RINGKASAN PRODUK
PRODUCT SUMMARY

A. MANFAAT RAWAT INAP

Manfaat **Rawat Inap** adalah Pelayanan Medis yang diberikan minimum dalam waktu 6 (enam) jam berturut-turut, terdaftar sebagai pasien yang diharuskan untuk menginap karena tidak dapat dilakukan perawatan Rawat Jalan, atau terdapat tindakan pembedahan tanpa menginap, atau tindakan pertolongan pertama pada kasus Kecelakaan sesuai dengan indikasi medis yang standar.

B. MANFAAT RAWAT JALAN

Manfaat **Rawat Jalan** adalah Pelayanan Medis yang diberikan untuk pemeriksaan kesehatan terhadap diri seseorang yang sakit dan/atau Pelayanan Medis yang kurang dari 6 (enam) jam berturut-turut sebagai akibat dari Penyakit atau Luka yang diderita Tertanggung.

Catatan:

Biaya konsultasi dan tindakan Dokter Spesialis WAJIB melalui rujukan Dokter Umum, kecuali untuk Dokter Spesialis Anak, Mata, dan THT.

C. PERHITUNGAN RAWAT INAP PADA KELAS YANG LEBIH TINGGI

Khusus untuk Manfaat Rawat Inap berlaku ketentuan sebagai berikut.

1. Apabila kamar dengan harga sampai dengan harga kamar pada Daftar Manfaat penuh atau tidak tersedia, kemudian Tertanggung terpaksa menjalani Rawat Inap dengan menempati kamar dan menginap di kelas yang lebih tinggi dari hak kelas kamarnya, maka Tertanggung diberikan toleransi harga kamar maksimum sebesar Rp100.000,- (seratus ribu rupiah). Jika Tertanggung menempati kamar yang melebihi batas toleransi kamar tersebut maka toleransi dibatalkan dan berlaku ketentuan prorata sejak hari pertama.
2. Apabila Tertanggung menempati kamar lebih tinggi dari haknya bukan karena kamar penuh atau tidak tersedia, maka berlaku ketentuan prorata sejak hari pertama dan toleransi kamar tidak berlaku.
3. Yang dimaksud dengan ketentuan prorata pada Bagian C no. 1 dan 2 di atas adalah sebagai berikut:

$$Y = (A/B) \times C$$

Dimana:

Y = Biaya yang diganti
A = Biaya kamar dan menginap yang menjadi hak Tertanggung berdasarkan Daftar Manfaat
B = Biaya kamar dan menginap per hari yang ditempati

A. INPATIENT BENEFIT

Inpatient Benefit is a Medical Treatment provided for a minimum of 6 (six) hours consecutively, registered as Inpatient patient that based on necessary medical condition must be hospitalized because cannot be treated in Outpatient, or there is a surgical procedure without hospitalization, or first aid treatment due to accident.

B. OUTPATIENT BENEFIT

Outpatient Benefit is a Medical Treatment provided for the health examination of a sick person and/or medical treatment for less than 6 (six) hours consecutively due to Disease/Injury suffered by the Insured.

Note:

Cost of consultation and procedure by a Specialist must through the reference from General Practitioner, except for Pediatricians, Ophthalmologists and ENT Specialists.

C. CALCULATION OF INPATIENT AT HIGHER PLAN

Special for Inpatient Insurance Benefits, the following provisions are applicable:

1. If the room with the price up to room with the price on the Schedule of Benefits is full or unavailable, the Insured must get admitted as an Inpatient by occupying and staying at the room with higher plan than the plan room to which the Insured is entitled, the Insured is then given room price tolerance of maximum of IDR 100,000 (One Hundred Thousand Rupiah). If the Insured occupies the room whose price exceeds the price tolerance, the price tolerance shall be cancelled, and the provisions of prorated price apply from the first day.
2. If the Insured occupies a room whose price exceeds the room to which it is entitled, not because the rooms are full or unavailable, the provisions of prorated price apply from the first day and the price tolerance room does not apply.
3. The provisions of prorated price in Section C items 1 and 2 above are as follows:

$$Y = (A/B) \times C$$

Where:

