

RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN (RIPLAY) UMUM ASURANSI KESEHATAN SMILE MEDIKA ULTIMAX

Penanggung	PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk	Jenis Produk	Asuransi Kesehatan
Nama Produk	Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax	Jalur Distribusi	Agency
		Mata Uang	Rupiah

Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax merupakan produk asuransi kesehatan yang diterbitkan oleh **PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk** dengan memberikan manfaat perlindungan atas risiko biaya perawatan kesehatan Tertanggung selama di Rumah Sakit selama 365 hari dalam Masa Pertanggungan.

Fitur Produk

Usia Masuk Pemegang Polis	18 – 75 tahun
Usia Masuk Tertanggung	Tertanggung: 1 bulan – 70 tahun Tertanggung Tambahan: <ul style="list-style-type: none"> • Suami, istri & orang tua dalam keluarga inti: 18 – 70 tahun. • Anak-anak yang sah (termasuk anak adopsi yang sah): 1 bulan – 19 tahun 1 tahun dan dapat diperpanjang sampai Tertanggung berusia 100 tahun
Masa Pertanggungan & Masa Pembayaran Premi	<i>Catatan:</i> Tertanggung Tambahan anak-anak dapat diperpanjang sampai dengan usia 25 tahun.
Manfaat Asuransi	Sesuai plan yang dipilih
Plan	Pilihan Plan pada Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> • Bronze X II • Bronze X I • Silver X • Gold X • Titanium X • Platinum X
Premi	Mulai dari Rp2.415.000 per tahun <i>Catatan:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Premi (termasuk Premi awal dan Premi untuk setiap perpanjangan Polis) dihitung berdasarkan usia dan jenis kelamin, tingkat inflasi biaya kesehatan, kondisi kesehatan, pengalaman klaim secara portfolio dan Plan Manfaat Asuransi yang dipilih oleh Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan. • Premi akan meningkat sesuai dengan peningkatan usia Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan.
Periode Pembayaran Premi	Tahunan/ Semesteran/ Triwulanan/ Bulanan

Manfaat Asuransi

	<p>Manfaat Rawat Inap</p> <p>Manfaat Rawat Inap selama Masa Pertanggungan meliputi: Biaya Kamar dan Menginap, Biaya Kamar ICU (Unit Perawatan Intensif), Biaya Kunjungan Dokter Umum, Biaya Kunjungan Dokter Spesialis, Biaya Perawatan di Rumah oleh Perawat, Biaya Pembedahan, Biaya Protesis dan/atau Implantasi, Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit, Penggantian Biaya untuk Donor Pihak Ketiga dan Manfaat Dukungan Mobilitas dan Pendengaran.</p>
	<p>Manfaat Rawat Jalan</p> <p>Manfaat Rawat Jalan selama Masa Pertanggungan meliputi: Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap, Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap, Biaya Fisioterapi, Biaya Perawatan Cuci Darah, Biaya Perawatan Kanker, Biaya Rawat Jalan Darurat dan Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan, Rawat Jalan Darurat dan Perawatan Gigi Lanjutan Akibat Kecelakaan, Biaya Sebelum Tindakan Bedah Rawat Jalan, Biaya Tindakan Bedah Rawat Jalan, Biaya Setelah Tindakan Bedah Rawat Jalan dan Pengobatan Akupuntur.</p>
	<p>Manfaat Lainnya</p> <p>Manfaat Lainnya meliputi: Manfaat Rawat Inap Di Luar Area Pertanggungan, Perawatan Paliatif, Manfaat Santunan HIV/AIDS, Biaya Layanan Ambulans Lokal, Manfaat Santunan Kematian dan <i>Booster</i>.</p> <p>Manfaat Pilihan (Optional): Tanggungan Mandiri</p>

Manfaat Rawat Inap

1. Biaya Kamar dan Menginap

Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan oleh Rumah Sakit atau Klinik selama Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani Rawat Inap untuk untuk akomodasi kamar selain ICU (Unit Perawatan Intensif).

2. Biaya Kamar ICU (Unit Perawatan Intensif)

Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan oleh Rumah Sakit selama Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan yang membutuhkan Perawatan intensif dan pengawasan khusus secara berkesinambungan oleh Dokter yang memiliki kualifikasi untuk menangani Perawatan di Unit Perawatan Intensif dibantu perawat-perawat khusus, termasuk di ruang isolasi, *High Dependancy Unit (HDU)*, *High Care Unit (HCU)*, *Intermediate Ward*, *Medical Intensive Care Unit (MICU)*, *Intensive Coronary Care Unit (ICCU)*, *Neo-natal Intensive Care Unit (NICU)* dan *Pediatric Intensive Care Unit (PICU)*.

3. Biaya Kunjungan Dokter Umum

Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan oleh seorang Dokter Umum sehubungan dengan Penyakit atau Cedera yang mengakibatkan Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani Rawat Inap dengan batasan maksimum dua kunjungan per hari.

4. Biaya Kunjungan Dokter Spesialis

Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan oleh seorang Dokter Spesialis dan/atau sub spesialis sehubungan dengan Penyakit atau Cedera yang mengakibatkan Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani Rawat Inap dengan batasan maksimum dua kunjungan per hari.

5. Perawatan dirumah oleh Perawat

Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan oleh Rumah Sakit apabila Tertanggung menjalani Perawatan di Rumah oleh Perawat.

6. Biaya Pembedahan

Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan apabila Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani Pembedahan, Penanggung akan membayarkan biaya sesuai dengan kuitansi yang diterbitkan oleh Rumah Sakit atau Klinik yang mencakup biaya profesional Dokter Spesialis Bedah, asisten operator, Dokter Spesialis Anestesi, ruang bedah, ruang pemulihan, peralatan bedah dan Obat-obatan yang dilakukan sesuai dengan prosedur yang berlaku umum dan untuk pembedahan.

