis ini adalah sebagai berikut :

1. **Penanggung** adalah PT Asuransi Allianz Utama Indonesia yang bertindak sebagai Penanggung.
2. **Aktivasi Polis via Layanan Pesan Singkat (“SMS”)** adalah metode aktivasi Polis yang dilakukan melalui SMS.
3. **Dibutuhkan Secara Medis** adalah pelayanan kesehatan atau pengobatan yang dirujuk oleh Dokter dan wajib memenuhi semua ketentuan berikut:
 - a. wajar dan biasa;
 - b. ditujukan untuk pengobatan langsung pada Penyakit/luka;
 - c. tepat dan konsisten dengan keluhan, gejala, diagnosa dan pengobatan dari Penyakit/luka;

14 Dana KesehatanKu

- d. sesuai dengan standard praktik kedokteran yang berlaku; dan
- e. bukan untuk mencari keuntungan atau kepentingan bagi Pemegang Polis/Tertanggung atau Dokter atau Rumah Sakit atau Institusi Medis lainnya.

Apabila salah satu/semua ketentuan tersebut di atas diduga adanya indikasi tidak benar atau meragukan, maka Penanggung diberikan hak oleh Pemegang Polis/Tertanggung untuk melakukan investigasi lebih lanjut, termasuk namun tidak terbatas, kepada:

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia
 - Ikatan Dokter Ahli Indonesia
 - Ikatan Dokter Indonesia
 - Meminta pendapat dari konsultan medis atau hukum di luar Penanggung
4. **Dokter** adalah dokter, dokter spesialis, lulusan pendidikan kedokteran baik di dalam maupun di luar negeri dan memiliki ijin praktek dokter yang diakui sesuai peraturan perundang-undangan Republik Indonesia, dan dalam hal ini Dokter tersebut tidak boleh merangkap sebagai Pemegang Polis/Tertanggung, dan bukan kerabat dari Pemegang Polis/Tertanggung, agen asuransi, rekan kerja atau perusahaan/pegawai atau anggota keluarga Pemegang Polis/Tertanggung.
 5. **Endorsemen** adalah semua perubahan termasuk namun tidak terbatas kepada penambahan, pengurangan, pencabutan terhadap Polis berdasarkan :
 - a. permohonan Pemegang Polis/Tertanggung yang telah disetujui oleh Penanggung
 - b. ketentuan yang dikeluarkan oleh Penanggung dan kemudian akan diberitahukan kepada Pemegang Polis/Tertanggung

6. **Kamar** adalah kamar perawatan kesehatan untuk Rawat Inap.
7. **Kecelakaan** adalah suatu keadaan atau peristiwa yang bersifat tiba-tiba, tidak disengaja/tidak diduga sebelumnya, berasal dari luar tubuh, ada unsur kekerasan yang menyebabkan cedera badan dan merupakan satu-satunya penyebab dari peristiwa tersebut di mana penyebabnya dapat dilihat dan bukan Penyakit atau segala sesuatu yang terjadi akibat kondisi kesehatan atau proses degenerasi. Dalam hal ini termasuk keracunan dalam bentuk yang mendadak karena masuknya gas, uap, zat yang beracun, terkena sengatan listrik.
8. **Ketentuan Umum Polis** adalah hal-hal yang mengatur mengenai syarat dan ketentuan Polis secara umum.
9. **Konfirmasi Aktivasi Polis via SMS** adalah jawaban Penanggung atas permintaan aktivasi Polis yang dilakukan Pemegang Polis/calon Tertanggung melalui SMS, yang berisi informasi Nomor Polis dan Tanggal Berlaku Polis.
10. **Premi** adalah sejumlah uang yang harus dibayarkan oleh Pemegang Polis/ Tertanggung kepada Penanggung atas Manfaat Asuransi dan dihitung berdasarkan Usia dan Manfaat Asuransi Tertanggung.
11. **Manfaat Asuransi** adalah manfaat asuransi yang menjadi hak Tertanggung berdasarkan ketentuan Polis.
12. **Masa Tunggu** adalah waktu selama 30 (tiga puluh) hari kalender dihitung

16 Dana KesehatanKu

dari Tanggal Berlaku Polis, untuk mendapatkan Manfaat Asuransi ini

13. **Pelayanan Kesehatan** adalah suatu upaya untuk mempertahankan dan/atau memperbaiki kondisi kesehatan Tertanggung yang sesuai dengan ketentuan Polis.
14. **Pembedahan** adalah tindakan bedah/operasi yang terjadi atas rekomendasi Dokter
15. **Penyakit** adalah suatu keadaan yang tidak normal dari tubuh manusia yang disebabkan adanya perubahan patologi.
16. **Penyakit atau Luka Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-existing Diseases*)** adalah semua Penyakit, luka atau keadaan kesehatan seorang Tertanggung sebelum tanggal berlakunya Polis, yang:
 - a. telah mendapatkan diagnosa; atau
 - b. pada umumnya seseorang secara wajar akan berusaha untuk mendapat suatu diagnosa, perawatan, pengobatan; atau
 - c. telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapat pengobatan medis, terlepas dari pengobatan sebenarnya telah dilakukan ataupun tidak.

PENTING
Pre-Existing Diseases adalah semua Penyakit, luka atau keadaan kesehatan seseorang Tertanggung sebelum tanggal berlakunya Polis.