Y = Approved Claim
A = Room & Board Costs for which Insured entitled based on the Benefit Lists
B = Room & Board charged per day occupied

C = Biaya yang ditagihkan untuk setiap bagian Manfaat Asuransi sebagaimana tercantum pada tagihan dari Rumah Sakit

C = Total claimable Costs charged for each part of Benefits as stated in the Hospital Invoice

D. PERUBAHAN MANFAAT ASURANSI

1. Perubahan Manfaat Asuransi hanya dapat diajukan pada saat perpanjangan Polis.
2. Setiap perubahan Manfaat Asuransi harus mendapatkan persetujuan dari LGI dan LGI berhak meminta dokumen dan/atau data yang diperlukan.
3. Pemegang Polis wajib memberitahukan secara tertulis kepada LGI mengenai perubahan Manfaat Asuransi yang dimaksud di atas dan perubahan tersebut mulai berlaku setelah disetujui oleh LGI.

D. INSURANCE BENEFIT CHANGES

1. Insurance Benefit Changes can only be submitted at renewal.
2. All Insurance Benefit changes must obtain approval from LGI first, and LGI has the right to ask the necessary documents and/or data from the Insured.
3. Policyholder is required to notify LGI in writing of the changes and the changes will process after the Insurance Benefit changes is approved by LGI.

E. PERIODE MASA TUNGGU

1. Tidak ada Manfaat Asuransi yang dibayarkan apabila perawatan akibat Penyakit dilakukan dalam waktu 15 (lima belas) hari kalender sejak peserta terdaftar sebagai Tertanggung pada tahun pertama kepesertaan.
2. Periode Masa Tunggu tidak berlaku bagi perawatan yang disebabkan oleh Kecelakaan dan/atau Kondisi Kahar.

E. WAITING PERIOD

1. No Insurance Benefits will be paid if treatment for a Disease is carried out within 15 (fifteen) calendar days of the member being registered as an Insured in the first year of membership.
2. The Waiting Period does not apply to treatment resulting from an Accident and/or Force Majeure.

F. SISTEM PEMBAYARAN KLAIM

Sistem Penjaminan	Rawat Inap	Rawat Jalan
Cashless[*)]	✓	✓
Reimbursement Pengajuan klaim melalui Aplikasi eBenefit Health	✓	✓

*) *Jika perawatan dilakukan di Rumah Sakit rekanan (provider) LGI*

Catatan:

Jika Manfaat Asuransi Rawat Jalan tidak diambil maka khusus untuk Manfaat Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap, Biaya Perawatan Darurat untuk Rawat Jalan, dan Biaya Perawatan Darurat untuk Rawat Gigi dilakukan secara reimbursement.

F. CLAIM PAYMENT SYSTEM

Claims System	Inpatient	Outpatient
Cashless[*)]	✓	✓
Reimbursement Claim submission via the eBenefit Health Application	✓	✓

*) *If the treatments are occurred at LGI's Provider*

Note:

If there is no Outpatient Benefit then Pre and Post Hospitalization Treatment Costs (before and after Hospitalization), Emergency Outpatient Costs, and Emergency Dental Care Costs coverage must be submitted on a reimbursement basis.

G. PENGECUALIAN[**)]

Manfaat Asuransi tidak menjamin perawatan yang terkait secara langsung atau tidak langsung dengan:

1. Kondisi bawaan;
2. Kosmetik/estetika;
3. Gigi (kecuali karena kecelakaan);
4. Kacamata;
5. Lensa kontak;
6. Ketagihan obat-obatan terlarang dan alkohol;
7. Bunuh diri;

G. EXCLUSIONS[**)]

Insurance benefits shall not be paid for any treatments directly or related with:

1. Congenital condition;
2. Cosmetic/ aesthetics;
3. Dental treatment (except due to accident);
4. Glasses;
5. Contact lens;
6. Drug addiction and alcoholic;
7. Committed suicide;