7. Biaya Prostesis dan/atau Implantasi

Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan atas Prostesis dan/atau Implantasi.

8. Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit

Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan untuk aneka Perawatan Rumah Sakit atas biaya pemeriksaan laboratorium/diagnostik, biaya Obat-obatan, biaya pelayanan umum, dan biaya alat dan suplai.

9. Penggantian Biaya Donor Pihak Ketiga

Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan oleh Rumah Sakit yang timbul atas biaya Rawat Inap dan Tindakan Bedah untuk donor pihak ketiga atas transplantasi organ penting yang dijalani Tertanggung/Tertanggung Tambahan.

10. Manfaat Dukungan Mobilitas & Pendengaran

Penggantian biaya yang timbul untuk pembelian peralatan atau perangkat prostetik eksternal berupa:

- Anggota tubuh artifisial (tiruan) yang dibutuhkan akibat terjadinya Penyakit atau Kecelakaan; atau
- Alat Bantu Dengar akibat Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan kehilangan pendengaran.

Manfaat Rawat Jalan

- 1. Biaya Perawatan Sebelum Rawat Inap**
Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan untuk Perawatan sebelum Rawat Inap dalam kurun waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sebelum tanggal Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan mulai menjalani Rawat Inap.
- 2. Biaya Perawatan Setelah Rawat Inap**
Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan untuk Perawatan setelah Rawat Inap dalam kurun waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah tanggal Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan mulai menjalani Rawat Inap.
- 3. Biaya Fisioterapi**
Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan atas Fisioterapi.
- 4. Biaya Perawatan Cuci Darah**
Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan atas Perawatan cuci darah.
- 5. Biaya Perawatan Kanker**
Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan apabila Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani Perawatan kanker, Penanggung akan membayarkan biaya sesuai dengan kuitansi yang diterbitkan oleh Rumah Sakit atau Klinik yang mencakup, biaya konsultasi Dokter, Perawatan, dan biaya pemeriksaan yang bertujuan untuk pengobatan dan Perawatan kanker.
- 6. Rawat Jalan Darurat dan Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan**
Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan oleh Rumah Sakit untuk Biaya Rawat Jalan Darurat dan Perawatan Gigi yang disebabkan oleh Cedera dalam waktu maksimal 48 (empat puluh delapan) jam setelah terjadinya Kecelakaan.
- 7. Rawat Jalan Darurat dan Perawatan Gigi Lanjutan Akibat Kecelakaan**
Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan oleh Rumah Sakit untuk Biaya Rawat Jalan Darurat dan Perawatan Gigi lanjutan yang disebabkan oleh Cedera dalam waktu selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal Kecelakaan.
- 8. Biaya Sebelum Tindakan Bedah Rawat Jalan**
Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan apabila Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani Tindakan Bedah Rawat Jalan maksimal untuk kurun waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sebelum Tindakan Bedah Rawat Jalan, Penanggung akan membayarkan biaya sesuai dengan kuitansi yang diterbitkan oleh Rumah Sakit atau Klinik.
- 9. Biaya Tindakan Bedah Rawat Jalan**
Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan apabila Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani Pembedahan tanpa harus menjalani Rawat Inap atas rekomendasi Dokter, Penanggung akan membayarkan biaya sesuai dengan kuitansi yang diterbitkan oleh Rumah Sakit atau Klinik.
- 10. Biaya Setelah Tindakan Bedah Rawat Jalan**
Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan apabila Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani Tindakan Bedah Rawat Jalan maksimal untuk kurun waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender setelah Tertanggung keluar dari Rumah Sakit, Penanggung akan membayarkan biaya sesuai dengan kuitansi yang diterbitkan oleh Rumah Sakit atau Klinik.
- 11. Pengobatan Akupuntur**
Penggantian Biaya Wajar Yang Biasa Dibebankan atas Pengobatan Akupuntur yang diperoleh secara rawat jalan di klinik spesialisasi atau suatu rumah sakit yang memiliki fasilitas lengkap dan kualifikasi sah untuk pengobatan Akupuntur sebagai Perawatan lanjut atas kondisi medis yang ditanggung dalam asuransi ini dimana Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani rawat inap sebelumnya.

Manfaat Lainnya

- 1. Manfaat Rawat Inap di Luar Area Pertanggung**
Dalam hal Tertanggung/Tertanggung Tambahan di Rawat Inap di Rumah Sakit yang terletak di luar Area Pertanggung, maka Penanggung akan menanggung biaya atas Perawatan Rawat Inap tersebut secara proporsional sesuai tabel Manfaat Rawat Inap di Luar Area Pertanggung.
- 2. Perawatan Paliatif**
Penggantian perawatan paliatif akan dibayarkan, dengan ketentuan Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan harus didiagnosis menderita Penyakit terminal oleh Dokter Spesialis yang merawat Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan.
- 3. Manfaat Santunan AIDS/HIV**
Memberikan santunan jika Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani Perawatan yang berkaitan dengan AIDS dan antibodi HIV (positif HIV) disebabkan oleh transfusi darah atau akibat Kecelakaan dalam bekerja, maka Penanggung akan memberikan santunan yang dibayarkan 1 (satu) kali secara sekaligus.
- 4. Biaya Layanan Ambulans Lokal**
Layanan transportasi darat dengan Perawat dan perlengkapan medis memadai yang disediakan Rumah Sakit atau lembaga penyedia jasa ambulans yang ditumpangi oleh dan untuk Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan dari tempat kejadian langsung ke Rumah Sakit, dari Rumah Sakit langsung ke Rumah Sakit, dan/atau dari Rumah Sakit ke bank darah dan sebaliknya dengan tujuan untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan.
- 5. Manfaat Santunan Kematian**
Memberikan santunan sesuai dengan Manfaat Asuransi apabila Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan meninggal dunia oleh sebab apapun selama penyebabnya tidak termasuk pengecualian dalam Polis.
- 6. Booster**
Manfaat tambahan diluar Batas Manfaat Tahunan yang diberikan kepada Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan, dengan jumlah tertentu sebagaimana tercantum pada Tabel Manfaat Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax yang jumlahnya akan berkurang sesuai dengan penggunaannya selama Masa Pertanggung.