17. **Penyakit-penyakit Khusus** adalah penyakit-penyakit yang disebutkan di bawah ini termasuk segala bentuk komplikasinya:
- a. Batu di Ginjal, Kandung Kemih, Kandung Empedu
 - b. Penyakit Jantung, Pembuluh darah jantung dan Pembuluh darah otak (contoh : Penyakit Jantung Koroner, Stroke)
 - c. Hipertensi dan Hiperlipidemia (contoh : *Hiperkolesterol, Hipertrigliserid*)
 - d. Katarak
 - e. Segala jenis Tumor atau Kista
 - f. Penyakit yang berhubungan dengan Telinga, Hidung dan Tenggorokan yang memerlukan pembedahan
 - g. Kencing Manis
 - h. Tuberkulosis dan semua komplikasinya
 - i. Gangguan Kelenjar Tiroid
 - j. Gagal Ginjal Kronis
 - k. Segala jenis Hernia (contoh : *Hernia Nucleus Pulposus, Hernia Inguinalis*) dan Wasir (*Hemorrhoid*)
 - l. Segala jenis gangguan hematologi (contoh : Anemia, Leukemia, Thalassemia)
18. **Perawatan Bedah Sehari** adalah bedah tanpa Rawat Inap.
19. **Tertanggung** adalah orang yang kesehatannya diasuransikan berdasarkan Polis ini yang namanya tercantum dalam Aktivasi Polis via SMS dan mendapat Konfirmasi Aktivasi Polis via SMS.

18 Dana KesehatanKu

20. **Pemegang Polis** adalah orang yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung untuk mewakili Tertanggung dan mempunyai kewajiban secara finansial terhadap Polis ini.
21. **Polis** adalah perjanjian asuransi kesehatan perorangan ini berikut dokumen penunjang lainnya termasuk dalam hal ini lampiran-lampiran dan catatan/Endorsementnya (jika ada) yang memuat syarat dan ketentuan Polis yang mengatur hak dan kewajiban antara Penanggung dan Tertanggung secara timbal balik.
22. **Rawat Inap** adalah perawatan di Rumah Sakit akibat Penyakit atau Kecelakaan, yang direkomendasikan oleh Dokter di Rumah Sakit dan/atau Klinik yang membutuhkan perawatan sekurang-kurangnya 6 (enam) jam sehingga menimbulkan biaya kamar perawatan
23. **Rawat Jalan dan Rawat Gigi** adalah suatu perawatan di Rumah Sakit/Klinik/ Dokter dan Dokter Gigi akibat Penyakit maupun Kecelakaan, yang dilakukan seorang Dokter dan tidak menimbulkan konsekuensi kamar perawatan.
24. **Rumah Sakit** adalah Rumah Sakit/klinik yang merupakan sebuah lembaga perawatan kesehatan, yang telah mendapat izin departemen yang berwenang, yang menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan Rawat Inap dan/atau Rawat Jalan karena Penyakit atau Kecelakaan. Rumah Sakit/klinik mental, perawatan kecanduan obat, perawatan kecantikan, perawatan karena Usia tua (rumah

jompo) maupun lembaga perawatan tradisional tidak termasuk dalam kategori Rumah Sakit ini.

25. **Satu Periode Rawat Inap** adalah rangkaian Rawat Inap ataupun Pembedahan, dihitung dari hari pertama sampai dengan hari terakhir Tertanggung dirawat inap, termasuk rangkaian perawatan untuk Penyakit atau Kecelakaan yang sama atau berhubungan dengannya, yang terjadi dalam waktu 30 (tiga puluh) hari dari tanggal Tertanggung keluar dari Rumah Sakit.
26. **Tanggal Berlaku Polis** adalah tanggal berlaku Polis dimana dimulai setelah 24 (dua puluh empat) jam sejak mendapatkan Konfirmasi Aktivasi Polis via SMS dan sesuai dengan yang dinyatakan pada Konfirmasi Aktivasi Polis via SMS.
27. **Usia** adalah usia pada saat ulang tahun terakhir.
28. **Wajar dan Biasa** adalah memenuhi semua ketentuan sebagai berikut:
 - a. tidak berlebihan atau sesuai standar yang berlaku, dan
 - b. Merupakan rangkaian biaya yang dapat dijelaskan secara logis

BAB II

MANFAAT ASURANSI

- A. Manfaat Asuransi akan diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:

20 Dana KesehatanKu

1. Polis masih berlaku;
 2. Berdasarkan pelayanan kesehatan yang Wajar dan Biasa serta Dibutuhkan Secara Medis dibuktikan dengan bukti pembayaran yang sah;
 3. Perawatan telah melampaui Masa Tunggu, kecuali perawatan disebabkan karena Kecelakaan;
 4. Pelayanan Kesehatan disebabkan oleh Penyakit atau Kecelakaan yang tidak dikecualikan sebagaimana tercantum pada Bab III;
 5. Manfaat Asuransi di bawah Polis ini akan berakhir pada jam yang sama sesuai dengan jam pada Konfirmasi Aktivasi via SMS di hari terakhir dari Tanggal Berlaku Polis asuransi, kecuali seorang Tertanggung dirawat inap di Rumah Sakit sebelum berakhirnya Polis maka batas waktu berlakunya Manfaat Asuransi akan diperpanjang sampai saat ia keluar dari rumah sakit untuk perawatan tersebut;
- B. Manfaat Asuransi tersebut adalah sebagai berikut:

Manfaat Asuransi yang diberikan adalah sebagai berikut :

1. Santunan Harian

Apabila Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit karena Penyakit atau

Kecelakaan, Penanggung akan membayarkan santunan harian sesuai Manfaat Asuransi yang tercantum pada tabel berikut dan berdasarkan lamanya Rawat Inap tersebut yang telah dijalankan oleh Tertanggung.

