

# Sertifikat Polis

## Asuransi Mandiri Protection Prime

### DITERBITKAN OLEH PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

Ini adalah Sertifikat Polis Anda yang dicetak secara komputerisasi sehingga tidak membubuhkan tanda tangan. Simpanlah di tempat yang aman.

Sertifikat Polis ini merupakan ringkasan dari Ketentuan Umum Polis "Asuransi Mandiri Protection Prime" yang diterbitkan oleh Penanggung. Dalam hal terjadi perselisihan atau pertentangan antara ketentuan dalam Sertifikat Polis ini dengan Ketentuan Umum Polis, maka yang berlaku adalah Ketentuan Umum Polis. Sertifikat Polis ini adalah bukti kepesertaan Tertanggung dalam pertanggungan asuransi berdasarkan Polis. Sertifikat Polis ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

#### I. Definisi

1. **Cacat Total Tetap** adalah cacat/ketidakmampuan yang diderita oleh Tertanggung akibat Kecelakaan selama Masa Pertanggungan berdasarkan Diagnosis Dokter sehingga Tertanggung tidak dapat melakukan suatu pekerjaan atau memperoleh penghasilan secara terus menerus atau tidak bisa memenuhi salah satu kondisi dibawah ini:
  - a. Tidak mampu melakukan minimal 3 (tiga) dari 6 (enam) kegiatan dibawah ini tanpa bantuan dari orang lain yang harus berlangsung secara terus menerus selama tidak kurang dari 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak Tertanggung dinyatakan Cacat Total Tetap berdasarkan Diagnosis Dokter:
    1. Mandi: kemampuan untuk mandi atau menyiram (termasuk akan atau setelah mandi atau menyiram) atau mandi dengan sarana lain;
    2. Berpakaian (kemampuan untuk memakai, menanggalkan, mengencang atau melepaskan semua pakaian dan juga tongkat, alat tubuh tiruan atau alat bedah lainnya);
    3. Peralihan: kemampuan untuk memindahkan dari tempat tidur ke kursi atau kursi roda dan sebaliknya;
    4. Perpindahan: kemampuan untuk memindahkan di dalam ruangan dari ruangan ke ruangan pada permukaan yang rata;
    5. Toileting (kemampuan untuk menggunakan closet atau membersihkan anus atau kemih dalam menjaga kebersihan diri);
    6. Makan (kemampuan untuk memberi makan diri sendiri ketika makanan telah dipersiapkan dan tersedia).
 Atau
  - b. Apabila salah satu kondisi dibawah ini terjadi:
    1. Kehilangan penglihatan kedua mata secara total dan tidak dapat disembuhkan;
    2. Terputusnya kedua tangan minimal sebatas pergelangan atau kedua kaki minimal sebatas mata kaki atau satu (satu) tangan minimal sebatas pergelangan dan satu (satu) kaki minimal sebatas mata kaki;
    3. Kehilangan penglihatan total dari satu (satu) mata yang tidak dapat disembuhkan dan terputusnya satu (satu) tangan minimal sebatas pergelangan; atau Kehilangan penglihatan total dari satu (satu) mata yang tidak dapat disembuhkan dan terputusnya satu (satu) kaki minimal sebatas mata kaki.
2. **Cedera** adalah hilang dan/atau kerusakan suatu jaringan tubuh yang dialami Tertanggung, yang semata-mata merupakan akibat langsung dari Kecelakaan.
3. **Diagnosis** adalah penentuan suatu kondisi dengan melihat atau memeriksa gejala-gejala yang dinyatakan oleh Dokter berdasarkan anamnesa (keluhan) Tertanggung, bukti spesifik dan didukung oleh bukti lainnya, seperti radiologi, histologi, patologi anatomi atau laboratorium, dengan memperhatikan praktik kedokteran yang wajar dan umum berdasarkan standar pelayanan medis di Indonesia. Dalam hal terjadi keraguan tentang kelayakan atau kebenaran Diagnosis, Penanggung berhak untuk meminta pemeriksaan ulang secara fisik maupun diagnostik, baik selama Tertanggung masih hidup atau setelah Tertanggung meninggal dunia. Pemeriksaan ini dapat dilakukan oleh Penanggung, perwakilan medis dan/atau badan yang berwenang yang ditunjuk oleh Penanggung. Hasil pemeriksaan ulang tersebut akan mengikat Tertanggung dan Penanggung.
4. **Dokter** adalah seseorang (selain diri Pemegang Polis, Tertanggung, pihak yang berkepentingan atas Polis atau keluarga dari Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau pihak yang berkepentingan atas Polis) yang memiliki gelar utama dalam praktik ilmu kedokteran barat dan bedah, memiliki lisensi dari otoritas yang berwenang di negara tempat perawatan diterima, dan pihak yang terkait dengan perawatan tersebut melakukan praktik sesuai dengan bidang dan keahliannya.
5. **Hari Kerja** adalah Hari Senin sampai dengan hari Jumat, kecuali dinyatakan sebagai hari libur oleh Pemerintah Republik Indonesia.