Manfaat Pilihan (*Optional*)

Tanggunggan Mandiri

- Apabila Pemegang Polis memilih Tanggungan Mandiri maka Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan pada saat Rawat Inap akan dikurangi dengan nilai Tanggungan Mandiri.
- Tanggungan Mandiri akan dibebankan untuk setiap Rawat Inap.

Manfaat Rawat Inap Di Luar Area Pertanggunggan

Dalam hal Tertanggung/Tertanggung Tambahan di Rawat Inap di Rumah Sakit yang terletak di luar Area Pertanggunggan, maka Penanggung akan menanggung biaya atas Perawatan Rawat Inap tersebut secara proporsional sesuai table berikut:

Area Pertanggunggan	Area Rawat Inap	Persentase Biaya Yang Ditanggung
INDONESIA	Indonesia	100%
	Asia (kecuali Hong Kong, Jepang, dan Singapura)	50%
	Hong Kong, Jepang, dan Singapura	25%
	Seluruh Dunia (kecuali Amerika Serikat)	20%
	Amerika Serikat	15%
ASIA (KECUALI HONG KONG, JEPANG, DAN SINGAPURA)	Indonesia	100%
	Asia (kecuali Hong Kong, Jepang, dan Singapura)	100%
	Hong Kong, Jepang, dan Singapura	30%
	Seluruh Dunia (kecuali Amerika Serikat)	20%
	Amerika Serikat	15%
SELURUH ASIA	Indonesia	100%
	Asia (termasuk Hong Kong, Jepang, dan Singapura)	100%
	Seluruh Dunia (kecuali Amerika Serikat)	70%
	Amerika Serikat	50%
SELURUH DUNIA (KECUALI AMERIKA SERIKAT)	Indonesia	100%
	Asia (termasuk Hong Kong, Jepang, dan Singapura)	100%
	Seluruh Dunia (kecuali Amerika Serikat)	100%
	Amerika Serikat	70%
SELURUH DUNIA	Indonesia	100%
	Asia (termasuk Hong Kong, Jepang, dan Singapura)	100%
	Seluruh dunia (termasuk Amerika Serikat)	100%

Metode Perhitungan Pembayaran Manfaat Asuransi (Klaim)

1. Perhitungan Prorata atas Biaya Kamar dan Menginap dalam hal Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menempati kamar melebihi Biaya Kamar dan Menginap sebagaimana ditetapkan:

$$\text{Prorata / Biaya Yang Dapat dibayarkan} = (\text{BixTB}) / \text{BK}$$

BI = • Harga kamar dan Menginap sesuai dengan hak Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan
 (*apabila atas keinginan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan*); atau
 • Harga Kamar dan Menginap satu tingkat lebih tinggi dari hak Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan
 (*apabila kamar di Rumah Sakit atau Klinik penuh*)

TB = Total tagihan sesuai kuitansi

BK = Harga Kamar dan Menginap tempat Tertanggung dirawat

2. Apabila Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani perawatan di luar Area Pertanggunggan dan menempati kamar dengan Biaya Kamar dan Menginap yang melebihi Plan Manfaat Asuransi pada Tabel Manfaat Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax, selain akan dikenakan faktor Prorata sebagaimana dimaksud diatas maka Penanggung juga akan mengenakan persentase Manfaat Rawat Inap di luar Area Pertanggunggan.
3. Jika Pemegang Polis memilih Tanggungan Mandiri, maka Manfaat Asuransi yang dapat dibayarkan oleh Penanggung akan dikurangi dengan Tanggungan Mandiri (jika ada).
4. Metode perhitungan pembayaran manfaat asuransi akan diberlakukan urutan sebagai berikut: i) Prorata atas Biaya Kamar dan Menginap; ii) Persentase perawatan di luar Area Pertanggunggan, dan iii) Risiko Mandiri (jika ada).

Catatan: Manfaat Asuransi diatur selengkapnya di dalam Polis.

Simulasi Manfaat


Bapak David (34 tahun) membeli produk Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax Plan Silver X tanpa Tanggungan Mandiri.

Premi Tahun ke -1

: Rp9.860.000
(Tahunan)

Masa Pembayaran
Premi

: 1 tahun dan dapat diperpanjang sampai dengan Tertanggung berumur 100 tahun

Contoh Kasus 1:

Bapak David pada umur 38 tahun mengalami kecelakaan yang mengakibatkan patah tulang sehingga harus melakukan pemasangan alat bantu yang ditanam (Pen), Bapak David dirawat inap di Rumah Sakit selama 4 hari dan menempati kamar sesuai dengan Plan yang dimiliki. Adapun rincian biaya dan pembayaran Manfaat Asuransi sebagai berikut:

Tipe Kamar	Harga	Batas Harga Kamar
Kamar dengan 1 tempat tidur termurah (Kelas 1)	2 juta	Plan Silver B – 1,5 juta
Kamar 1 tingkat lebih tinggi (VIP A)	2,5 juta	
Kamar 2 tingkat lebih tinggi (VIP B)	3 juta	

Rincian Perawatan	Biaya Perawatan
Kelas 1	8.000.000
Kunjungan Dokter Umum	500.000
Kunjungan Dokter Spesialis	3.000.000
Biaya Pembedahan	200.000.000
Biaya Aneka Perawatan di Rumah Sakit	20.000.000
Total	231.500.000

Maka PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar **Rp231.500.000**.