	Manfaat (Rp)
Santunan Tunai Harian Rawat Inap Rumah Sakit per Hari	250.000

Maksimum jumlah hari Rawat Inap yang dijamin pada Manfaat Asuransi adalah 180 (seratus delapan puluh) hari kalender per tahun

2. Santunan Pembedahan

- a. Apabila Tertanggung menjalani Pembedahan di Rumah Sakit karena Penyakit atau Kecelakaan, maka selain pembayaran santunan harian tersebut di atas, Penanggung juga akan membayarkan santunan Pembedahan secara sekaligus yakni sebesar 50% (lima puluh persen) dari biaya pembedahan yang sebenarnya dan maksimum sesuai Manfaat Asuransi yang tercantum pada tabel berikut untuk Satu Periode Rawat Inap.

	Manfaat (Rp)
Santunan Biaya Pembedahan	Hingga maksimum 2.500.000

22 Dana KesehatanKu

- b. Apabila Tertanggung menjalani Perawatan Bedah Sehari di Rumah Sakit karena Penyakit atau Kecelakaan, Penanggung hanya akan membayarkan santunan Pembedahan secara sekaligus yakni sebesar 50% (lima puluh persen) dari biaya pembedahan yang sebenarnya dan maksimum sesuai Manfaat Asuransi yang tercantum pada tabel diatas. Penanggung tidak akan membayarkan santunan harian yang tersebut pada butir 1 di atas.
- C. Ketentuan khusus sehubungan dengan Manfaat Asuransi sebagai berikut:
1. Tertanggung dapat dijamin hingga maksimum 2 (dua) Polis Asuransi Dana KesehatanKu. Apabila Tertanggung dijamin dalam lebih dari yang telah disebutkan tersebut, maka Penanggung hanya akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar maksimum 2 (dua) Polis Asuransi Dana KesehatanKu.
 2. Apabila terdapat lebih dari 2 (dua) Polis Dana KesehatanKu yang dimiliki oleh Tertanggung, maka Penanggung tidak wajib mengembalikan Premi.

PENTING

Ketentuan khusus sehubungan dengan Manfaat Asuransi sebagai berikut:1. Tertanggung dapat dijamin hingga maksimum 2 (dua) Polis Asuransi Dana KesehatanKu. Apabila Tertanggung dijamin dalam lebih dari yang telah disebutkan tersebut, maka Penanggung hanya akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar maksimum 2 (dua) Polis Asuransi Dana KesehatanKu. 2. Apabila terdapat lebih dari 2 (dua) Polis Dana KesehatanKu yang dimiliki oleh Tertanggung, maka Penanggung tidak wajib mengembalikan premi.

BAB III

PENGECUALIAN UMUM

Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi dalam hal rawat inap dan/atau pembedahan yang berhubungan dengan:

1. Semua perawatan dan atau pengobatan yang berhubungan dengan Penyakit atau luka yang telah ada sebelumnya (*Pre Existing Diseases*) termasuk komplikasinya, yang diputuskan sebagai Pengecualian Permanen;
2. Penyakit-penyakit Khusus, kecuali Polis adalah Polis perpanjangan;
3. Transplantasi organ, termasuk semua perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan transplantasi organ;
4. Dialisa, termasuk semua perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan Dialisa;
5. Perawatan dan pengobatan eksperimental, tradisional dan/atau alternatif yang di luar ilmu kedokteran barat yang

PENTING

Pengecualian Polis adalah hal-hal yang tidak ditanggung di dalam Polis ini.

24 Dana KesehatanKu

tidak terbatas pada akupuntur (kecuali dilakukan oleh Dokter), sinshu, dukun patah tulang, paranormal, chiropractor, naturopath, holistik dan sejenisnya;

6. Gangguan kejiwaan atau syaraf termasuk psikosis, neurosis, stres, depresi, psikogeriatrik dan manifestasi fisiologis atau psikosomatisnya, perawatan penyalahgunaan obat, kecanduan obat dan/atau alkohol;
7. Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan:
 - a. Infertilitas, termasuk inseminasi buatan, bayi tabung, dan pengembalian kesuburan.
 - b. Impotensi.
 - c. Semua terapi hormonal yang berkaitan dengan syndrome premenopause.
8. Perawatan dan/atau pengobatan untuk mengurangi atau menambah berat badan;
9. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kosmetik, termasuk bedah plastik kecuali untuk bedah plastik rekonstruksi fungsional akibat kecelakaan yang dilakukan maksimum 30 (tiga puluh) hari kalender setelah kecelakaan;
10. Segala biaya untuk pembelian alat penunjang atau alat bantu buatan atau bahan sintesis baik yang diluar atau melekat pada tubuh, termasuk namun tidak terbatas pada kursi roda, kruk, anggota tubuh palsu, alat pacu jantung, alat bantu

dengar, alat bantu penglihatan, alat penunjang atau alat bantu yang dibutuhkan pada pembedahan di kamar operasi seperti stent, pen, plate, screw, K-wire, lensa intra okular, dan sejenisnya;