6. **Jumlah Hutang** adalah jumlah kewajiban atau hutang atas penggunaan Mandiri Kartu Kredit yang terdiri atas Saldo Tagihan Terakhir, semua transaksi, denda-denda, biaya-biaya dan angsuran yang belum ditagihkan (jika ada) sebelum terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
7. **Kecelakaan** adalah suatu kejadian yang bersifat langsung dan timbul dari sumber apapun yang terjadi secara mendadak atau tiba-tiba, tidak terduga, datang dari luar tidak ada unsur-unsur kesengajaan dan/atau mempunyai unsur kekerasan yang dapat dibuktikan atau melalui Diagnosis secara medis serta merupakan satu-satunya penyebab langsung dari Cedera tubuh atau kematian pada Tertanggung.
8. **Ketentuan Umum** adalah ketentuan dan istilah dalam Ketentuan Umum Polis Asuransi Jiwa Kumpulan "Asuransi Mandiri Protection Prime" yang berlaku dan mengikat bagi para pihak dalam Polis, sepanjang tidak ditentukan atau diatur lain atau dinyatakan sebaliknya dalam Ketentuan Khusus, dan/atau dokumen lain sehubungan dengan Polis.
9. **Kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya** adalah segala jenis Penyakit, Cedera tubuh, atau kondisi medis sebelum Tanggal Berlakunya Pertanggungan dimana
  - a. Tertanggung sudah pernah mendapatkan Diagnosis; dan/atau
  - b. Tertanggung sudah pernah menerima pengobatan, saran/konsultasi dari Dokter, atau perawatan medis; dan/atau
  - c. Tertanggung sudah pernah mengalami gejala-gejala Penyakit walaupun belum pernah dikonsultasikan ke praktisi medis.
10. **Lembar Tagihan** adalah tagihan yang dikeluarkan oleh Pemegang Polis atas penggunaan Mandiri Kartu Kredit kepada Tertanggung setiap bulan.
11. **Mandiri Kartu Kredit** adalah kartu kredit yang diterbitkan oleh Pemegang Polis kepada Tertanggung, berupa kartu kredit utama dan kartu kredit tambahan (jika ada), yang dipilih sebagai dasar diberikannya pertanggungan kepada Tertanggung berdasarkan Polis.
12. **Manfaat Asuransi** adalah sejumlah manfaat yang akan dibayarkan oleh Penanggung sebagai bentuk pertanggungan asuransi atas Peristiwa Yang Dipertanggungkan, jika syarat dan ketentuan sebagaimana diatur dalam Ketentuan Umum Polis sudah terpenuhi.
13. **Masa Bertahan** adalah masa bertahan hidup selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tertanggung terdiagnosis Penyakit Kritis.
14. **Masa Leluasa** adalah masa selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal Jatuh Tempo dimana pertanggungan asuransi akan tetap berlaku walaupun Premi belum dibayar lunas. Jika Peristiwa Yang Dipertanggungkan terjadi dalam Masa Leluasa, maka Manfaat Asuransi yang dibayarkan akan dikurangi Premi yang jatuh tempo.
15. **Masa Pertanggungan** adalah jangka waktu pertanggungan asuransi bagi Tertanggung sejak Tanggal Berlakunya Pertanggungan sampai dengan berakhirnya pertanggungan asuransi berdasarkan Polis ini.
16. **Masa Tunggu** adalah masa dimana periode ini tidak diperkenankan untuk mengajukan klaim Manfaat Asuransi dan klaim Manfaat Asuransi tidak berlaku, dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. Untuk manfaat Penyakit Kritis berlaku Masa Tunggu selama 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tanggal Berlakunya Pertanggungan.
  - b. Untuk Manfaat Cacat Total Tetap berlaku Masa Tunggu selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Tanggal Berlakunya Pertanggungan.
17. **Pemegang Polis** adalah PT Bank Mandiri (Persero) Tbk.
18. **Penanggung** adalah PT AXA Mandiri Financial Services sebagai pihak yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Pemegang Polis.
19. **Penerima Manfaat** adalah pihak yang memiliki hubungan kepentingan (*insurable interest*) dengan Tertanggung dan berhak menerima Manfaat Asuransi berdasarkan Polis ini.
20. **Penyakit** adalah keadaan fisik dan/atau psikis yang ditandai dengan adanya keadaan tanda dan gejala klinis, kelainan hasil laboratorium, radiologi yang menimbulkan kondisi kelainan patologis.
21. **Penyakit Kritis**
  - 3 (tiga) penyakit kritis yang dijamin sebagaimana ditetapkan dalam Polis dengan Diagnosis Dokter pertama kali terjadi setelah melewati Masa Tunggu adalah sebagai berikut:
    - a. **Kanker**  
Tumor ganas yang ditandai dengan pertumbuhan dan penyebaran sel-sel ganas yang tidak terkontrol dengan adanya penyerangan dan penghancuran atas jaringan normal. Diagnosis ini harus didasarkan dengan adanya bukti histologis mengenai keganasan dan ditetapkan oleh Dokter spesialis tumor atau ahli patologi.