Contoh Kasus 2:

Bapak David pada umur 50 tahun terjadi risiko meninggal dunia akibat sakit, maka PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk akan membayarkan santunan kematian sebesar **Rp40.000.000** dan Polis berakhir.

Catatan:

1. Data Tertanggung/Pemegang Polis di atas adalah sebagai contoh dan bukan data sesungguhnya.
2. Seluruh data dan perhitungan hanya sebatas ilustrasi dan bersifat tidak mengikat serta ketentuannya akan mengacu pada Polis asuransi yang berlaku. Ilustrasi lebih lengkap tentang produk ini baik Premi yang harus dibayarkan, Manfaat Asuransi dan sebagainya tercantum dalam dokumen Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Personal Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax.
3. Premi yang Pemegang Polis bayarkan akan berubah pada tahun berikutnya berdasarkan kenaikan umur dan plan yang dipilih.

Definisi

Pemegang Polis	Perorangan, lembaga atau badan hukum yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung.
Tertanggung	Orang yang jiwanya dipertanggungkan di dalam Polis ini.
Yang Ditunjuk	Perorangan, lembaga atau badan hukum yang berhak menerima Uang Asuransi apabila Tertanggung meninggal dunia dalam Masa Pertanggungan.
Masa Mempelajari Polis (Free-Look Period)	Masa Mempelajari Polis diberikan selama 14 hari kalender sejak Polis dalam bentuk cetak (<i>hardcopy</i>) maupun elektronik (<i>softcopy</i>), mana yang lebih dahulu diterima oleh Pemegang Polis. Selama 14 hari kalender sejak Polis diterima Pemegang Polis berhak untuk membatalkan Polis dengan pemberitahuan secara tertulis serta mengembalikan Polis kepada Penanggung atas Pembatalan Polis ini (tidak berlaku untuk Polis elektronik), maka Penanggung akan mengembalikan Premi setelah dikurangi dengan biaya-biaya yang dikeluarkan oleh Penanggung yaitu biaya administrasi Polis yang terdiri dari biaya penerbitan Polis serta biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada).
Masa Tunggu	Masa dimana Manfaat Asuransi tidak berlaku, (kecuali untuk Manfaat Rawat Inap atau tindakan rawat jalan yang disebabkan Kecelakaan), yaitu selama 30 (tiga puluh) hari pertama sejak: <ol style="list-style-type: none"> a. Tanggal Mulai Pertanggungan; b. Tanggal pemulihan Polis terakhir; atau c. Tanggal berlaku peningkatan Manfaat Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax oleh Penanggung (jika ada) sebagaimana dicantumkan dalam Endorsemen. hal mana yang terjadi terakhir.
Masa Leluasa (Grace Period)	30 hari kalender terhitung sejak Tanggal Jatuh Tempo pembayaran Premi.

Biaya

Premi yang dibayarkan sudah termasuk dengan biaya asuransi, biaya administrasi dan kompensasi yang diberikan kepada tenaga pemasar.

Risiko-Risiko

Risiko Kredit

Risiko yang berkaitan dengan kemampuan PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk dalam membayar kewajiban terhadap Nasabahnya. PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk terus mempertahankan kinerjanya untuk melebihi minimum kecukupan modal yang ditentukan oleh Pemerintah.

Risiko Politik & Ekonomi

Risiko yang terjadi akibat perubahan kondisi ekonomi baik dalam dan luar negeri, kebijakan Politik, Hukum, dan HAM, serta peraturan Pemerintah yang berkaitan pada Usaha Keuangan yang dijalankan.

Risiko Operasional

Risiko yang terjadi akibat kurangnya kontrol internal, misalnya kesalahan manusia, sistem operasional, serta kejadian-kejadian lainnya.