11. Pemeriksaan fisik secara berkala, check up kesehatan (*medical check up*) atau pemeriksaan penunjang yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa dari Penyakit/luka yang dijamin;
12. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan :
 - a. Hernia di bawah usia 10 (sepuluh) tahun;
 - b. Kelainan bawaan dan/atau kelainan/keterlambatan tumbuh kembang;
13. Kelainan refraksi mata, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kelainan refraksi mata;
14. Sunat, kecuali yang disebabkan oleh Phimosi untuk usia di bawah 2 (dua) tahun;
15. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan:
 - a. HIV / AIDS, termasuk penyakit atau kondisi yang berkaitan HIV / AIDS; atau
 - b. Penyakit Menular Seksual;
16. Imunisasi, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya;
17. Keluarga Berencana, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan

26 Dana KesehatanKu

dengan komplikasinya;

18. Perawatan dan/atau pengobatan akibat:
 - a. terlibat aktif dalam perang, kerusuhan, perkelahian atau perbuatan kejahatan; atau
 - b. luka yang disengaja serta percobaan bunuh diri;
19. Perawatan dan/atau pengobatan yang diakibatkan:
 - a. Tertanggung mempersiapkan diri atau mengambil bagian untuk suatu perlombaan ketangkasan, kecepatan dan sebagainya dengan menggunakan kendaraan bermotor baik di darat, air maupun udara atau sejenisnya; atau
 - b. Keterlibatan Tertanggung dalam kegiatan dan/atau olah raga berbahaya seperti olahraga bela diri, terjun payung, menyelam, mendaki gunung, panjat tebing (baik buatan maupun sebenarnya), arung jeram base atau bungee jumping, adu kecepatan kendaraan (baik bermotor atau tidak), pesawat udara, terbang layang dan/atau olahraga dirgantara lainnya;
20. Perawatan dan/atau pengobatan yang diakibatkan karena Tertanggung melakukan penerbangan dengan menggunakan pesawat udara carteran, militer/Polisi, atau helikopter.
21. Rawat Jalan

22. Rawat Gigi
23. Perawatan Kehamilan, Melahirkan, Nifas dan segala komplikasinya.

BAB IV KETENTUAN UMUM

Pasal 1 DASAR JAMINAN ASURANSI

1. Pengajuan Jaminan Asuransi
 - a. Sebagai syarat penerbitan Polis, setiap Pemegang Polis/calon Tertanggung wajib memberikan dengan benar dan lengkap serta menyetujui semua keterangan dan pernyataan pertanyaan dalam bentuk tertulis. Semua keterangan, data dan pernyataan yang telah diberikan kepada Penanggung menjadi tanggung jawab Pemegang Polis/calon

PENTING

Dasar Pertanggungan Polis adalah berdasarkan keterangan dan jawaban terhadap pertanyaan yang dijelaskan dari calon Tertanggung dalam (bentuk tertulis): Semua keterangan, data dan pernyataan yang telah diberikan kepada Allianz menjadi tanggung jawab calon Tertanggung.

Tertanggung dan merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Polis.

- b. Keterangan dan/atau pernyataan yang disebutkan pada Pasal 1 butir 1.a Bab IV Polis ini menjadi dasar bagi Penanggung untuk memberikan persetujuannya atas permohonan Asuransi yang diajukan dan untuk proses aktivasi Polis.
- c. Tertanggung pada saat dilakukan aktivasi atau penutupan Polis sedang dalam keadaan sehat, tidak sakit atau dirawat di Rumah Sakit, atau sedang menunggu keputusan perawatan Rumah Sakit, hasil tes atau investigasi kesehatan.

2. Kesalahan Data

Apabila ditemukan adanya pernyataan, keterangan atau penjelasan yang tidak benar atau kurang lengkap sesuai Pasal 1 butir 1 Bab IV Polis ini baik pada saat jaminan asuransi dimulai dan/atau telah berlaku, maka Penanggung berhak:

- a. mengadakan penyesuaian sesuai dengan keadaan yang sebenarnya; atau
- b. menghentikan masa jaminan asuransi; atau

PENTING

Apabila ditemukan adanya pernyataan, keterangan atau penjelasan yang tidak benar atau kurang lengkap, Allianz berhak untuk membatalkan Polis.

c. membatalkan Polis.

3. Penerbitan Polis

Polis hanya berlaku apabila Pemegang Polis/calon Tertanggung telah membayar Premi asuransi secara penuh sebelum melakukan Aktivasi Polis via SMS dan mendapat Konfirmasi Aktivasi Polis via SMS serta memiliki kartu dan buku Polis yang diterbitkan dan ditandatangani secara sah oleh pejabat Penanggung yang berwenang.

4. Perubahan Polis

Pemegang Polis/Tertanggung diperbolehkan menaikkan Manfaat Asuransi sampai dengan manfaat maksimal yang ditawarkan oleh Penanggung, dengan membeli Polis Dana KesehatanKu yang kedua. Tanggal Berlaku Polis Dana KesehatanKu yang kedua adalah sesuai dengan Konfirmasi Aktivasi Polis via SMS yang diterima.

5. Perpanjangan Polis

a. Polis perpanjangan berlaku efektif apabila Pemegang Polis/Tertanggung telah membayar Premi Polis secara penuh untuk kemudian melakukan Aktivasi

PENTING

Polis Perpanjangan akan berlaku efektif apabila Tertanggung telah membayar Kontribusi dengan lunas.

