



Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro

Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro adalah asuransi kesehatan tambahan yang memberikan manfaat santunan harian Rawat Inap dan/atau manfaat penggantian biaya Pembedahan kepada Pemegang Polis/Tertanggung dalam hal Pemegang Polis/Tertanggung menjalani Rawat Inap dan/atau menjalani tindakan Pembedahan di Rumah Sakit. Produk ini juga menyediakan manfaat *Return of Premium* pada akhir masa asuransi dengan kondisi Polis masih aktif sampai dengan akhir masa asuransi.

Nama Produk

Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro

Jenis Produk

Asuransi Kesehatan Tambahan

Nama Pengelola

PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Jalur Pemasaran

Bancassurance

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini ditujukan untuk memberikan penjelasan singkat terkait manfaat dan hal-hal penting dari Asuransi Tambahan yang akan Anda beli. Mohon untuk mendapatkan penjelasan langsung dari tenaga pemasar kami sebelum memutuskan membeli Asuransi Tambahan ini.

"Kami" atau "Penanggung" adalah PT Asuransi Allianz Life Indonesia. "Anda" adalah calon Pemegang Polis.

Apa Saja Manfaat yang Diberikan Produk Ini?

Manfaat dalam setiap plan	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Santunan Harian Rawat Inap (maksimum 30 hari per tahun)	Rp300.000/hari	Rp500.000/hari	Rp800.000/hari	Rp1.000.000/hari
Manfaat Pembedahan (maksimum per tahun)	Rp3.000.000	Rp5.000.000	Rp8.000.000	Rp10.000.000



Manfaat Santunan Harian Rawat Inap

Jika Tertanggung menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit yang Dibutuhkan Secara Medis sebagai akibat langsung dari Kecelakaan atau suatu Penyakit, maka Kami akan membayarkan Manfaat Santunan Harian Rawat Inap berupa santunan pokok harian kepada Pemegang Polis/Tertanggung untuk sejumlah hari penuh selama Tertanggung menjalani Rawat Inap tersebut di Rumah Sakit dengan maksimal 30 (tiga puluh) hari per tahun Polis. Besaran santunan harian adalah sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat sesuai dengan Plan yang disebutkan dalam Data Polis. Santunan pokok harian ini dapat digunakan sebagai pengurang biaya perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit sesuai dengan prosedur Fasilitas *Cashless* sepanjang Rumah Sakit terdaftar dalam Jaringan Layanan Kesehatan.



Manfaat Pembedahan

Jika Tertanggung menjalani tindakan Pembedahan di Rumah Sakit yang Dibutuhkan Secara Medis sebagai akibat langsung dari Kecelakaan atau suatu Penyakit, maka Kami akan membayarkan penggantian Biaya Pembedahan kepada Pemegang Polis/Tertanggung dengan jumlah maksimal per tahun sebagaimana tercantum di dalam Tabel Manfaat sesuai dengan Plan yang disebutkan dalam Data Polis.

Catatan: Pembedahan adalah suatu Pelayanan Kesehatan berupa tindakan medis bedah/operasi (tidak termasuk Perawatan Bedah Sehari) yang dilakukan oleh Dokter sesuai prosedur Rumah Sakit dengan tujuan pengobatan Penyakit dan/atau luka-luka Tertanggung yang dilakukan dengan menggunakan peralatan untuk pembedahan yang disertai sayatan dengan pembiusan baik secara umum atau lokal.



Manfaat Akhir Kontrak Asuransi Tambahan

Apabila (i) Tertanggung masih hidup pada Tanggal Akhir Pertanggungan; dan (ii) Polis dan Asuransi Tambahan dalam keadaan aktif maka Penanggung akan membayarkan kepada Pemegang Polis Manfaat Akhir Kontrak Asuransi Tambahan dengan ketentuan sebagai berikut, dan Asuransi Tambahan berakhir:

- Dalam hal Masa Asuransi yang Anda pilih adalah 5 (lima) tahun, Anda akan mendapatkan Manfaat Akhir Kontrak Asuransi Tambahan sebesar 30% (tiga puluh persen) dari total Premi Asuransi Tambahan yang telah Anda bayarkan dan telah Kami terima; atau
- Dalam hal Masa Asuransi yang Anda pilih adalah 10 (sepuluh) tahun, Anda akan mendapatkan Manfaat Akhir Kontrak Asuransi Tambahan sebesar 100% (seratus persen) dari total Premi Asuransi Tambahan yang telah Anda bayarkan dan telah Kami terima.