Pengecualian

1. Jenis penyakit yang diderita dalam Masa Tunggu kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan;
2. Penyakit Yang Telah Ada Sebelumnya (Pre-existing conditions);
3. Rawat Inap atau Tindakan Bedah apa pun untuk Penyakit yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Tanggal Mulai Pertanggungjawaban, atau tanggal Pemulihan Polis, atau tanggal disetujuinya peningkatan Manfaat Asuransi oleh Penanggung (jika ada) sebagaimana tercantum dalam Endosemen, tergantung tanggal mana yang paling akhir, baik Tertanggung telah mengetahui atau tidak mengetahui, termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya, baik secara langsung maupun tidak langsung, yaitu:
 - a. Katarak;
 - b. Penyakit dan/atau kelainan pada Tonsil, Adenoid, Sinus dan Septum yang memerlukan operasi;
 - c. Semua jenis kelainan pada kelenjar Gondok (Tiroid);
 - d. Asma, termasuk namun tidak terbatas pada Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK);
 - e. Tuberculosis (TBC);
 - f. Penyakit jantung dan pembuluh darah (Kardiovaskuler);
 - g. Penyakit pembuluh darah otak;
 - h. Hipertensi;
 - i. Semua jenis Hepatitis, Sirosis hati;
 - j. Radang/batu pada sistem kandung empedu;
 - k. Kencing manis;
 - l. Tukak lambung;
 - m. Tukak usus;
 - n. Radang/batu pada sistem saluran kemih termasuk Ginjal;
 - o. Semua jenis kelainan sistem reproduksi, termasuk namun tidak terbatas pada Varikokel, Endometriosis, Fibroid/Miom di rahim;
 - p. Semua jenis Hernia termasuk Herniasi Nukleus Pulposus (HNP) dan kelainan/gangguan tulang belakang;
 - q. Wasir;
 - r. Fistula;
 - s. Epilepsi
 - t. Semua jenis tumor baik jinak maupun ganas, atau termasuk dalam bentuk lainnya atau benjolan atau kista.
4. Tindakan bunuh diri atau cedera yang diakibatkan oleh perbuatan diri sendiri atau setiap percobaan kearah itu, baik dalam keadaan sadar maupun tidak sadar dan pelanggaran hukum atau setiap usaha pelanggaran hukum atau perlawanan atas penangkapan maupun penahanan secara hukum;
5. Kanker yang telah didiagnosis atau mendapat pengobatan dalam kurun waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tanggal Mulai Pertanggungjawaban, atau tanggal Pemulihan Polis, atau tanggal disetujuinya peningkatan Manfaat Asuransi oleh Penanggung (jika ada) sebagaimana tercantum dalam Endosemen, tergantung tanggal mana yang paling akhir;
6. Cedera atau penyakit yang ditimbulkan secara langsung maupun tidak langsung akibat perang, segala tindakan peperangan baik yang dinyatakan maupun tidak, tindakan kriminal atau teroris, mengemban tugas militer secara penuh waktu, keikutsertaan secara langsung dalam huru-hara, pemogokan dan pergolakan sipil atau pemberontakan;
7. Perawatan dan/atau pengobatan gigi bukan akibat kecelakaan serta kosmetika Gigi (termasuk Perawatan orthodonti, pemutihan Gigi dan seluruh rangkaianannya);
8. Pemeriksaan mata, prosedur/tindakan dengan tujuan memperbaiki kelainan refraksi pada mata atau refraksi mata untuk maksud penyesuaian kacamata;
9. Kehamilan dan segala komplikasinya, melahirkan, dan keguguran/pengguguran Kandungan dan Perawatan sebelum atau setelah melahirkan, bedah atau pengobatan untuk pengendalian kehamilan/kelahiran atau pengobatan yang berkaitan dengan infertilitas;
10. Metode kontrasepsi bedah atau pengobatan untuk pengendalian kehamilan/kelahiran atau pengobatan yang berkaitan dengan infertilitas;
11. Disfungsi ereksi atau pengobatan yang berhubungan dengan impotensi atau sterilisasi;

12. Penyakit atau Cedera Secara Fisik dari bayi/anak yang baru lahir yang timbul sebelum atau selama proses kelahiran atau dalam 2 (dua) tahun pertama setelah kelahiran;
13. Setiap Perawatan atau pembedahan terhadap Cacat/Kelainan Bawaan (Penyakit atau Cedera Secara Fisik yang dibawa sejak lahir) baik yang diketahui ataupun tidak diketahui Tertanggung sebelum pengajuan klaim;
14. Operasi plastik selain akibat Kecelakaan;
15. Bedah kecantikan oleh sebab apapun;
16. Perawatan khusus untuk pengurangan atau penambahan berat badan;
17. Biaya makanan tambahan (Food Supplement) baik dengan rekomendasi dokter maupun tanpa rekomendasi dokter, biaya vitamin tanpa rekomendasi dokter atau tidak ada indikasi medis;
18. Istirahat untuk penyembuhan atau Perawatan di Sanatorium termasuk pengobatan untuk tujuan penyembuhan/ pemulihan seperti lelah mental atau lelah fisik, penyakit kelamin, penyalahgunaan obat-obatan atau zat-zat lain yang dapat menimbulkan kerusakan pada tubuh, kecanduan minuman keras (alkohol), penyakit menular yang diharuskan oleh hukum untuk diisolasi atau dikarantinakan, dan wabah penyakit (SARS);
19. Istirahat untuk penyembuhan atau Perawatan atas infeksi Virus COVID-19 yang dilakukan di rumah atau lembaga bukan Rumah Sakit yang bekerjasama/tidak bekerjasama dengan pemerintah/Rumah Sakit;
20. Setiap tindakan preventif, obat-obatan atau pemeriksaan preventif oleh seorang dokter (termasuk vaksinasi dan/atau imunisasi dan/atau desensitisasi);
21. Biaya-biaya yang dikenakan untuk pelayanan yang bukan merupakan pengobatan seperti penggunaan telepon, televisi dan fasilitas sejenis;
22. Setiap Perawatan untuk kelainan fungsi fisik atau mental termasuk fisiologis atau manifestasi penyakit jiwa (psychosomatic) atau kondisi yang diakibatkan oleh penyakit syaraf (neurosis);
23. Tidak ada manfaat yang akan dibayarkan apabila Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan dirawat-inap di Rumah Sakit/Klinik yang tidak mengenakan biaya (gratis);
24. Kondisi- kondisi yang berhubungan dengan penyakit-penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual serta semua akibat-akibatnya, operasi penggantian kelamin, kerusakan seksual pria atau wanita, Perawatan gangguan seksual dan Perawatan anti-penuaan;
25. Perawatan terkait AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) dan ARC (AIDS Related Complex) termasuk adanya HIV atau akibat-akibatnya serta penyakit menular seksual atau akibat-akibatnya;
26. Gangguan tidur;
27. 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;
28. Tertanggung berpartisipasi dalam kegiatan berbahaya atau olahraga berbahaya termasuk namun tidak terbatas pada jenis balap atau lomba kecepatan (selain berjalan kaki, lari atau berenang), potholing, panjat tebing, panjat gunung, mendaki menggunakan penggunaan tali atau panduan, kegiatan menyelam yang melibatkan penggunaan alat bantu pernapasan, sky diving, cliff diving, bungee jumping, BASE jumping (Building Antenna Span Earth), paralayang, gantole dan terjun payung, kecuali Cedera dari kegiatan olahraga profesional bagi tertanggung dan/atau tertanggung tambahan yang berprofesi sebagai atlet dan telah disetujui oleh Penanggung.
29. Sunat termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya baik secara langsung maupun tidak langsung selain sunat yang dilaksanakan sehubungan dengan indikasi medis;
30. Manfaat Santunan kematian tidak dapat dibayarkan apabila meninggal dunia yang terjadi adalah sebagai akibat dari hal-hal berikut ini
 - a. Bunuh diri yang terjadi dalam waktu 2 (dua) tahun sejak Tanggal Mulai Pertanggungungan atau tanggal Pemulihan Polis;
 - b. Meninggal dunia akibat dihukum mati oleh pengadilan;
 - c. Perbuatan kejahatan yang dilakukan oleh Tertanggung atau pihak yang berkepentingan dalam asuransi.