8. Pelanggaran hukum;
9. Peperangan;
10. Olahraga berbahaya;
11. Penerbangan;
12. Kontaminasi radioaktif;
13. Kehamilan;
14. Alat bantu dan protesa;
15. Alat pacu jantung, *stent*, *ring*, dan IOL (kecuali *plate*, *pen*, *screw*, dan *wire*);
16. Gangguan kejiwaan;
17. Imunisasi/vaksinasi;
18. Vitamin dan/atau *food supplements*;
19. Perawatan untuk mengurangi/menambah berat badan;
20. Sterilisasi/kontrasepsi/keluarga berencana, infertilitas;
21. Disfungsi seksual;
22. Endometriosis;
23. HIV (AIDS) atau ARC (Aids- Related Complex);
24. Sunat;
25. Gangguan tumbuh kembang;
26. Hernia hingga usia 10 (sepuluh) tahun;
27. Epilepsi;
28. Strabismus;
29. *Hydrocephalus*;
30. Penyakit menular seksual;
31. Perawatan oleh BPJS Kesehatan;

32. Pengobatan alternatif;
33. Hal-hal non medis;
34. Gangguan hormonal dan komplikasinya.
35. Kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya (Pre-Existing Condition) adalah:
    a. Ketidakmampuan secara fisik dan Penyakit yang telah ada atau telah terjadi sebelum tanggal efektif pertanggungan atas Tertanggung yang telah menunjukkan tanda-tanda atau gejala-gejala yang sudah seharusnya diketahui dan menjadi perhatian dari Tertanggung.
    b. Penyakit atau Luka (termasuk komplikasinya) yang timbul dalam tahun pertama seorang Tertanggung diasuransikan, termasuk tetapi tidak terbatas pada:
        i. Segala jenis Kanker, segala jenis Tumor;
        ii. Haemorrhoid (Wasir);
        iii. Tonsil (Amandel) yang sakit dan memerlukan pembedahan;
        iv. Kelainan patologis pada sekat hidung, kelainan patologis pada paru-paru;
        v. Hyperthyroid/Goiter/Gondok;
        vi. Katarak;
        vii. Batu pada saluran kencing termasuk batu ginjal;
        viii. Penyakit darah tinggi, penyakit jantung dan pembuluh darah, Cerebrovascular (Stroke);

8. Violation of law;
9. War;
10. Dangerous activity or sport;
11. Aviation or aeronautics;
12. Contamination of radioactive substance;
13. Pregnancy;
14. Aid devices and prosthesis appliance;
15. Heart pacemaker, stent, ring and IOL (except plate, pen, screw, and wire);
16. Psychotic disorders;
17. Immunization/vaccination;
18. Vitamins and/or food supplements;
19. Examination, medication or special treatment to reduce or gain body weight;
20. Sterilization/Contraception/Birth control, infertility;

21. Sexual related diseases;
22. Endometriosis;
23. HIV (AIDS) or ARC (Aids-Related Complex);
24. Circumcision;
25. Growth disorder;
26. Hernia in children up to 10 (ten) years old;
27. Epilepsy;
28. Strabismus;
29. Hydrocephalus;
30. Sexually transmitted disease;
31. The treatments which already covered by BPJS Kesehatan;
32. Alternative medications/treatments;
33. Non-medical services;
34. Hormonal disorders and its complications.
35. Pre-Existing Conditions are:

    a. Physical Disability and Disease which has existed or been occurring before the effective date of coverage for the Insured which presented signs or symptoms that should have been known and recognized by the Insured.

    b. Disease or Injury (including complication thereof) occurring in the first year of an Insured being Insured, including but not limited to:

        i. Cancer and/or all kind of Tumor;
        ii. Hemorrhoids;
        iii. Deceased tonsils requiring surgery;
        iv. Pathological abnormalities of the nasal septum or Turbinate;
        v. Hyperthyroidism/Goiter/Lymphadenopathy;
        vi. Cataracts;
        vii. Urinary calculi, including kidney stones;
        viii. High blood pressure, heart and blood vessel disease, Cerebrovascular disease (Stroke);

ix. Tukak pada lambung, tukak pada usus halus;
x. Hallux Valgus;
xi. Hiperlipidemia;
xii. Diabetes Mellitus (kencing manis);
xiii. Asthma;
xiv. Sirosis hati;
xv. Hernia (untuk Hernia pada anak yang berumur sampai dengan 10 (sepuluh) tahun termasuk di dalam "Pengecualian Umum").

ix. Gastric ulcers, small intestine ulcers;
x. Hallux Valgus;
xi. Hyperlipidemia;
xii. Diabetes Mellitus (diabetes);
xiii. Asthma;
xiv. Liver cirrhosis;
xv. Hernia (Hernia in children up to 10 (ten) years age old is included in the "General Exclusion").