Berikut adalah jenis Kanker yang secara spesifik tidak termasuk dalam pertanggungan Polis ini, yaitu:

- Tumor yang menunjukkan perubahan keganasan atas carcinoma-in-situ dan tumor yang berdasarkan hasil histologinya digambarkan sebagai pra-ganas atau non-invasif, termasuk namun tidak terbatas pada Carcinoma-in-situ pada payudara, Displasia Serviks CIN-1, CIN-2 dan CIN-3;
- Hiperkeratosis, kanker kulit sel-sel basal dan squamous, dan melanoma dengan ketebalan kurang dari 1.5mm ketebalan breslow atau kurang dari Clark Level 3, kecuali jika terdapat bukti metastase; dan
- Kanker Prostat yang secara histologinya dinyatakan atas Klasifikasi TNM T1a atau T1b atau Kanker Prostat pada klasifikasi yang setara atau lebih rendah, TINOMO micro-carcinoma Papilaris pada kelenjar thyroid yang diameternya kurang dari 1 cm, micro-carcinoma papilaris kandung kemih, dan Leukemia Limfositik Kronis yang kurang dari RAI tingkat 3.

#### b. Serangan Jantung

Matinya sebagian otot jantung yang timbul dari tidak seimbang persediaan darah ke seluruh tubuh. Diagnosis ini harus dibuktikan minimal 3 (tiga) kriteria yang sesuai dengan serangan jantung sebagai berikut:

- Riwayat nyeri pada dada;
- Adanya perubahan electrocardiogram (ECG) baru yang membuktikan adanya infark jantung;
- Diagnosis atas peningkatan enzim jantung CK-MB;
- Diagnosis atas peningkatan troponin (T atau I);
- Fraksi Ejeksi Ventrikel sebelah kiri yang kurang dari 50% terhitung 3 (tiga) bulan atau lebih sejak terjadinya Serangan Jantung.

Apabila kondisi minimal 3 (tiga) kriteria di atas tidak terpenuhi, dapat digantikan dengan bukti telah dilakukannya intervensi medis pada pembuluh darah jantung koroner. Diagnosis Serangan Jantung harus ditetapkan oleh Dokter spesialis jantung dan pembuluh darah.

#### c. Stroke

Gangguan pembuluh darah otak termasuk infark pada jaringan otak, perdarahan pada otak dan subarachnoid, emboli otak dan trombotik otak. Diagnosis ini harus didukung oleh kondisi sebagai berikut:

- Bukti kerusakan syaraf permanen harus ditetapkan oleh spesialis syaraf paling lambat 6 (enam) minggu setelah kejadian; dan
- Hasil Magnetic Resonance Imaging, Computerized Tomography, atau teknik lain yang dapat dipercaya konsisten dengan Diagnosis atas stroke baru.

Berikut adalah jenis Stroke yang secara spesifik tidak termasuk dalam pertanggungan Polis ini, yaitu:

- Serangan Transient Ischaemic;
- Kerusakan otak karena kecelakaan atau cedera, infeksi, vaskulitis, dan penyakit peradangan;
- Penyakit Vascular yang mempengaruhi mata atau syaraf penglihatan; dan Gangguan iskemik pada sistem vestibuler.

**22. Peristiwa Yang Dipertanggungkan** adalah salah satu dari kondisi berikut ini yang dialami oleh Tertanggung yang terjadi selama Masa Pertanggungan:

- Meninggal dunia; atau
- Terdiagnosis salah satu dari 3 (tiga) Penyakit Kritis; atau
- Cacat Total Tetap.

**23. Polis** adalah dokumen yang memuat perjanjian asuransi dalam bentuk cetak atau elektronik antara Pemegang Polis dan Penanggung dimana Penanggung setuju untuk mengikutsertakan Tertanggung dan membayar Manfaat Asuransi sebagaimana diatur dalam ketentuan Polis atas pembayaran sejumlah Premi oleh Pemegang Polis kepada Penanggung. Dokumen Polis terdiri dari antara lain Data Polis, Ketentuan Umum, dan/atau perubahan lain di dalamnya (jika ada), termasuk surat permintaan pernyataan kesehatan serta formulir dan dokumen lain yang secara keseluruhan merupakan bagian yang tidak terpisahkan atau dinyatakan sebagai bagian dari Polis.

**24. Premi** adalah sejumlah uang yang dibayar oleh Pemegang Polis kepada Penanggung untuk setiap Tertanggung seperti yang tercantum dalam Sertifikat Polis.

**25. Rumah Sakit** adalah institusi pelayanan kesehatan termasuk klinik atau fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki izin dari regulator yang berwenang, yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, pelayanan medis dasar dan/atau spesialisasi.

**26. Saldo Tagihan Terakhir** adalah total tagihan bulan terakhir atas penggunaan Mandiri Kartu Kredit selain Premi Asuransi Mandiri Protection Prime sebagaimana tercantum pada Lembar Tagihan tercetak sebelum terjadinya Peristiwa Yang Dipertanggungkan.

**27. Sertifikat Polis** adalah dokumen dalam bentuk cetak atau elektronik yang memuat ringkasan Ketentuan Umum Polis, dan diberikan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis untuk diteruskan kepada Tertanggung sebagai bukti kepesertaan Tertanggung dalam pertanggungan asuransi berdasarkan Polis.

**28. Tahun Polis** adalah tenggang waktu antara satu ulang tahun Polis dengan ulang tahun Polis berikutnya, yang perhitungannya dimulai dari Tanggal Berlakunya Asuransi.

**29. Tanggal Berlakunya Pertanggungan** adalah tanggal mulai berlakunya Pertanggungan asuransi untuk setiap Tertanggung sebagaimana tercantum pada Sertifikat Polis ini.