Persyaratan dan Tata Cara

Persyaratan	<p>Anda harus melengkapi persyaratan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia masuk calon Pemegang Polis: 18 – 75 tahun 2. Usia masuk calon Tertanggung: 1 bulan – 70 tahun 3. Usia tertanggung tambahan: <ul style="list-style-type: none"> • Suami, istri & orang tua dalam keluarga inti: 18 – 70 tahun • Anak-anak yang sah (termasuk anak adopsi yang sah): 1 bulan – 19 tahun 4. Mengisi dan menandatangani Surat Permintaan Asuransi Kesehatan. 5. Melampirkan Fotokopi Bukti Identitas (KTP) Pemegang Polis dan atau Tertanggung yang masih berlaku dan dokumen pendukung lainnya. 6. Melakukan pemeriksaan kesehatan (apabila diperlukan).
Pengajuan Asuransi	<p>Calon Pemegang Polis yang bermaksud mengadakan perjanjian Pertanggungan jiwa diwajibkan mengisi dengan lengkap dan benar serta menandatangani dan/atau memberikan suatu bentuk persetujuan lainnya melalui formulir-formulir dan dokumen pendukung lainnya yang berkaitan dengan permintaan Pertanggungan yang telah disediakan oleh Penanggung.</p> <p>Seluruh keterangan atas Calon Pemegang Polis dan Tertanggung yang disebutkan dalam Surat Permintaan Asuransi Kesehatan dan formulir-formulir serta dokumen pendukung lainnya yang berkaitan dengan Pertanggungan jiwa menjadi dasar dari kontrak Polis ini dan menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Polis.</p> <p>Pengajuan asuransi dinyatakan diterima apabila semua syarat dan ketentuan sudah terpenuhi.</p>
Pembayaran Premi	<p>Setiap pembayaran Premi harus dilakukan dengan transfer atau metode non-tunai ke rekening Penanggung.</p> <p>Pembayaran Premi akan dinyatakan lunas pada tanggal Premi diterima dan tercatat pada rekening Penanggung sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan dalam Polis.</p>
Pengajuan Klaim	<p><u>Tata Cara Pembayaran Manfaat Asuransi Non-Tunai (Cashless):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pada Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax ini tersedia fasilitas metode Non-Tunai (<i>cashless</i>) dengan syarat dan ketentuan yang diatur oleh Penanggung. Apabila terdapat perubahan frekuensi cara bayar, maka manfaat Non-Tunai (<i>cashless</i>) akan berlaku setelah perubahan frekuensi cara bayar telah disetujui oleh Penanggung dan dibuktikan dengan adanya Endorsemen yang diterbitkan oleh Penanggung. b. Penanggung berhak untuk melakukan peninjauan atas permintaan metode Non-Tunai (<i>cashless</i>), termasuk melakukan peninjauan terhadap Rumah Sakit dan/atau Klinik yang bekerjasama dengan Penanggung untuk menyediakan fasilitas metode Non-Tunai (<i>cashless</i>). c. Fasilitas metode Non-Tunai (<i>cashless</i>) tidak berlaku untuk Manfaat Rawat Inap dan Rawat Jalan Di Luar Area Pertanggungan. d. Fasilitas pembayaran Manfaat Asuransi dalam Syarat-syarat Umum ini dimana Pemegang Polis tidak perlu membayarkan biaya Perawatan terlebih dahulu di Rumah Sakit/Klinik berdasarkan syarat dan ketentuan tentang batas maksimal dalam Tabel Manfaat Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax. Fasilitas ini tersedia di dalam jaringan Rumah Sakit/Klinik yang ditunjuk oleh Penanggung. e. Pemegang Polis/Tertanggung/Tertanggung Tambahan wajib menunjukkan kartu peserta Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax dan kartu identitas pribadi kepada pihak Rumah Sakit atau Klinik untuk tujuan verifikasi pada saat proses pendaftaran rumah sakit. f. Untuk perawatan di luar negeri, wajib memberitahukan rencana Perawatan yang akan dijalani Tertanggung/ Tertanggung Tambahan kepada Penanggung atau pihak yang Penanggung tunjuk. g. Penanggung berhak untuk tidak menyetujui atau menghentikan sewaktu-waktu Metode Non-Tunai (<i>cashless</i>) apabila Penyakit atau Cedera yang dialami Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan diperlukan investigasi lebih lanjut, sehingga pengajuan klaim dapat dilakukan dengan Metode Penggantian (<i>reimbursement</i>). Jika dari proses investigasi ditemukan pengecualian Polis, maka klaim dapat ditolak. h. Apabila terdapat biaya-biaya yang tidak berhubungan dengan Perawatan atau biaya Perawatan yang melebihi batas maksimal dalam Tabel Manfaat Asuransi Kesehatan Smile Medika Ultimax yang dikenakan oleh Rumah Sakit atau Klinik (<i>excess claim</i>) dan biaya-biaya yang tidak termasuk Manfaat Asuransi dalam produk ini, maka pembayarannya wajib diselesaikan langsung oleh Pemegang Polis dengan pihak Rumah Sakit/Klinik. <p><u>Tata Cara Pembayaran Manfaat Secara Reimbursement:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk pengajuan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi secara reimbursement, Pemegang Polis wajib mengajukan secara tertulis dengan melengkapi dokumen dibawah ini: <ol style="list-style-type: none"> i. Formulir Pengajuan Klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Pihak Yang Mengajukan;