**) *Merujuk kepada Ketentuan Umum Polis HealthPlus Family*

**) *Refers to General Condition HealthPlus Family Policy*

H. PROSEDUR TETAP RUMAH SAKIT

Menjamin Prosedur tetap (Protap) di Rumah Sakit termasuk Protap pemeriksaan COVID-19. Namun, terbatas pada Rapid Test dan PCR atau Swab Test dengan ketentuan sebagai berikut.

1. Terdapat pernyataan tertulis dari Rumah Sakit bahwa tes atau tindakan tersebut merupakan protap.
2. Penyakit atau Luka yang diderita oleh Tertanggung dijamin dalam polis.
3. Protap dilakukan pada hari yang sama dengan hari perawatan Tertanggung.
4. Jika Tertanggung Rawat Inap di Rumah Sakit maka Protap dijamin pada Biaya Rumah Sakit Lainnya.
5. Jika Tertanggung melakukan perawatan sebelum dan sesudah Rawat Inap maka Protap dijamin dalam batas manfaat Biaya Perawatan Sebelum dan Sesudah Rawat Inap.
6. Jika Tertanggung melakukan Perawatan Darurat Rawat Jalan atau Perawatan Darurat Rawat Gigi maka Protap dijamin dalam batas manfaat tersebut.
7. Jika Tertanggung melakukan manfaat Rawat Jalan maka Protap dijamin dalam batas Biaya Rontgen, Diagnostik, dan Laboratorium.

H. STANDARD HOSPITAL PROCEDURES

Coverage for Mandatory Procedures related to COVID-19 screening tests conducted at hospitals, limited to Rapid Test, PCR, and/or Swab Test, subject to the following conditions.

1. A written prescription or recommendation from the hospital stating that the COVID-19 screening test is a necessary or required procedure.
2. The disease(s) or injury(ies) suffered by the Insured are covered under the Policy.
3. Protap is carried out on the same day the Insured receives treatment.
4. If the Insured receives Inpatient Treatment, Protap shall be covered under Other Hospital Expenses.
5. If the Insured receives treatment before and after inpatient treatment, the procedure shall be covered under the applicable benefit limit.
6. If the Insured receives Emergency Outpatient Treatment or Emergency Dental Treatment, the procedure shall be covered under the applicable benefit limit.
7. If the Insured receives Outpatient Treatment, the procedure shall be covered under the Cost of X-ray, Diagnostic, and Laboratory.

I. HAK MEMPELAJARI POLIS

Dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal berlakunya Polis:

1. Pemegang Polis memiliki hak untuk mempelajari isi Polis;
2. LGI memiliki hak untuk mempelajari ulang Formulir Permohonan HealthPlus Family atau dokumen sejenis lainnya sehubungan dengan penutupan asuransi ini.

Dalam masa tersebut, Pemegang Polis dan LGI masing-masing memiliki hak untuk membatalkan Polis tanpa berkewajiban memberitahukan alasannya. Atas pembatalan Polis tersebut, LGI wajib mengembalikan keseluruhan Premi yang telah

I. FREE LOOK PERIOD

Within 14 (fourteen) calendar days from effective day of Policy:

1. Policyholders have rights to read and carefully learn the Policy;
2. LGI has right to review the application form HealthPlus Family or other related documents.

During this period, both Policyholder and LGI have the rights to cancelling the Policy without having an obligation to notify the reason. Due to this cancellation, LGI has an obligation to return all premiums which have

dibayarkan oleh Pemegang Polis dikurangi dengan nilai klaim yang telah dibayarkan (apabila ada) selama periode tersebut.