Jumlah Premi Asuransi Tambahan yang harus Anda bayarkan secara berkala sesuai dengan pilihan pembayaran Anda adalah sebagaimana dinyatakan dalam Data Polis.

Pembayaran manfaat ini akan dilakukan terlepas dari apakah sudah terdapat pengajuan klaim atau tidak terdapat pengajuan klaim oleh Anda/Tertanggung selama Masa Asuransi dan dengan tunduk pada Syarat-syarat Asuransi Tambahan ini.

Agregasi Manfaat

Dalam hal Tertanggung ditanggung oleh lebih dari 1 (satu) asuransi atau asuransi tambahan (*rider*) yang dipasarkan oleh Kami melalui jalur pemasaran telemarketing atau *digital* yang memberikan manfaat asuransi yang serupa dengan Manfaat Asuransi dalam Syarat-syarat Asuransi Tambahan ini, maka:

- Nilai santunan pokok harian yang akan Kami bayarkan untuk keseluruhan polis-polis (termasuk Asuransi Tambahan ini) tersebut adalah maksimum sebesar Rp1.500.000 per hari.
- Nilai Manfaat Pembedahan yang akan Kami bayarkan untuk keseluruhan polis-polis (termasuk Asuransi Tambahan ini) tersebut adalah maksimum sebesar Rp15.000.000 per tahun.

Data Ringkas

Usia Masuk Tertanggung (ulang tahun terdekat)

Usia 18 tahun-55 tahun.

Usia Pertanggung (ulang tahun terdekat)

- Hingga Tertanggung mencapai usia 60 tahun untuk masa asuransi 5 tahun.
- Hingga Tertanggung mencapai usia 65 tahun untuk masa asuransi 10 tahun.

Mata Uang

Rupiah.

Cara Pembayaran Premi

Mengikuti produk dasar

(Bulanan, kuartalan, semesteran, tahunan)

Proses Klaim

Cashless dan Reimbursement

Underwriting

- Seleksi Risiko Singkat (*Simplified Issuance Offer*) dengan pernyataan kesehatan.
- Pada saat mengajukan asuransi, Tertanggung dalam keadaan sehat, tidak sedang dirawat di rumah sakit.

Masa Tunggu

- 60 hari per tertanggung (untuk klaim pertama) kecuali untuk Penyakit-penyakit Khusus.
- 12 bulan untuk segala perawatan medis dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan Penyakit-penyakit Khusus dan komplikasinya.

Masa Perlindungan Asuransi

Terdapat pilihan yaitu antara 5 tahun dan 10 tahun.

Masa Pembayaran Premi

Terdapat pilihan yaitu antara 5 tahun dan 10 tahun.

Pemulihan Polis (*Reinstatement*)

Mengikuti Polis dasar.

Masa Leluasa Pembayaran Premi (*Grace Period*)

Mengikuti Polis Dasar.

Premi

Premi dihitung berdasarkan *Plan* dan masa asuransi yang dipilih serta usia tertanggung.

Risiko

Risiko Pengecualian

Pertanggung menjadi tidak berlaku apabila ada hal-hal yang termasuk dalam pengecualian sebagaimana tercantum dalam Polis.

Bagaimana Cara Mengajukan Polis Anda?

- Tenaga pemasar akan menawarkan produk asuransi kepada Nasabah via telepon.
- Penawaran akan mengikuti script serta percakapan wajib direkam menggunakan *Voice Recording System* (VRS) dan diverifikasi kualitas penjualannya oleh tim *Quality Assurance* (QA).
- Pemegang Polis yang setuju mengikuti program asuransi dan telah disetujui oleh Kami atas pengajuan program asuransinya, maka akan segera dilindungi atas produk asuransi sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku dalam Polis.