	<ul style="list-style-type: none"> ii. Fotokopi bukti diri sah dari Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan, Pemegang Polis dan yang mengajukan; iii. Surat Kuasa asli dari Pemegang Polis (apabila dikuasakan); iv. Hasil resume medis selama perawatan di Rumah Sakit (medical report); v. Kuitansi asli dan perincian tagihan dari Rumah Sakit/Klinik yang dilengkapi dengan materai; vi. Surat keterangan asli dari Kepolisian atau pihak berwenang lainnya tentang sebab-sebab terjadinya Kecelakaan, apabila Tertanggung dan/atau Tertanggung Tambahan menjalani Perawatan medis akibat Kecelakaan (jika diperlukan); vii. Surat rujukan dari Dokter untuk Perawatan dan pengobatan ke Dokter Spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan fisioterapi; viii. Salinan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep yang berkaitan dengan Perawatan; dan/atau ix. Dokumen lain yang dinyatakan perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan permintaan pembayaran Manfaat Asuransi sepanjang tidak bertentangan dengan hukum dan peraturan yang berlaku <p>b. Manfaat Asuransi akan dibayarkan paling lambat 14 hari kerja setelah dokumen klaim diterima lengkap. Informasi klaim lebih lanjut dapat menghubungi Customer Care kami di (021) 5060 9999</p> <p><u>Dokumen-dokumen Klaim Santunan Kematian:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Surat Pengajuan pembayaran Manfaat Asuransi dari Yang Ditunjuk; b. Surat Keterangan Meninggal Dunia dari instansi yang berwenang; c. Surat Keterangan sebab-sebab meninggal dunia dari dokter; d. Surat Berita Acara dari Kepolisian dalam hal meninggal dunia karena Kecelakaan lalu lintas; e. Visum et repertum dalam hal meninggal tidak wajar. f. Surat Keterangan dari KBRI setempat dalam hal meninggal dunia di luar negeri; g. Bukti diri Yang Ditunjuk yang masih berlaku. <p><u>Catatan:</u> Ketentuan dan prosedur klaim secara lengkap mengacu ke polis</p>
Pembatalan Polis Pada Masa Mempelajari Polis (Free-Look Period)	<ul style="list-style-type: none"> a. Polis dibatalkan atas permintaan Pemegang Polis. b. Prosedur Pembatalan Polis: <ul style="list-style-type: none"> • Pemberitahuan Pembatalan Polis secara tertulis harus diterima Penanggung selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari kalender setelah Masa Mempelajari Polis berakhir; • Mengembalikan Polis kepada Penanggung (tidak berlaku untuk Polis elektronik). <p>Atas hal tersebut maka Polis secara otomatis menjadi batal sejak Tanggal Mulai Pertanggungan dan tidak ada perlindungan asuransi apapun yang menjadi kewajiban Penanggung kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.</p>

Penting untuk dibaca (Disclaimer)

1. Anda akan menerima penawaran produk lain dari pihak ketiga apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi.
2. Definisi, Informasi lain mengenai biaya, manfaat, dan risiko serta keterangan lebih lengkap dapat dipelajari pada Polis yang akan diterbitkan oleh PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk untuk Pemegang Polis jika pengajuan disetujui.
3. Penanggung mempunyai hak melakukan perubahan Premi yang akan dikenakan baik untuk Premi Polis baru maupun Premi lanjutan dari Polis perpanjangan, dengan menginformasikan ke calon Pemegang Polis atau Pemegang Polis terlebih dahulu (berlaku untuk produk asuransi dengan pembayaran Premi berkala).
4. Penanggung akan menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini melalui surat atau melalui cara lain yang sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 hari kerja sebelum efektif berlakunya perubahan.
5. Informasi diatas dipersiapkan oleh PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk dalam bentuk suatu rangkuman guna memberikan gambaran mengenai manfaat dari asuransi ini kepada Anda. Segala persyaratan dan ketentuan secara lengkap dan terperinci terkait dengan asuransi ini, termasuk prosedur pengajuan klaim adalah sebagaimana yang tertulis di dalam Polis.
6. Anda diharapkan untuk membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan berhak bertanya kepada Tenaga Pemasar atau pusat informasi dan pelayanan Polis PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.
7. Keterangan lebih lanjut dapat Anda temukan pada Ketentuan Polis (Syarat-Syarat Umum dan/atau Syarat-Syarat Khusus dan/atau Syarat-Syarat Tambahan dan/atau endorsemen dan/atau dokumen lain sehubungan dengan Polis) yang diterbitkan Penanggung. Jika ada perbedaan antara Polis dengan dokumen lainnya maka ketentuan Polis yang dinyatakan berlaku.
8. PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk dapat menolak pengajuan asuransi jika tidak memenuhi syarat dan ketentuan yang berlaku.
9. Produk ini merupakan produk asuransi yang dikeluarkan oleh PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk.
10. Premi yang dibayarkan sudah termasuk dengan biaya asuransi, biaya administrasi dan kompensasi yang diberikan kepada tenaga pemasar.
11. PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