30 Dana KesehatanKu

Polis via SMS dan mendapat Konfirmasi Aktivasi Polis via SMS. Proses perpanjangan ini harus dilakukan pada tanggal berakhirnya Tanggal Berlaku Polis sebelumnya atau selambatnya dalam kurun waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak Tanggal Berlaku Polis berakhir. Aktivasi Polis via SMS yang dilakukan setelah lewat masa 14 (empat belas) hari kalender sejak Tanggal Berlaku Polis sebelumnya berakhir akan dihitung sebagai Polis baru dan bukan perpanjangan.

- b. Penanggung mempunyai hak untuk melakukan perubahan terhadap seluruh ketentuan Polis yang terdaftar di Penanggung, pada saat perpanjangan Polis.

6. Pembatalan Polis

- a. Pembatalan oleh Pemegang Polis/Tertanggung

Pemegang Polis/Tertanggung dapat membatalkan Polis ini dan pengakhiran tersebut menjadi efektif pada tanggal diterimanya surat dari Pemegang Polis/Tertanggung ke Penanggung pada tanggal yang

PENTING
Pembatalan Polis oleh Tertanggung tidak ada pengembalian Premi.

tercantum dalam pemberitahuan, tanggal mana yang paling akhir. Dalam hal pembatalan Polis ini, tidak ada pengembalian Premi.

b. Pembatalan oleh Penanggung

Dalam hal pembatalan oleh Penanggung, Penanggung dapat membatalkan Polis ini dengan memberitahukan kepada Pemegang Polis/Tertanggung secara tertulis selambat-lambatnya dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum tanggal pembatalan tersebut. Penanggung akan melakukan pengembalian Premi (jika ada) setelah diperhitungkan langsung terhadap kewajiban-kewajiban Pemegang Polis/Tertanggung di atas, tanpa memperhitungkan klaim-klaim yang telah terjadi. Pengembalian Premi dilakukan secara pro rata untuk hari atau bulan yang tersisa.

7. **Status Klaim Akibat Pembatalan Polis**

Pembatalan Polis oleh Pemegang Polis/Tertanggung atau Penanggung tidak akan mempengaruhi suatu klaim yang terjadi sebelum tanggal pembatalan tersebut terkecuali pembatalan tersebut disebabkan oleh hal-hal yang diatur dalam Pasal 10 ayat (2) Bab IV.

Pasal 2
SYARAT-SYARAT DAN KETENTUAN

1. Syarat-syarat dan ketentuan untuk menjadi Tertanggung dalam Polis ini adalah sebagai berikut:
 - a. Usia masuk Tertanggung pada saat aktivasi atau penutupan Polis ini adalah minimal 15 (lima belas) hari dan maksimal 59 (lima puluh sembilan) tahun dan dapat diperpanjang sampai dengan Usia 64 (enam puluh empat) tahun.
 - b. Ketentuan untuk menjadi Tertanggung:
 - (1) Jaminan asuransi hanya dapat diakui oleh Penanggung apabila Pemegang Polis/Tertanggung melakukan Aktivasi Polis via SMS dan mendapat Konfirmasi Aktivasi Polis via SMS. Dengan melakukan Aktivasi Polis via SMS maka Pemegang Polis/calon Tertanggung setuju akan syarat dan ketentuan yang berlaku terkait kondisi kesehatan Tertanggung saat melakukan Aktivasi Polis via SMS.
 - (2) Calon Tertanggung tidak dalam keadaan sakit dan/atau dirawat di Rumah Sakit.
 - (3) Penanggung berhak untuk meminta keterangan dan bukti-bukti lainnya (jika diperlukan) sebelum menyetujui permohonan jaminan

asuransi dan Pemegang Polis/Tertanggung berkewajiban untuk memberikan keterangan dan bukti-bukti lainnya tersebut kepada Penanggung.

2. Periode Jaminan Asuransi

Jaminan asuransi mulai berlaku setelah 24 (dua puluh empat) jam sejak tanggal aktivasi atau penutupan Polis berdasarkan Aktivasi Polis via SMS yang dilakukan Pemegang Polis/calon Tertanggung dan yang telah disetujui Penanggung yang dibuktikan dengan Konfirmasi Aktivasi Polis via SMS yang berisi informasi mengenai Tanggal Berlaku Polis dan Nomor Polis, dan berakhir setelah 1 (satu) tahun.

3. Berakhirnya Jaminan Asuransi

Jaminan asuransi Tertanggung akan berakhir dengan kondisi sebagai berikut:

- a. Pada tanggal Polis ini berakhir; atau
- b. Pembatalan dilakukan oleh Pemegang Polis/Tertanggung ataupun oleh Penanggung; atau

PENTING
Ketentuan mengenai berakhirnya Pertanggungan Polis.

- c. Pada akhir tahun Polis (sebelum tanggal mulai berlaku tahun Polis berikutnya) dimana Usia Tertanggung mencapai 65 (enam puluh lima) tahun; atau
- d. Tertanggung meninggal dunia.

Pasal 3 PREMI

1. Perhitungan Premi

- a. Premi dihitung secara tahunan berdasarkan Manfaat Asuransi.
- b. Pemegang Polis/Tertanggung melakukan pembayaran Premi secara tahunan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Penanggung.

2. Metode Pembayaran Premi dan Waktu yang Diakui sebagai Saat Diterimanya Pembayaran Premi

- a. Menyimpang dari Pasal 257 Kitab Undang-Undang

*PENTING
setiap Premi
terhutang harus
sudah dibayar
lunas dan secara
nyata telah diterima
seluruhnya oleh
Allianz sebelum
Tertanggung
melakukan aktivasi
Polis via SMS*

Hukum Dagang dan tanpa mengurangi ketentuan yang diatur pada ayat (2.3.) di bawah ini, maka merupakan prasyarat dari tanggung jawab Penanggung atas jaminan asuransi berdasarkan Polis ini, bahwa setiap Premi terhutang harus sudah dibayar lunas dan secara nyata telah diterima seluruhnya oleh Penanggung sebelum Pemegang Polis/Tertanggung melakukan Aktivasi Polis via SMS.