Apa Saja Kewajiban Anda Sebagai Pemegang Polis?

- Anda harus menjawab pernyataan kesehatan (*health declaration*) dengan lengkap dan benar. Anda bertanggung jawab sepenuhnya atas keakuratan dan kelengkapan data yang Anda berikan kepada Kami, karena apabila terdapat kesalahan atau ketidaklengkapan data yang diminta oleh Kami dapat menyebabkan polis Anda menjadi batal dan Kami dibebaskan dari segala kewajiban membayar Uang Pertanggung Tambahan atau Manfaat Asuransi, segala gugatan, tuntutan, klaim atau bagian dari itu dalam bentuk dan nama apapun, maupun mengembalikan Premi Asuransi Tambahan, baik saat ini maupun di kemudian hari.
- Anda harus membayar Premi tepat waktu.

Apakah Anda Boleh Membatalkan Polis?

- Dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal Polis ini Anda terima, Anda berhak untuk mempelajari Polis ini dan dalam jangka waktu tersebut Anda berhak membatalkan dan mengembalikan Polis ini kepada Kami bila Anda tidak menyetujui syarat dan ketentuan Polis.
- Pemegang Polis dapat membatalkan Asuransi Tambahan ini atas Tertanggung yang diasuransikan dalam Asuransi Tambahan ini dan pembatalan tersebut menjadi efektif pada tanggal diterimanya surat pembatalan atau pada tanggal yang tercantum dalam pemberitahuan, tanggal mana yang paling akhir.

Dalam hal demikian, Kami tidak akan melakukan pengembalian Premi Asuransi Tambahan kepada Pemegang Polis.

Pengecualian

Kami tidak akan membayar Manfaat Asuransi Tambahan berdasarkan Asuransi Tambahan ini jika Penyakit, perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit, tindakan Pembedahan dan/atau Pelayanan Kesehatan timbul secara langsung ataupun tidak langsung sebagai akibat dari:


1. Segala Pelayanan Kesehatan, perawatan medis dan/atau pengobatan yang terjadi sebelum berakhirnya Masa Tunggu, yaitu: (i) selama 12 (dua belas) bulan untuk Penyakit-penyakit Khusus dan komplikasinya; atau (ii) selama 60 (enam puluh) hari untuk Penyakit lainnya.
2. Pemeriksaan kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan terkait dengan dialisis, pembedahan plastik, gigi dan komplikasinya, pemasangan gigi palsu oleh sebab apapun, kehamilan dan komplikasinya, persalinan, pengendalian kehamilan, melahirkan dan aborsi, infertilitas, termasuk inseminasi buatan, bayi tabung dan pengembalian kesuburan dan segala jenis terapi hormon, kelainan bawaan dan/atau kelainan/keterlambatan tumbuh kembang, dan/atau sunat yang tidak berhubungan dengan Penyakit atau Kecelakaan.
3. Pelayanan Kesehatan, perawatan medis dan/atau pengobatan karena terlibat aktif dalam perang, keributan sipil, kerusuhan, terorisme, perkelahian atau perbuatan kejahatan, melukai diri sendiri dan percobaan bunuh diri.
4. Pemeriksaan fisik rutin, medical check-up atau pemeriksaan penunjang yang tidak berhubungan dengan pengobatan/perawatan yang dilakukan atau diagnosis Penyakit.
5. Bertanggung jawab melakukan dan/atau berpartisipasi dalam kegiatan atau olahraga yang berbahaya (baik yang dilakukan dengan mendapatkan remunerasi/imbalan atau tidak), termasuk namun tidak terbatas pada, balap, kompetisi atau lomba kecepatan (selain berjalan kaki atau berenang) atau bela diri, potholing, panjat tebing, panjat gunung, mendaki menggunakan tali atau alat bantu, menyelam pada kedalaman lebih dari 30 meter, 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.
6. Gangguan kejiwaan atau syaraf termasuk psikosis, neurosis, stres, depresi, psikogeriatik dan manifestasi fisiologis atau psikosomatisnya, perawatan pada saat Bertanggung jawab di bawah pengaruh atau terlibat dalam penggunaan narkotika, alkohol, psikotropika, racun, gas, atau bahan-bahan sejenis atau obat-obatan selain digunakan sebagai obat menurut resep Dokter.
7. Setiap tindakan yang mengandung unsur kecurangan atau penipuan serta tindakan melawan hukum lainnya yang dilakukan oleh Pemegang Polis/Bertanggung jawab atau Penerima Manfaat.