**30. Tanggal Jatuh Tempo** adalah tanggal Premi harus dibayar lunas, yaitu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah dikirimkannya dokumen tagihan Premi oleh Penanggung.

**31. Tertanggung** adalah pemegang kartu kredit utama dari Mandiri Kartu Kredit yang atas ijuannya diikutsertakan dalam perjanjian asuransi dan telah disetujui pertanggungan asuransinya oleh Penanggung berdasarkan Polis ini sebagaimana tercantum dalam Sertifikat Polis.

## II. Premi

Besarnya Premi yang harus dibayarkan oleh Tertanggung melalui Pemegang Polis adalah sebesar 0,69% (nol koma enam sembilan persen) dari Jumlah Hutang.

## III. Berlaku dan Berakhirnya Pertanggungan

- Pertanggungan dinyatakan mulai berlaku sejak Tanggal Berlakunya Pertanggungan dan Premi beserta dokumen-dokumen yang terkait dengan Polis ini diterima secara lengkap dan benar oleh Penanggung, dengan memperhatikan ketentuan Polis.
- Tanpa mengesampingkan ketentuan pengakhiran pertanggungan asuransi Tertanggung yang diatur dalam ketentuan lain pada Polis, pertanggungan asuransi Tertanggung akan berakhir apabila (hal mana yang lebih dahulu terjadi):
  - Polis ini berakhir; atau
  - Tertanggung mencapai usia 65 (enam puluh lima) tahun; atau
  - Tertanggung meninggal dunia/terdiagnosis Penyakit Kritis/menderita Cacat Total Tetap selama Masa Pertanggungan; atau
  - Mandiri Kartu Kredit Tertanggung dibatalkan oleh Pemegang Polis; atau
  - Pertanggungan asuransi Tertanggung dibatalkan atau diakhiri oleh Penanggung berdasarkan Ketentuan Polis; atau
  - Tertanggung tercantum dalam Daftar Terduga Teroris atau Organisasi Teroris (DTTOT) dan/atau Daftar Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal (DPPSPM)
- Semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang diberikan ("**Informasi Konsumen**") dalam surat permintaan pernyataan kesehatan, formulir perubahan Polis, serta setiap formulir, rekaman percakapan melalui VRS, dan/atau dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Penanggung sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi, permohonan perubahan Polis dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya) ("**Dokumen Permohonan**") menjadi dasar pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Tertanggung wajib mengisi dan menjawab pertanyaan Informasi Konsumen dengan jujur, benar, lengkap serta menyetujui dan/atau menandatangani semua Dokumen Permohonan, termasuk memberikan data tambahan lainnya yang diminta Penanggung sebagai syarat diterbitkannya Polis.
- Dalam jangka waktu 2 (dua) tahun sejak Tanggal Berlakunya Pertanggungan ("**Contestable Period**"), Penanggung berhak untuk meninjau ulang kebenaran atau keabsahan dari Polis berdasarkan setiap Informasi Konsumen yang diberikan dalam setiap Dokumen Permohonan. Jika selama *Contestable Period*, Penanggung menemukan fakta bahwa suatu Informasi Konsumen yang ada dalam suatu Dokumen Permohonan ternyata tidak lengkap, tidak benar tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, maka sesuai dengan kesepakatan dan persetujuan Tertanggung yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, Penanggung berhak untuk membatalkan pertanggungan secara keseluruhan tanpa kewajiban untuk membayar Manfaat Asuransi apapun dan Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada).
- Sesuai dengan kesepakatan dan persetujuan Tertanggung yang tercantum di dalam Dokumen Permohonan, Penanggung berhak untuk mengakhiri pertanggungan tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi yang telah dibayarkan dan tidak ada Manfaat Asuransi apapun yang akan dibayarkan, baik selama *Contestable Period* maupun setelahnya, jika terdapat unsur penipuan atau pemalsuan atau kesalahan yang disengaja berdasarkan pemeriksaan atau pengecekan terhadap dugaan unsur penipuan atau pemalsuan yang telah dilakukan menurut Penanggung dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang ada di dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya di dalam Dokumen Permohonan.
- Selain hak pembatalan atau pengakhiran pertanggungan sesuai ketentuan ayat (4) dan (5) di atas, berdasarkan kesepakatan dan persetujuan Tertanggung yang tercantum di dalam Dokumen Permohonan, Tertanggung **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika Penanggung melakukan hal-hal berikut ini:
  - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayar seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
  - Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting) dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis, termasuk penambahan risiko yang dikecualikan, penyesuaian Uang Pertanggungan, dan/atau penyesuaian jumlah Premi yang harus dibayar; dan/atau
  - Menagih kekurangan Premi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Penanggung juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; Atas hal tersebut, Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib membayar (jika ada) kekurangan Premi, masing-masing sesuai dengan ketentuan dan kebijakan Penanggung, apabila Penanggung menemukan bahwa suatu Informasi Konsumen yang terdapat di dalam Dokumen Permohonan tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya.
- Sehubungan dengan hak Penanggung untuk membatalkan atau mengakhiri pertanggungan sebagaimana disebutkan dalam Polis ini, sesuai dengan kesepakatan dan persetujuan Tertanggung yang tercantum di dalam Dokumen Permohonan, Tertanggung setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan pertanggungan harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.