- b. Pembayaran premi adalah kewajiban Pemegang Polis/Tertanggung yang harus dibayar penuh di muka setiap tahun untuk periode tertentu sebagaimana tercantum di dalam Konfirmasi Aktivasi Polis via SMS, dengan menggunakan fasilitas perbankan yang tersedia sebagai berikut:
 - (1) Tunai melalui kasir di Kantor Pusat PT Asuransi Allianz Utama Indonesia; atau
 - (2) Transfer melalui bank ke rekening PT Asuransi Allianz Utama Indonesia; atau
 - (3) Melalui Cek/Giro/Bank Draft ke PT Asuransi Allianz Utama Indonesia.
- c. Penanggung dianggap telah menerima pembayaran Premi, pada saat:
 - (1) Pembayaran melalui kasir Penanggung: pada tanggal diterimanya oleh kasir.
 - (2) Pembayaran dengan cek/giro/bank draft: tanggal pada saat dana cair

- diterima oleh Penanggung.
- (3) Pembayaran dengan transfer/debet langsung/kartu kredit: tanggal pada saat dana dikreditkan kedalam rekening bank Penanggung.
- d. Penanggung tidak berhak untuk mengembalikan Premi secara keseluruhan atau sebagian kecuali dalam hal-hal yang telah disebutkan pada Pasal 1 Butir 6.b Bab IV Polis ini.

Pasal 4 **WILAYAH JAMINAN ASURANSI**

Polis ini berlaku dan akan menjamin risiko yang terjadi di negara manapun Tertanggung berada di seluruh dunia.

Pasal 5 **ENDORSEMEN**

Dengan memperhatikan ketentuan hukum yang berlaku dan tanpa mengecualikan dan/atau membatasi risiko-risiko dan/atau mengurangi Manfaat Asuransi yang telah diatur dalam Ketentuan Umum Polis ini, Penanggung berhak untuk setiap saat mengeluarkan Endorsemen sehubungan dengan Polis dan yang selanjutnya akan menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Polis ini.

Pasal 6 KEADAAN PERANG

Apabila Negara Republik Indonesia baik sebagian maupun seluruhnya dalam keadaan perang baik diumumkan maupun tidak oleh Pemerintah Republik Indonesia yang sah, maka:

1. Kewajiban pembayaran klaim akan disesuaikan sementara oleh Penanggung.
2. Satu tahun setelah berakhirnya keadaan perang Penanggung akan memberikan jumlah penyesuaian yang tetap terhadap Manfaat Asuransi.

Pasal 7 PENYELESAIAN PERSELISIHAN

1. Apabila timbul perselisihan antara Penanggung dan Pemegang Polis/Tertanggung sebagai akibat dari penafsiran atas tanggung jawab atau besarnya ganti rugi dari Polis ini, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui perdamaian atau musyawarah dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan. Perselisihan timbul sejak Pemegang Polis/Tertanggung menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan.
2. Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah sebagaimana diatur pada butir 1 diatas tidak dapat dicapai, Pemegang Polis/

Tertanggung dapat meminta Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) untuk bertindak sebagai mediator dalam upaya mencapai penyelesaian perselisihan tersebut sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku di BMAI.

3. Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah sebagaimana diatur pada butir 1 diatas tidak dapat dicapai, Pemegang Polis/ Tertanggung tidak menempuh mediasi melalui BMAI atau menempuh mediasi melalui BMAI tetapi keputusan adjudikasi BMAI tidak dapat diterima oleh Pemegang Polis/Tertanggung maka Penanggung memberikan kebebasan kepada Pemegang Polis/Tertanggung untuk memilih salah satu pilihan penyelesaian sengketa sebagaimana diatur di bawah ini:

a. Arbitrase

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Pemegang Polis/Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Majelis Arbitrase Ad Hoc sebagai berikut :

- (1) Majelis Arbitrase Ad Hoc terdiri dari 3 (tiga) orang Arbiter. Pemegang Polis/Tertanggung dan Penanggung masing-masing menunjuk seorang Arbiter dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah diterimanya pemberitahuan, yang kemudian kedua Arbiter tersebut memilih dan menunjuk Arbiter ketiga dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender setelah Arbiter yang kedua ditunjuk. Arbiter ketiga menjadi ketua Majelis Arbitrase Ad Hoc.

- (2) Dalam hal terjadi ketidaksepakatan dalam penunjukkan Arbiter ketiga, Pemegang Polis/Tertanggung dan atau Penanggung dapat mengajukan permohonan kepada ketua Pengadilan Negeri di daerah hukum termohon bertempat tinggal untuk menunjuk ketua Arbiter.
- (3) Pemeriksaan atas sengketa harus diselesaikan dalam waktu paling lama 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak Majelis Arbitrase Ad Hoc terbentuk. Dengan persetujuan para pihak dan apabila dianggap perlu oleh Majelis Arbitrase Ad Hoc, jangka waktu pemeriksaan sengketa dapat diperpanjang.
- (4) Putusan Arbitrase bersifat final dan mempunyai kekuatan hukum tetap dan mengikat Pemegang Polis/Tertanggung dan Penanggung. Dalam hal Pemegang Polis/Tertanggung dan atau Penanggung tidak melaksanakan putusan Arbitrase secara sukarela, putusan dilaksanakan berdasarkan perintah ketua Pengadilan Negeri yang berwenang atas permohonan salah satu pihak yang bersengketa.
- (5) Untuk hal-hal yang belum diatur dalam Pasal ini berlaku ketentuan yang diatur dalam undang-undang tentang arbitrase, yang untuk saat ini adalah Undang-Undang Republik Indonesia No. 30 Tahun 1999 tanggal 12 Agustus 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa.

b. Pengadilan

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Pemegang Polis/Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia.