Penyakit-penyakit Khusus

Penyakit-penyakit Khusus berarti penyakit-penyakit yang disebutkan dibawah ini termasuk segala bentuk komplikasinya:

- a. Segala jenis hernia;
- b. Segala jenis tumor jinak/benolan/kista termasuk kanker;
- c. Penyakit amandel atau *adenoid*; dan kondisi abnormal rongga hidung, *septum intranasal* atau *konka turbin*, termasuk sinus;
- d. Penyakit tiroid;
- e. Hipertensi;
- f. Gangguan pembuluh darah di kardiovaskular dan seluruh tubuh (seperti Stroke, *transient ischemic attack/TIA*, penyakit jantung koroner);
- g. Gagal ginjal kronis termasuk dialisis;
- h. Batu di Ginjal, Saluran/Kandung Kemih, Saluran/Kandung Empedu dan Penyakit kandung empedu;
- i. Katarak dan refraksi mata;
- j. Tukak pada saluran pencernaan, termasuk lambung dan usus;
- k. Semua jenis gangguan sistem reproduksi pria dan wanita, termasuk fibroid/mioma di rahim, endometriosis, dan histerektomi;
- l. Diabetes mellitus;
- m. Asma dan *bronchitis*, pneumonia, bronkopneumonia, efusi pleura, empyema, Tuberkulosis (TBC) maupun Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK); atau
- n. Semua Penyakit hati dan komplikasinya termasuk hepatitis dan sirosis.

Ilustrasi Manfaat



Randy (Tertanggung/Pemegang Polis)
Usia masuk 35 tahun, saat membeli Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro
Masa Asuransi:
10 Tahun

Plan:
Plan D


Premi Asuransi Tambahan:
Rp597.000/bulan

Skenario 1:

- Bapak Randy membeli produk Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro pada tanggal 1 Januari 2022
- Selama 10 tahun masa asuransi dari Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro Bapak Randy tidak ada pengajuan klaim dan status Polis masih aktif, maka Bapak Randy berhak menerima manfaat Akhir Kontrak berupa pengembalian premi.

Total manfaat yang didapat Bapak Randy dari Allianz

Manfaat Akhir Kontrak = Sejumlah 100% dari total premi yang dibayarkan, di akhir masa asuransi
= Rp597.000 X 12 (bulan) X 10 (tahun) = **Rp71.640.000**



Joy (Tertanggung/Pemegang Polis)
Usia masuk 35 tahun, saat membeli Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro
Masa Asuransi:
10 Tahun

Plan:
Plan C

Premi Asuransi Tambahan:
Rp499.000/bulan

Skenario 2:

- Ibu Joy membeli produk Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro pada tanggal 1 Januari 2022.
- Pada tanggal 1 Mei 2022, Ibu Joy mengalami **kecelakaan** dan mengalami retak tulang lengan sebelah kanan sehingga dilarikan ke Rumah Sakit untuk dilakukan **pembedahan**.
- Ibu Joy dirawat inap selama **7 hari** di Rumah Sakit.

Biaya Pembedahan dari Rumah Sakit : Rp10.000.000

Total manfaat yang didapat Ibu Joy dari Allianz

Biaya Pembedahan: Rp8.000.000 (dikarenakan ada batas maksimum manfaat per tahun)

Santunan Harian: Rp800.000 x 7 Hari =Rp5.600.000

Total Manfaat = Rp13.600.000

Skenario 3:

- Polis Ibu Joy masih aktif sampai dengan akhir masa asuransi 31 Desember 2032, maka Ibu Joy berhak mendapatkan manfaat akhir kontrak berupa pengembalian premi sebesar:
Rp499.000 X 12 (bulan) X 10 (tahun) = **Rp59.880.000**

Bagaimana Cara Mengajukan Klaim?