Dalam hal Pemegang Polis tidak melakukan pembatalan Polis dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak Polis diterima oleh Pemegang Polis, ***maka Pemegang Polis menyatakan telah membaca, memahami, dan menyetujui seluruh kondisi, syarat dan ketentuan Polis***.

J. PEMBATALAN POLIS

Pembatalan Polis dapat dilakukan masing-masing oleh Pemegang Polis atau LGI dengan ketentuan sebagai berikut.

1. Pembatalan Polis oleh Pemegang Polis
   a. Pemegang Polis dapat membatalkan Polis dengan memberitahukan secara tertulis kepada LGI selambat-lambatnya dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum tanggal pembatalan dimaksud;
   b. Pembatalan dilakukan di kantor LGI terdekat;
   c. Dalam hal Pemegang Polis meninggal dunia, maka pembatalan Polis dapat dilakukan oleh suami/istri/Anak/orangtua dari Pemegang Polis.
2. Pembatalan Polis oleh LGI
   LGI dapat membatalkan Polis apabila:
   a. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung melakukan penipuan dan/atau pemalsuan data/dokumen sebagaimana dimaksud dalam Polis;
   b. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung melalaikan kewajiban dan tanggung jawabnya, seperti yang tercantum dalam Polis atau melanggar syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan Polis;
   c. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung belum menyelesaikan pembayaran Premi atau *Excess Charges* pada saat jatuh temponya.

Dalam hal terjadi pembatalan Polis sebagaimana dimaksud dalam poin 1 dan 2 di atas, maka Pemegang Polis berhak atas pengembalian Premi dengan syarat tidak ada Tertanggung dalam Polis yang telah mengajukan klaim di tahun berjalan, dengan ketentuan pengembalian Premi sebagai berikut.

Masa Pertanggungan Tahun Berjalan	Total Premi yang Dikembalikan
≤ 30 hari kalender	75% dari Premi tahun berjalan
≤ 90 hari kalender	50% dari Premi tahun berjalan
≤ 180 hari kalender	25% dari Premi tahun berjalan

been paid by Policyholder reduced by total of claims paid (if any) during this period.

If the Policyholder does not cancel the Policy within 14 (fourteen) calendar days from the date the Policy is received by the Policyholder, **the Policyholder shall be deemed to have read, understood, and agreed to all terms, conditions, and provisions of the Policy.**

J. POLICY CANCELLATION

Policy cancellations can be made both by Policyholder or LGI with the following conditions:

1. Policy Cancellation by Insured
   a. The Policyholder may terminate the Policy by written notification to LGI within 30 (thirty) days prior to the commencement date of cancellation meant.
   b. Cancellation shall be made at the nearest LGI Office.
   c. In the event of the death of the Policyholder, cancellation may be made by the spouse, child, or parent of the Policyholder.
2. Policy Cancellation by LGI
   LGI may terminate the Policy in if:
   a. Policyholder and/or Insured commit fraud or falsification of data/documents referred to this Policy;
   b. Policyholder and/or Insured neglect their obligations and responsibilities as stated in the or violate the terms and conditions of the Policy;
   c. Policyholder has not completed the payment of Premium or excess charges at maturity.

In the event of Cancellation of the Policy referred to point 1 and 2 above, then the Policyholder is entitled to refund Premiums subject to there is no claims being submitted within the Policy period, calculated by the following formula.

Coverage Period	Total Refund Premium
≤ 30 calendar days	75% of Premium
≤ 90 calendar days	50% of Premium
≤ 180 calendar days	25% of Premium
> 180 calendar days	No Refund Premium

> 180 hari kalender	Tidak ada pengembalian Premi

Pembatalan Polis tidak mengurangi kewajiban LGI atas klaim yang timbul sebelum tanggal efektif pembatalan Polis dan Pemegang Polis tetap berkewajiban untuk menyelesaikan semua tagihan Premi dan *Excess Charges* yang terjadi sebelum tanggal efektif pembatalan Polis.

Cancellation Policy will not diminish the commitment of LGI for arising claims prior to the date of cancellation and Policyholder remains obligated for all Premium due and Excess Charges which occur before cancellation date.