#### IV. Masa Pembelajaran Polis

Tertanggung mempunyai kesempatan untuk mempelajari isi Sertifikat Polis ini selama 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal penerimaan Sertifikat Polis. Apabila Tertanggung tidak menyetujui syarat-syarat dan ketentuan yang dinyatakan pada Sertifikat Polis karena alasan apapun, pertanggungan asuransi dapat dibatal kan. Atas hal tersebut, Sertifikat Polis secara otomatis menjadi batal dan tidak ada pertanggungan asuransi apapun yang menjadi kewajiban Penanggung kepada Tertanggung. Penanggung akan mengembalikan Premi sebesar Premi yang telah dibayarkan Tertanggung setelah dikurangi biaya-biaya (jika ada)

#### V. Manfaat Asuransi

Dengan tetap memperhatikan ketentuan Pengecualian pada Sertifikat Polis ini, Sertifikat Polis ini akan memberikan Manfaat Asuransi dengan ketentuan sebagaimana diatur di bawah ini:

##### 1. Manfaat Meninggal Dunia

Apabila selama Masa Pertanggungan, Tertanggung meninggal dunia karena Penyakit atau Kecelakaan, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar:

- 100% (seratus persen) dari Jumlah Hutang kepada Pemegang Polis; dan
- 200% (dua ratus persen) dari Jumlah Hutang kepada Penerima Manfaat yang akan dibayarkan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis, untuk selanjutnya Pemegang Polis meneruskannya ke Penerima Manfaat. Setelah Manfaat Meninggal Dunia ini dibayarkan, pertanggungan asuransi atas Tertanggung akan berakhir.

##### 2. Manfaat Penyakit Kritis

Apabila selama Masa Pertanggungan, Tertanggung terdiagnosis 3 (tiga) Penyakit Kritis yang terjadi setelah melewati Masa Tunggu dan tetap bertahan hidup sampai melewati periode Masa Bertahan, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi sebesar 100% (seratus persen) dari Jumlah Hutang kepada Pemegang Polis. Setelah Manfaat Penyakit Kritis ini dibayarkan, pertanggungan asuransi atas Tertanggung akan berakhir.

##### 3. Manfaat Cacat Total Tetap

Apabila selama Masa Pertanggungan, Tertanggung mengalami Cacat Total Tetap yang terjadi setelah melewati Masa Tunggu, maka Penanggung akan membayar kan Manfaat Asuransi sebesar 100% (seratus persen) dari Jumlah Hutang kepada Pemegang Polis. Setelah Manfaat Cacat Total Tetap ini dibayarkan, pertanggungan asuransi atas Tertanggung akan berakhir.

##### 4. Ketentuan antar Manfaat Asuransi

- Apabila dalam waktu bersamaan terdapat pengajuan klaim atas lebih dari 1 (satu) Peristiwa Yang Dipertanggungkan, maka Penanggung hanya akan membayarkan Manfaat Asuransi yang bernilai lebih besar.
- Batas maksimal Jumlah Hutang yang dapat dibayarkan oleh Penanggung adalah sebesar Rp2.000.000.000,- (dua miliar Rupiah) untuk setiap Mandiri Kartu Kredit. Batas maksimal ini berkaitan dengan penentuan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan untuk Manfaat Meninggal Dunia, Manfaat Penyakit Kritis atau Manfaat Cacat Total Tetap.

C.

#### VI. Pengecualian

**Tanpa mengesampingkan ketentuan Pengecualian lainnya yang diatur dalam Polis, Penanggung tidak membayar Manfaat Asuransi apapun apabila Peristiwa Yang Dipertanggungkan diakibatkan secara langsung atau tidak langsung, secara disadari atau tidak, dari satu atau lebih kejadian, yang diakibatkan oleh hal-hal sebagai berikut:**

- Percobaan bunuh diri atau kegiatan menyakiti diri sendiri atau secara sengaja berada dalam keadaan atau kegiatan bahaya (kecuali merupakan usaha untuk menyelamatkan jiwa) atau turut serta dalam perkuliahan, tindakan kejahatan atau suatu percobaan tindakan kejahatan baik aktif maupun tidak, yang dilakukan baik dalam keadaan waras ataupun sebagai akibat keadaan tidak waras; atau**
- Tindakan kejahatan atau melanggar hukum yang disengaja oleh Tertanggung atau orang yang berkepentingan dalam pertanggungan asuransi ini; atau**
- Terlibat/ikut dalam penerbangan selain pesawat penumpang komersial dengan jadwal penerbangan reguler; atau**
- Kejadian yang berkaitan dengan kegiatan olahraga (sport) yang dilakukan secara tidak profesional dan/atau olahraga yang dilakukan pada musim dingin, misalnya tetapi tidak terbatas pada selancar air, seluncur air, dan kegiatan olahraga lainnya yang dilakukan secara kompetitif di mana akan menghasilkan uang atau pembayaran dari melakukan olahraga tersebut dan gaya hidup berisiko tinggi; atau**
- Kejadian yang berkaitan dengan pekerjaan atau profesi yang berisiko tinggi misalnya tetapi tidak terbatas pada pilot, teknisi penerbangan, awak kabin, atau menggunakan bahan berbahaya misalnya tetapi tidak terbatas pada asbestos, benzena, arsen, cadmium, etilen oksida, benzo [a] pyrene, silika, radiasi ultraviolet termasuk perangkat yang dapat memancarkan ultraviolet-tanning, radon, aluminium dan kokas produksi, bahan baku besi dan baja, serta industri manufaktur karet kecuali telah membayar kecuali telah**
- membayar ekstra premi untuk tugas atau jabatan tersebut; atau**
- Berpartisipasi aktif dalam kegiatan teroris, perang (baik dideklarasikan atau tidak), invasi, perang sipil, konik bersenjata, dan/atau kejadian serupa lainnya; atau**
- Terkena kontaminasi biologis atau kimia, reaksi nuklir, radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari bahan bakar nuklir atau proses**