Pengaduan dan Layanan

Apabila ada Pengaduan dan layanan yang dibutuhkan silahkan menghubungi:

Kantor Pusat

Sinarmas MSIG Tower Lantai 6,
Jl. Jend.Sudirman Kav. 21, Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Call Center:

(021) 5060 9999; (021) 2650 8300

Whatsapp:

088-1234-1088

Jam Layanan Customer Care : Senin – Jumat 08.00 s/d 17.00 WIB (Tidak termasuk hari libur)

Email:

Nasabah Perorangan : cs@msiglifeco.id

Nasabah Perusahaan : groupcs@msiglifeco.id

Pastikan pembayaran premi asuransi Anda hanya melalui nomor yang terdapat pada SPAJ Anda, dan atas nama PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. Mohon waspada jika Anda diminta melakukan pembayaran selain atas nama rekening yang dimaksud maupun secara tunai.

Hubungi Customer Care MSIG Life di (021) 5060 9999; (021) 2650 8300 untuk informasi lebih lanjut.

PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk

☎ (021) 5060 9999, 2650 8300 | ✉ cs@msiglifeco.id | @ MSIG Life | 🌐 www.msiglifeco.id

PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

*Live it
your way*

TABEL MANFAAT ASURANSI KESEHATAN SMILE MEDIKA ULTIMAX

Plan	Bronze X II	Bronze X I	Silver X	Gold X	Titanium X	Platinum X
Area Pertanggunggaan	Indonesia		Asia Excl. HKG, SG and JPN	Asia	Seluruh Dunia Kec. Amerika Serikat	Seluruh Dunia
MANFAAT RAWAT INAP						
Biaya Kamar & Menginap (Maks. 365 hari per tahun)	Mana lebih tinggi: harga kamar terendah dengan 2 tempat tidur dengan kamar mandi didalam atau	Mana lebih tinggi: harga kamar terendah dengan 1 tempat tidur dengan kamar mandi didalam atau				
	1 Juta	1,5 Juta	1,5 Juta	3 Juta	5 Juta	5 Juta
Biaya Kamar ICU (Unit Perawatan Intensif) (Maks. 365 hari per tahun)	Sesuai Tagihan					
Biaya Pembedahan						
Biaya Prostesis dan/atau Implantasi						
Biaya Kunjungan Dokter Umum (Maks. 2 kunjungan per hari)						
Biaya Kunjungan Dokter Spesialis (Maks. 2 kunjungan per hari per spesialis)						
Biaya Aneka Perawatan di Rumah Sakit						
Biaya Perawatan di Rumah oleh Perawat (Maks. 120 hari per tahun)						
Penggantian Biaya untuk Donor Pihak Ketiga						
Manfaat Dukungan Mobilitas dan Pendengaran	15 Juta	50 Juta	50 Juta	75 Juta	90 Juta	120 Juta

Plan	Bronze X II	Bronze X I	Silver X	Gold X	Titanium X	Platinum X
MANFAAT RAWAT JALAN						
Biaya Perawatan <u>Sebelum</u> Rawat Inap (90 hari sebelum rawat inap)	Sesuai Tagihan					
Biaya Perawatan <u>Sesudah</u> Rawat Inap (90 hari sesudah rawat inap)						
Biaya Fisioterapi (30 hari sebelum rawat inap & 120 hari sesudah rawat inap)						
Biaya Perawatan Cuci Darah						
Biaya Perawatan Kanker						
Biaya Rawat Jalan Darurat dan Perawatan Gigi Akibat Kecelakaan						
Biaya Rawat Jalan Darurat dan Perawatan Gigi Lanjutan Akibat Kecelakaan						
Biaya Sebelum Tindakan Bedah Rawat Jalan						
Biaya Tindakan Bedah Rawat Jalan						
Biaya Sesudah Tindakan Bedah Rawat Jalan						
Pengobatan Akupuntur	10 Juta					
MANFAAT LAINNYA						
Biaya Layanan Ambulans Lokal	Sesuai Tagihan					
Perawatan Paliatif (Maks. 180 hari selama masa pertanggungan)	300 Juta					
Santunan AIDS/HIV	20 Juta	30 Juta	40 Juta	50 Juta	60 Juta	75Juta
Santunan Kematian	20 Juta	30 Juta	40 Juta	50 Juta	60 Juta	75Juta
Batas Manfaat Tahunan	2 Milyar	6 Milyar	6 Milyar	9,5 Milyar	11 Milyar	17,5 Milyar
Booster	5 Milyar	10 Milyar	10 Milyar	24 Milyar	26 Milyar	30 Milyar
PILIHAN MANFAAT TAMBAHAN						
Tanggungans Mandiri (Deductible Option)	4 Juta		5 Juta	10 Juta	15 Juta	20 Juta

Catatan: HK = Hong Kong, SG = Singapura, JPN = Jepang