Prosedur Pengajuan Klaim *Reimbursement*

Dokumen Klaim

- Formulir klaim asuransi kesehatan yang telah diisi lengkap dan benar dan ditandatangani oleh Tertanggung dan bagian resume medis diisi lengkap dan telah ditandatangani oleh Dokter yang melakukan perawatan Rawat Inap dan/atau tindakan Pembedahan dengan cap/stempel asli dari Rumah Sakit.
- Bukti pembayaran atas perawatan Rawat Inap dan/atau tindakan Pembedahan berupa kuitansi asli atau salinan/copy yang telah dilegalisir Rumah Sakit beserta rincian biaya-biaya masing-masing tindakan dan/atau Pelayanan Kesehatan tersebut.
- Seluruh dokumentasi klaim harus dibuat dan dikirimkan kepada Kami dalam 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal Tertanggung meninggalkan Rumah Sakit. Kami tidak akan membayarkan klaim Tertanggung dalam hal Tertanggung lalai untuk mengirimkan dokumentasi klaim dalam waktu yang telah ditentukan tersebut.
- Apabila klaim telah disetujui oleh Kami, Kami akan membayarkan kepada Pemegang Polis/Tertanggung Manfaat Santunan Harian Rawat Inap dan/atau Manfaat Pembedahan (yang mana yang sesuai dengan keadaannya) selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari kerja sejak klaim Kami setuju.

Prosedur Klaim Untuk Manfaat Akhir Kontrak

Prosedur Klaim untuk Manfaat Akhir Kontrak Asuransi Tambahan harus diajukan setelah berakhirnya Masa Asuransi dan harus dilengkapi dengan berkas-berkas sebagai berikut:

- Formulir permohonan pembayaran manfaat akhir kontrak yang telah diisi secara lengkap dan benar oleh Pemegang Polis.
- Fotokopi identitas diri Pemegang Polis (berupa Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia, dan Passport untuk warga negara asing).
- Formulir surat kuasa yang telah diisi secara lengkap dan benar oleh Pemegang Polis (jika Anda meminta Kami untuk membayarkan manfaat akhir kontrak kepada orang selain Anda).
- Fotokopi identitas diri penerima kuasa berupa Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia (dewasa), dan Passport untuk warga negara asing (dewasa) (jika Anda meminta Kami untuk membayarkan manfaat akhir kontrak kepada orang selain Anda).
- Fotokopi dokumen pendukung yang menjelaskan hubungan antara Pemegang Polis dengan penerima kuasa (jika Anda meminta Kami untuk membayarkan manfaat akhir kontrak kepada orang selain Anda).
- Dokumen lainnya (jika diperlukan).