- pembuangan limbah atau bahan peledak atau senjata; atau**
- Mengonsumsi alkohol atau penyalahgunaan atau ketergantungan pada narkotika, zat lain, atau obat-obatan tanpa resep; atau**
- Tertanggung mengalami peristiwa yang di pertanggungkan berdasarkan Polis di negara-negara dengan sanksi internasional, memiliki tingkat risiko tinggi dalam hal politik, situasi keamanan yang tidak stabil, dibawah US Sanction Advisory List, United Nation List, OFAC (Oce of Foreign Assets Control) List & MINEFI (French Ministry of the Economic & Finance) List dan/atau negara-negara yang termasuk dalam imbauan perjalanan (travel warning) dengan status "Jangan Bepergian ke Negara/Wilayah ini" dimana perjalanan Tertanggung dilakukan pada tanggal yang sama atau setelah imbauan perjalanan (travel warning) sebagaimana dimaksud ayat ini dikeluarkan oleh Kementerian Luar Negeri Republik Indonesia dan/atau pihak berwenang lainnya dari waktu ke waktu; atau**
- Penyakit, Cedera atau perawatan dari Kondisi Yang Sudah Ada Sebelumnya, Penyakit Kritis dan Cacat Total Tetap yang terjadi telah melewati 24 (dua puluh empat) bulan dari Tanggal Berlakunya Pertanggungan; atau**
- Penyakit kelainan bawaan, keturunan, dan kelainan pertumbuhan; atau**
- Menderita penyakit atau perawatan yang timbul atau dihasilkan atau berhubungan dengan Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC), infeksi yang disebabkan oleh Human Immunodeficiency Virus (HIV), atau Penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual**

#### VII. Klaim

- Pengajuan klaim atas Manfaat Asuransi harus diajukan oleh Pemegang Polis secara tertulis dan/atau melalui media lain yang disediakan dan disetujui Penang gung dengan disertai dengan dokumen pendukung pengajuan klaim yang disyaratkan oleh Penanggung sebagaimana dimaksud dalam ayat 2 Butir VII Sertifikat Polis ini dan harus diterima oleh Penanggung dalam kurun waktu tidak lebih dari 90 (sembilan puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal Tertanggung mengalami Peristiwa Yang Dipertanggungkan. Apabila dokumen-dokumen atas pengajuan klaim tidak disampaikan dalam waktu yang telah ditentukan, maka Penanggung mempunyai hak untuk menolak pembayaran klaim tersebut.
- Dokumen pendukung pengajuan klaim untuk Manfaat Meninggal Dunia, antara lain:
  - Formulir Klaim Meninggal Dunia asli (diisi oleh Penerima Manfaat); dan
  - Fotokopi Lembar Tagihan Mandiri Kartu Kredit; dan
  - Fotokopi identitas diri (KTP/Passpor/KITAS) dan Kartu Keluarga yang masih berlaku dari Tertanggung, Penerima Manfaat dan/atau pihak yang mengajukan klaim sesuai ketentuan Polis; dan
  - Surat keterangan meninggal dunia dari Dokter atau instansi kesehatan yang merawat dan/atau memeriksa Tertanggung (apabila meninggal dunia di Rumah Sakit) atau surat kronologis penyebab kematian yang ditandatangani oleh Penerima Manfaat (apabila meninggal dunia bukan di Rumah Sakit) asli; dan
  - Akta Kematian/ surat keterangan meninggal dunia dari instansi yang berwenang (asli/fotokopi legalisir) atau surat bukti pemakaman/pengubuan dari instansi yang berwenang (asli/fotokopi legalisir); dan
  - Surat keterangan visum et repertum atau surat keterangan otopsi dari Dokter atau Rumah Sakit pemeriksa jenazah Tertanggung dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan atau meninggal dunia tidak wajar (asli/fotokopi legalisir); dan
  - Surat keterangan dari kepolisian dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena Kecelakaan atau meninggal dunia tidak wajar (asli/fotokopi legalisir); dan
  - Surat keterangan dari KBRI (Kedutaan Besar Republik Indonesia) setempat dan death of certificate/sijil kematian dalam hal Tertanggung meninggal dunia di luar wilayah Republik Indonesia (asli/fotokopi legalisir); dan
  - Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggu- ng yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
- Dokumen pendukung pengajuan klaim untuk Manfaat Penyakit Kritis, antara lain:
  - Formulir klaim Penyakit Kritis yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Tertanggung dan Dokter (asli); dan
  - Surat keterangan asli dari Dokter atau instansi kesehatan yang merawat dan/atau memeriksa Tertanggung; dan
  - Fotokopi Lembar Tagihan Mandiri Kartu Kredit; dan
  - Fotokopi identitas diri Tertanggung (KTP/Passpor/KITAS) yang masih berlaku; dan
  - Laporan medis pendukung (asli/fotokopi legalisir) terkait penyebab Penyakit Kritis (hasil laboratorium, ECG, Patologi Anatomi (PA) dan hasil pemeriksaan lainnya yang dibutuhkan); dan
  - Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggu- ng yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
- Dokumen pendukung pengajuan klaim untuk Manfaat Cacat Total Tetap, antara lain:
  - Formulir klaim ketidakmampuan yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Tertanggung dan Dokter (asli); dan
  - Surat keterangan asli dari Dokter atau instansi kesehatan yang merawat dan/atau memeriksa Tertanggung; dan
  - Fotokopi Lembar Tagihan Mandiri Kartu Kredit; dan
  - Fotokopi identitas diri Tertanggung (KTP/Passpor/KITAS) yang masih berlaku; dan
  - Surat pernyataan asli dari Dokter yang merawat bahwa Tertanggung menderita