4. Dalam hal keputusan ajudikasi BMAI ditolak oleh Pemegang Polis/Tertanggung, namun Pemegang Polis/Tertanggung tidak melakukan upaya penyelesaian melalui arbitrase atau pengadilan dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak tanggal dikeluarkannya keputusan ajudikasi secara tertulis oleh BMAI tersebut, maka hak Pemegang Polis/Tertanggung atas ganti rugi berdasarkan Polis ini hilang dengan sendirinya.

Pasal 8
PENGESAMPINGAN HAK

Dengan ini dinyatakan bahwa dalam hal Pemegang Polis/Tertanggung atau Penanggung menghentikan asuransi ini, maka kedua belah pihak setuju untuk mengesampingkan Pasal 1266 dan 1267 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia dan penghentian pertanggung tersebut dilakukan tanpa memerlukan persetujuan pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia.

Pasal 9 HUKUM YANG BERLAKU

Polis ini dibuat dan dijalankan sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku di Negara Republik Indonesia.

Pasal 10 KLAIM

1. PROSEDUR PENGAJUAN KLAIM

- a. Pemegang Polis/Tertanggung harus mengajukan dokumen sebagai berikut:
 - (1) Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis/Tertanggung dan bagian resume medis diisi lengkap dan telah ditandatangani oleh Dokter yang merawat dengan cap dari Rumah Sakit;
 - (2) Surat rujukan Dokter untuk rawat inap Rumah Sakit dan/atau tindakan pembedahan jika ada;

PENTING

Prosedur Klaim adalah ketentuan mengenai cara pengajuan klaim, waktu pengajuan klaim dan proses pembayaran klaim. Tertanggung wajib mengikuti prosedur yang diberlakukan oleh Allianz.

- (3) Bukti pembayaran atas perawatan berupa salinan kuitansi asli beserta perincian biaya-biaya masing-masing tindakan dan/atau Pelayanan Kesehatan;
 - (4) Salinan pemeriksaan penunjang diagnostik dan fisioterapi.
- b. Klaim diajukan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender setelah berakhirnya perawatan. Klaim yang diajukan setelah jangka waktu tersebut tidak akan dibayarkan.
 - c. Apabila Pemegang Polis/Tertanggung mengajukan dokumen klaim tidak secara lengkap sebagaimana diatur dalam Pasal 10 butir 1.1 di atas, Penanggung akan menganggap sebagai klaim yang belum diajukan.
 - d. Penanggung berhak untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari Rumah Sakit dan/atau pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Tertanggung.
 - e. Penanggung akan memberikan persetujuan klaim selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari kerja sejak dokumen lengkap dan diterima oleh Penanggung, dan Pemegang Polis/Tertanggung akan memberikan konfirmasi atas persetujuan tersebut disertai informasi rekening bank untuk pembayaran klaim.

- f. Apabila klaim disetujui oleh Penanggung, maka akan dilakukan pembayaran atas Manfaat Asuransi sesuai dengan persetujuan Penanggung selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja sejak pihak Pemegang Polis/Tertanggung memberikan konfirmasi dan informasi rekening bank yang ditunjuk oleh Pemegang Polis untuk pembayaran klaim.
- g. Dalam hal telah dilakukannya penolakan klaim oleh Penanggung dan kemudian ada perbaikan/ralat/penarikan informasi terhadap diagnosa dan/atau keterangan lainnya yang sudah diinformasikan secara tertulis oleh Dokter yang merawat Tertanggung kepada Penanggung, maka perbaikan/ralat/penarikan informasi terhadap diagnosa dan/atau keterangan lainnya tersebut dinyatakan tidak berlaku dan Penanggung tidak mempunyai kewajiban dalam bentuk apapun untuk memenuhi klaim dari Pemegang Polis/Tertanggung.
- h. Apabila salah satu/semua pelayanan kesehatan yang Dibutuhkan Secara Medis diduga adanya indikasi tidak benar atau meragukan, maka Penanggung diberikan hak oleh Pemegang Polis/Tertanggung untuk melakukan investigasi lebih lanjut, termasuk namun tidak terbatas, kepada:
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia
 - Ikatan Dokter Ahli Indonesia
 - Ikatan Dokter Indonesia

44 Dana KesehatanKu

- Meminta pendapat dari konsultan medis atau hukum di luar Penanggung

Berdasarkan keadaan tersebut, Penanggung memiliki kebijakan tersendiri dan hak untuk membayar manfaat sesuai dengan pendapat medis independen dari Penanggung dan bukan dari perawaran medis yang telah diterima oleh Tertanggung.