Prosedur Pengajuan Klaim Fasilitas *Cashless*

- Apabila Tertanggung menjalani perawatan Rawat Inap dan/atau tindakan Pembedahan sesuai dengan Syarat-Syarat Asuransi Tambahan ini, Pemegang Polis/Tertanggung dapat pula memanfaatkan Fasilitas *Cashless* untuk perawatan Rawat Inap dan/atau tindakan Pembedahan tersebut dengan tunduk pada Syarat-Syarat Asuransi Tambahan ini.
- Prosedur Fasilitas *Cashless* berlaku dengan ketentuan sebagai berikut:
 - I. Tertanggung harus melakukan perawatan Rawat Inap dan/atau tindakan Pembedahan tersebut di Jaringan Layanan Kesehatan sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku pada Penanggung.
 - II. Tertanggung harus terlebih dahulu menunjukkan Kartu Tertanggung dan identitas diri lainnya kepada Jaringan Layanan Kesehatan tersebut.
 - III. Jaringan Layanan Kesehatan harus terlebih dahulu melakukan proses verifikasi dengan Kami.
 - IV. Jika perawatan Rawat Inap dan/atau tindakan Pembedahan ditanggung berdasarkan Asuransi Tambahan ini, maka Kami akan menerbitkan surat persetujuan Rawat Inap kepada Jaringan Layanan Kesehatan.
 - V. Biaya perawatan Rawat Inap dan/atau tindakan Pembedahan yang akan terlebih dahulu dibayarkan oleh Kami adalah maksimal sebesar jumlah Manfaat Santunan Harian Rawat Inap dan/atau Manfaat Pembedahan (yang mana yang sesuai dengan keadaannya) yang menjadi hak Tertanggung berdasarkan Syarat-Syarat Asuransi Tambahan ini.
 - VI. Kami dapat membatalkan surat persetujuan Rawat Inap setiap saat jika perawatan Rawat Inap dan/atau tindakan Pembedahan yang terjadi tidak sesuai dengan Syarat-Syarat Asuransi Tambahan ini atau jika ditemukan kemungkinan diagnosis bahwa masing-masing Pelayanan Kesehatan tersebut termasuk dalam hal-hal yang dikecualikan dalam Syarat-Syarat Asuransi Tambahan ini. Dalam hal tersebut, biaya Pelayanan Kesehatan yang terjadi merupakan Ekses Klaim yang harus dibayarkan oleh Pemegang Polis/Tertanggung.
 - VII. Pemegang Polis/Tertanggung harus membayar seluruh biaya Pelayanan Kesehatan yang tidak ditanggung berdasarkan Asuransi Tambahan ini dan/atau Ekses Klaim sebelum Tertanggung meninggalkan Rumah Sakit.
- Dalam hal biaya yang dibebankan oleh Rumah Sakit lebih rendah dibandingkan Manfaat Asuransi Tambahan yang akan dibayarkan kepada Anda berdasarkan Asuransi Tambahan ini, Anda dapat mengajukan permohonan kepada Kami melalui prosedur klaim *reimbursement* untuk mendapatkan sisa Manfaat Asuransi Tambahan tersebut.

Ekses Klaim

- Saat meninggalkan Rumah Sakit, Anda bertanggung jawab untuk membayar Ekses Klaim.
- Jika Anda tidak melakukannya atau saat Kami menemukan bahwa Rumah Sakit tidak menagihkan Ekses Klaim kepada Anda, maka Kami akan menagihkan Ekses Klaim tersebut kepada Anda.
- Anda harus membayar Ekses Klaim tersebut kepada Kami dalam waktu 14 (empat belas) hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim tersebut.
- Kami tidak akan membayar manfaat apapun dan/atau memberikan Fasilitas *Cashless* selanjutnya apabila Kami belum menerima pembayaran Ekses Klaim tersebut setelah 14 (empat belas) hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim tersebut.
- Jika Anda belum membayar tagihan Ekses Klaim tersebut dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal tagihan Ekses Klaim, Kami akan mengakhiri Asuransi Tambahan Anda.
- Pengakhiran Asuransi Tambahan tersebut tidak menghilangkan kewajiban Anda untuk membayar Ekses Klaim yang terhutang kepada Kami
- Kami berhak untuk mengurangi pembayaran Manfaat Asuransi lainnya sebesar jumlah Ekses Klaim yang belum Anda/Tertanggung bayarkan kepada Kami.
- Jika Anda tidak menyetujui atas tagihan Ekses Klaim tersebut, hal tersebut akan diselesaikan sesuai dengan prosedur penyelesaian sengketa.

Kemana Dokumen Klaim Dapat Dikirimkan?