- Cacat Total Tetap yang berlanjut dan tidak dapat disembuhkan; dan
- f. Surat keterangan kepolisian untuk kasus Kecelakaan (asli/fotokopi legalisir); dan
  - g. Surat keterangan asli dari tempat kerja Tertanggung atau surat keterangan asli dari kelurahan (untuk Tertanggung yang berprofesi sebagai pengusaha) yang menerangkan bahwa Tertanggung sudah tidak bekerja lagi selama 180 (seratus delapan puluh) hari (untuk Cacat Total Tetap) berturut-turut; dan
  - h. Laporan medis pendukung (asli/fotokopi legalisir) terkait dengan bagian tubuh yang mengalami Cacat (hasil pemeriksaan laboratorium, radiology, dan pemeriksaan lain yang dilakukan Tertanggung); dan
  - i. Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.
5. Apabila pengajuan klaim tidak dilengkapi dengan dokumen sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), (3), dan (4) Butir VII Sertifikat Polis ini, maka pengajuan klaim tersebut tidak akan diproses oleh Penanggung.
  6. Penanggung akan menginformasikan hasil dari proses klaim dalam kurun waktu 14 (empat belas) Hari Kerja atau 60 (enam puluh) Hari Kerja untuk klaim yang membutuhkan investigasi lebih lanjut setelah dokumen-dokumen yang dibutuhkan sebagaimana termaksud dalam ayat (2), (3), dan (4) Butir VII Sertifikat Polis ini diterima dengan lengkap dan benar oleh Penanggung.
  7. Pembayaran klaim atas Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud pada ayat ini akan dibayarkan dalam kurun waktu paling lambat 5 (lima) Hari Kerja terhitung sejak Penanggung memberikan keputusan bahwa Manfaat Asuransi tersebut dapat dibayarkan dengan memperhatikan ketentuan ayat (7) Butir VII Sertifikat Polis ini. Apabila Penanggung telah membayar Manfaat Asuransi kepada Penerima Manfaat maka Penanggung tidak berkewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi apapun atas nama pihak ketiga lainnya.
  8. Seluruh dokumen pengajuan klaim Manfaat Asuransi harus diajukan kepada Penanggung dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris. Jika dokumen diajukan dalam bahasa selain Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris maka dokumen tersebut wajib diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh penerjemah tersumpah (*sworn translator*) dan biaya penerjemah merupakan beban Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat.
  9. Penanggung tidak akan memberikan perlindungan atau membayar klaim atas Manfaat Asuransi berdasarkan Polis ini jika hal itu akan menyebabkan Penanggung melanggar sanksi, pelarangan, atau pembatasan di bawah resolusi Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) atau sanksi perdagangan dan ekonomi, hukum atau peraturan, termasuk tetapi tidak terbatas yang ditetapkan oleh Uni Eropa, Inggris Raya, dan Amerika Serikat.
  10. Apabila Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang disembunyikan, maka Pemegang Polis, Tertanggung, Penerima Manfaat, dan/atau pihak yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika Penanggung melakukan hal-hal berikut ini:
    - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
    - b. Membatalkan pertanggungan secara keseluruhan dengan pengembalian Premi yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan, dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
    - c. Mengakhiri pertanggungan secara keseluruhan tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan;
    - d. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis, termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi yang harus dibayar; dan/atau
    - e. Menagih kekurangan Premi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Penanggung juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Pemegang Polis, Tertanggung, Penerima Manfaat, dan/atau pihak yang berkepentingan atas Manfaat Asuransi wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi.

penelusuran lebih lanjut, maka Penanggung dapat memperpanjang jangka waktu penyelesaian paling lama 10 (sepuluh) Hari Kerja berikutnya, dengan memberitahukan secara tertulis kepada Pemegang Polis yang mengajukan pengaduan sebelum jangka waktu 10 (sepuluh) Hari Kerja pertama berakhir, sehingga total jangka waktu penyelesaian pengaduan adalah 20 (dua puluh) Hari Kerja.