2. KETERANGAN /DOKUMEN KLAIM YANG TIDAK BENAR DAN/ATAU DIPALSUKAN

Apabila terbukti bahwa Pemegang Polis/Tertanggung telah memberikan keterangan yang tidak benar atau memberikan keterangan palsu atau terbukti telah melakukan penipuan atas klaim ini, maka Penanggung berhak untuk melakukan tindakan di bawah ini:

- a. menolak untuk membayar Manfaat Asuransi yang berkaitan dengan klaim.
- b. membatalkan Polis.
- c. mengubah ketentuan Polis.

PENTING

Apabila terbukti bahwa Tertanggung/ Tertanggung telah memberikan keterangan yang tidak benar atau memberikan keterangan palsu atau terbukti melakukan penipuan atas klaim, Allianz berhak untuk melakukan tindakan sesuai Polis ini.

- d. menarik kembali semua uang yang telah dibayar kepada Pemegang Polis/ Tertanggung atau pihak yang mengatasnamakan dirinya.
- e. meneruskan kasus ini kepada pihak yang berwajib.

3. ASURANSI LAIN

Manfaat Asuransi ini akan dibayar penuh sesuai dengan jumlah batas pertanggungan meskipun Tertanggung mempunyai asuransi lain yang sejenis.

Allianz Center & Kantor Cabang

JAKARTA

Allianz Tower
Jl. HR. Rasuna Said
Kawasan Kuningan Persada Super Blok 2
Jakarta Selatan 12980
Telp. +6221 29269999
Fax. +6221 29269090

SURABAYA

Allianz Center
Graha Pasifik Lt. 1-2
Jl. Basuki Rahmat No. 87-91
Surabaya 60271
Telp. +6231 5357997
Fax. +6231 5460036

MEDAN

Gedung Wisma BII Lt. 8
Jl. Diponegoro No. 18
Medan 20152
Telp. +6261 4510062
Fax. +6261 4510063

BANDUNG

Allianz Center
Wisma CIMB Niaga Lt. 7
Jl. Gatot Subroto No. 2, Bandung 40262
Telp. +6222 7308889
Fax. 6222 7300799

DENPASAR

Allianz Center,
JEFF Building, Jl. Raya Puputan No. 488
Denpasar 80235
Telp. +62361 239788
Fax. +62361 226223, 32

SEMARANG

Rukan Pemuda Mas, Blok A Kav. A-5
Jl. Pemuda No. 150, Semarang 50132
Telp. +6224 3556201
Fax. +6224 3561741

MAKASSAR

Business Center, Ruko Diamond No. 5
Jl. AP. Pettarani, Makassar
Telp. +62411 450509, 511
Fax. +62411 450339

Point of Sales:

KEBON JERUK

Graha Kencana Lt. 7
Jl. Raya Perjuangan No. 88
Kebon Jeruk, Jakarta Barat
Telp. 021 53670870
Fax. 021 53670871

PALEMBANG

Jl. Kapten Rifai No. 47/25
Rt. 03, 26 Ilir Barat I
Palembang
Telp. 0711 360037
Fax. 0711 375585

KARAWANG

Komplek Pertokoan
Galuh Mas No. A6
Karawang Barat 41361
Telp. 0267 419079
Fax. 0267 419079

TEGAL

Jl. Gajah Mada No. 43A, Tegal
Telp. 0283 320099
Fax. 0283 320198

MALANG

Jl. Letjend Sutoyo No. 37A, Malang
Telp. 0341 474730
Fax. 0341 485166

BALIKPAPAN

Komplek Mall Fantasi
Balikpapan Baru Blok AA-2A/7
Balikpapan Selatan
Telp. 0542 876867
Fax. 0542 876869

KELAPA GADING

Jl. Boulevard Timur
Blok ZC 1 No.30
Kelapa Gading, Jakarta Utara
Telp. 021 45840110
Fax. 021 45850513

TASIKMALAYA

Ruko Tasik Indah Plaza N37
Jl. Raya HZ. Mustofa No.345
Tasikmalaya
Telp. 0265 344837
Fax. 0265 344837

BOGOR

Jl. Sudirman No. 15B

Bogor

Telp. 0251 8330555

Fax. 0251 8330555

YOGYAKARTA

Ruko YAP Square

Blok B No. 20 Terban

Yogyakarta

Telp. 0274 542007, 008

Fax. 0274 541976

JEMBER

Jl. KH Ahmad Sidiq

No. 83-85, Jember

Telp. 0331 482214, 690

Fax. 0331 429660

SAMARINDA

Jl. Ahmad Yani I No. 43 AB

Samarinda 74117

PEKANBARU

Jl. Jend. Sudirman No. 40

Pelita Pantai, Pekanbaru

Telp. 0761 849011

Fax. 0761 849599

CIREBON

Ruko Pemuda Blok B No. 3

Jl. Pemuda, Cirebon

Telp. 0231 210661, 211064

Fax. 0231 204791

PURWOKERTO

Jl. Perintis Kemerdekaan no. 31

Purwokerto

Telp. 0281 628876

Fax. 0281 628876

SOLO

Jl. Honggowongso No. 98B, Solo

Telp. 0271 718069

Fax. 0271 742593

MANADO

Jl. Pierre Tendean Boulevard

Komplek Ruko Mega Smart

Blok 6 No. 19 Manado

Telp. 0431 8881300

Fax. 0431 8881197

PT Asuransi Allianz Utama Indonesia

Allianz Tower

Jl. HR. Rasuna Said

Kawasan Kuningan Persada Super Blok 2

Jakarta Selatan 12980

Telp. +6221 - 2926 9999

Fax. +6221 - 2926 9090

Email : feedback@allianz.co.id