Jakarta

Allianz Document Management Center (ADMC)
Setiabudi Atrium, Lt. 3 Suite 308 A-309
Jl. H.R. Rasuna Said Kav. 62 Kuningan,
Karet Kuningan Kec. Setiabudi
Jakarta Selatan 12920

Bandung

Allianz Document Management Center (ADMC)
PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Wisma CIMB Niaga Lantai 7
Jl. Gatot Subroto No. 2
Bandung 40262, Jawa Barat

Surabaya

Allianz Document Management Center (ADMC)
PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Gedung Graha Pacific Lantai 2
Jl. Basuki Rachmat 87-91
Surabaya 60271, Jawa Timur

Bali

Allianz Document Management Center (ADMC)
PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Jl. Raya Puputan No.122 C
Denpasar Timur, Kota Denpasar
Bali 80234

Medan

Allianz Document Management Center (ADMC)
PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Gedung Forum Nine Lt. 6
Jl. Imam Bonjol No. 9
Medan 20112

Penerimaan dokumen pada hari Senin – Jumat
Jam 08.00 - 17.00 waktu setempat (kecuali hari libur)

Pengajuan klaim juga dapat dilakukan secara digital melalui Allianz eAZy Connect

Untuk pengiriman seluruh dokumen klaim ke Allianz dapat dilakukan menggunakan jasa pengiriman PT Pos Indonesia tanpa biaya kirim

Pelayanan dan Penyelesaian Pengaduan

Apabila Anda memiliki pertanyaan dan keluhan terkait produk dan/atau layanan Kami, Anda dapat menyampaikannya melalui *Customer Center* kami:

Alamat:

PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Customer Lounge
World Trade Centre 6, Ground Floor
Jl. Jenderal Sudirman Kav. 29-31
Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Corporate Number : +6221 2926 8888
AllianzCare :1500 136
Email : ContactUs@allianz.co.id
Website : www.allianz.co.id

Catatan Penting untuk Diperhatikan

- PT Asuransi Allianz Life Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan, dan tenaga pemasarnya telah memegang lisensi dari Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia.
- Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro adalah produk asuransi kesehatan individu tambahan (*rider*) yang diterbitkan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia. PT Bank Maybank Indonesia, Tbk ("Bank") hanya bertindak sebagai pihak yang memasarkan produk Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro. Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro bukan produk Bank sehingga Bank tidak bertanggung jawab atas setiap dan semua klaim dan segala risiko apa pun atas polis asuransi yang diterbitkan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia. Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro tidak dijamin oleh Bank dan afiliasi-afiliasinya dan tidak termasuk dalam cakupan obyek program penjaminan Pemerintah Republik Indonesia atau Lembaga Penjamin Simpanan ("LPS").
- PT Bank Maybank Indonesia, Tbk adalah Bank yang berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.
- Pengelolaan produk Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro dilakukan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia dan merupakan tanggung jawab PT Asuransi Allianz Life Indonesia.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini bukan merupakan bagian dari Polis dan bukan suatu bentuk perjanjian asuransi antara PT Asuransi Allianz Life Indonesia dengan Nasabah. Nasabah terikat penuh dengan setiap ketentuan yang terdapat dalam Polis.
- Penjelasan pertanggunggunaan asuransi yang lengkap terdapat pada Polis. Pertanggunggunaan asuransi berlaku ketentuan Penggecualian Polis yaitu hal-hal yang tidak ditanggung dalam Polis.
- Asuransi Tambahan eAZy Medi Pro merupakan produk asuransi dari PT Asuransi Allianz Life Indonesia dan telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan.
- Premi yang dibayarkan sudah termasuk komisi untuk pihak Bank.
- Kami dapat menolak permohonan Produk Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
- Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini dan berhak bertanya kepada Tenaga Pemasar Anda atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum.
- Kami akan menginformasikan kepada Anda apabila terjadi perubahan manfaat, biaya, risiko, syarat, dan ketentuan sebagaimana tercantum di dalam Polis paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum berlakunya perubahan manfaat, biaya, risiko, syarat, dan ketentuan tersebut.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini hanya sebagai gambaran umum saja. Untuk informasi lebih lengkap harap menghubungi Kami atau tenaga pemasar Anda atau mengunjungi *website* Kami di www.allianz.co.id. Semua produk Kami dibuat untuk memberikan manfaat bagi Nasabah, tapi belum tentu sesuai dengan kebutuhan Anda. Apabila Anda masih belum yakin apakah produk ini sesuai dengan kebutuhan Anda, Kami menyarankan Anda untuk menghubungi tenaga pemasar Anda.