4. Apabila terjadi sengketa, kontroversi atau perselisihan antara Penanggung, dengan Pemegang Polis atau pihak yang berkepentingan dengan Polis ini (untuk selanjutnya disebut "Perselisihan"), akan diselesaikan secara musyawarah dalam jangka waktu 20 (dua puluh) Hari Kerja sejak tanggal diajukannya Perselisihan.
5. Penanggung dapat memperpanjang jangka waktu penyelesaian Perselisihan sebagaimana dimaksud ayat 4 bagian ini sampai dengan 20 (dua puluh) Hari Kerja berikutnya, dengan pemberitahuan secara tertulis sebelumnya dari Penanggung kepada Pemegang Polis sebelum jangka waktu sebagaimana dimaksud ayat 4 bagian ini berakhir, dalam hal terdapat kondisi tertentu yakni sebagai berikut:
  - a. Kantor Penanggung yang menerima pengaduan atas Perselisihan tidak sama dengan kantor Penanggung tempat terjadinya Perselisihan yang diadukan dan terdapat kendala komunikasi diantara kedua kantor Penanggung tersebut;
  - b. Transaksi keuangan yang diadukan oleh Pemegang Polis atau pihak yang berkepentingan dengan Polis ini memerlukan penelitian khusus oleh Penanggung; dan/atau
  - c. Terdapat hal-hal lain di luar kendali Penanggung seperti adanya keterlibatan pihak ketiga di luar Penanggung dalam transaksi keuangan yang dilakukan oleh Pemegang Polis yang memerlukan penelitian khusus oleh Penanggung.
6. Dalam hal timbul sengketa antara Penanggung dan pihak yang berkepentingan atas Polis yang tidak dapat diselesaikan secara musyawarah, Penanggung dan pihak yang berkepentingan atas Polis dapat melakukan penyelesaian sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan.
7. Apabila Perselisihan tersebut tidak dapat diselesaikan dalam jangka waktu sebagaimana diatur dalam ayat 4, ayat 5, dan/atau ayat 6 bagian ini, maka Penanggung atau Pemegang Polis atau pihak yang berkepentingan dengan Polis ini sepakat untuk dapat memilih cara penyelesaian Perselisihan melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan yang disetujui oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) atau Pengadilan Negeri pada wilayah Republik Indonesia yang berwenang untuk menyelesaikan persengketaan tersebut menurut ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
8. Ketentuan yang tercantum dalam bagian ini akan tetap berlaku meskipun Polis ini diakhiri dan/atau berakhir.

#### Catatan Penting

- Asuransi Mandiri Protection Prime adalah produk asuransi dari PT AXA Mandiri Financial Services ("AXA Mandiri") selaku Penanggung. Produk ini BUKAN merupakan produk dan tanggung jawab PT Bank Mandiri (Persero) Tbk. ("Bank Mandiri") selaku Pemegang Polis atau afiliasinya, serta tidak termasuk dalam cakupan program penjaminan Lembaga Penjamin Simpanan (LPS).
- Seluruh risiko asuransi yang timbul dari produk asuransi ini menjadi tanggung jawab AXA Mandiri. Bank Mandiri tidak menanggung risiko atas produk asuransi.
- Penanggung memiliki kewenangan sepenuhnya atas proses pengambilan keputusan underwriting dan verifikasi keputusan klaim sesuai dengan syarat dan ketentuan Asuransi Mandiri Protection Prime. Dalam hal terjadinya penolakan atas pembayaran Manfaat Asuransi, maka Bank Mandiri tidak berkewajiban untuk menjelaskan alasan penolakan tersebut.
- Asuransi Mandiri Protection Prime ini ditawarkan melalui kerja sama pemasaran antara AXA Mandiri dengan Bank Mandiri, dan telah dilaporkan dan/atau memperoleh surat penegasan dan/atau persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan dan/atau otoritas terkait sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. AXA Mandiri dan Bank Mandiri terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

PT AXA Mandiri Financial Services  
Operational Office : AXA TOWER Lantai 9 JL. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City –  
Jakarta 12940, INDONESIA  
Telephone : 1500803

#### VIII. Penyelesaian Pengaduan dan Perselisihan

1. Pemegang Polis dapat mengajukan pengaduan secara lisan maupun tertulis kepada Penanggung dengan menghubungi Customer Care Centre AXA Mandiri, email dan/atau media lain yang disediakan oleh Penanggung.
2. Penanggung akan melakukan penyelesaian pengaduan yang diajukan secara lisan dengan ketentuan berikut:
  - a. Paling lama 5 (lima) Hari Kerja sejak keluhan diterima oleh Penanggung.
  - b. Dalam hal penyelesaian keluhan membutuhkan dokumen pendukung dan jangka waktu penyelesaian keluhan tidak dapat dipenuhi, maka Penanggung akan meminta kepada Pemegang Polis untuk menyampaikan keluhan secara tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat 3 di bawah dengan melampirkan dokumen pendukung yang diperlukan.
3. Penanggung akan melakukan penyelesaian pengaduan yang diajukan secara tertulis dengan ketentuan berikut:
  - a. Paling lama 10 (sepuluh) Hari Kerja sejak diterimanya dokumen lengkap dan benar yang berkaitan langsung dengan keluhan oleh Penanggung.
  - b. Dalam hal penyelesaian keluhan membutuhkan perpanjangan waktu untuk