K. PERPANJANGAN POLIS

Pada tanggal berakhirnya Polis ini, maka Polis dapat diperpanjang untuk tahun Polis berikutnya dengan pembayaran Premi sesuai dengan hasil penentuan tarif Premi oleh LGI dan Keputusan untuk perpanjangan Polis ini berdasarkan hasil analisis risiko setiap Tertanggung pada saat perpanjangan Polis. LGI berhak untuk tidak memperpanjang Polis tahun berikutnya jika berdasarkan hasil analisis risiko Tertanggung tersebut tidak memenuhi kriteria untuk bisa diperpanjang.

Kriteria hasil analisis risiko merupakan kebijakan LGI dan LGI berhak untuk tidak memberikan informasi lebih lanjut terkait informasi tersebut kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.

K. POLICY RENEWAL

On the expiry date of Policy, the Policy can be extended for the following year with the payment of Premium in accordance with the results of the determination of the rate by LGI and the decision to extend this Policy based on LGI's analysis of each Insured at the time of renewal. LGI has the right to not extend the Policy for the following year if based on the results of the risk analysis of the Insured does not meet the criteria to be extended.

The criteria for the risk analysis results are LGI's policy and LGI has the right not to provide further information regarding such information to the Policyholder and/or the Insured.

L. LAIN-LAIN

1. Periode efektif kepesertaan adalah H+1 dari tanggal pembayaran Premi dan dokumen lengkap diterima oleh LGI.

2. Dokumen yang dikirimkan ke email (jika berbentuk *soft copy*) dan alamat rumah (jika berbentuk *hard copy*) Pemegang Polis adalah:

Jenis Dokumen	*Soft copy*	*Hard copy*
Ikhtisar Pertanggungan	✓	✓
Polis	✓	Opsional***)
Kartu Peserta	✓	Opsional***)

***) *Dikenakan biaya tambahan sebesar **Rp200.000,-** per Polis jika Polis dan Kartu dicetak*

3. Ekses ditagih ditempat dan tidak menutup kemungkinan akan ada ekses susulan.
4. Daftar Rumah Sakit dan Klinik Layanan dapat berubah sewaktu-waktu. Informasi terkini mengenai daftar tersebut dapat dilihat melalui website resmi LGI pada https://www.lgi.co.id/layanan/rumah-sakit-dan-klinik-rekanan/provider-pkp-healthplus-myhealthduo/.

L. OTHERS

1. The effective period of coverage shall commence on D+1 from the date the Premium payment is received and complete documents have been submitted to and received by LGI.
2. Documents which are sent to email (if in soft copy documents) and Policyholder home address (if in hard copy documents) are:

Documents Type	Soft copy	Hard copy
Schedule of Policy	✓	✓
Policy	✓	Optional***)
Member card	✓	Optional***)

***) *There will be an additional fee* IDR 200,000 *per Policy if the policy and Member card is printed*

3. Excesses will be charged in the hospital and there is a possibility that there will be subsequent excesses.
4. List of Hospitals Provides and Clinics can change at any time. The latest information is available on LGI's official website at the following link: https://www.lgi.co.id/layanan/rumah-sakit-dan-klinik-rekanan/provider-pkp-healthplus-myhealthduo/.

M. PAKET PRODUK

1. Paket Individu adalah paket produk HealthPlus Family, dimana Batas Manfaat Secara Keseluruhan berlaku untuk 1 (satu) individu.

M. PRODUCT PACKAGE

1. Individual Package is a product package of HealthPlus Family with the Overall Annual Limit is applied for 1 (one) person.

RINGKASAN PRODUK
PRODUCT SUMMARY

2. Paket Keluarga adalah paket produk HealthPlus Family, dimana Batas Manfaat Secara Keseluruhan berlaku untuk 1 (satu) keluarga dengan ketentuan:
   a. Minimal terdiri dari 1 (satu) orang dewasa (Suami/Istri).
   b. Terdiri dari Suami/Istri/Anak.

2. Family Package is a product package of HealthPlus Family with the Overall Annual Limit is applied for 1 (one) family under the condition:

   a. Minimum consist of 1 (one) adult (husband or wife).
   b. Member consists of husband or wife or Children.