

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Versi UMUM		
Nama Penerbit	:	PT. Asuransi Sinar Mas
Nama Produk	:	Simas Sehat Executive Syariah
Jenis Produk	:	Asuransi Kesehatan
Deskripsi Produk	:	Asuransi Simas Sehat Executive adalah produk asuransi kesehatan yang melindungi dari resiko finansial yang mungkin timbul sebagai akibat dari kecelakaan, sakit maupun pembedahan yang mensyaratkan Rawat Inap di Rumah Sakit.
Fitur Utama Asuransi		
Usia Masuk Peserta	:	<i>Dewasa : 18 tahun– 59 tahun (maks. 75 tahun untuk renewal polis). Anak : 30 hari – 24 tahun (status masih pelajar dan belum menikah).</i>
Manfaat Asuransi	:	<i>Rp 900.000.000 sd Rp 1.900.000.000</i>
Kontribusi	:	<i>Mulai dari Rp 4.948.800 /tahun</i>
Diskon	:	<i>a. 5% untuk polis keluarga (terdiri dari 2 orang) b. 10% untuk polis keluarga (terdiri dari >2 orang)</i>
Periode Polis	:	<i>Tahunan</i>
Manfaat		
<p>Luas Manfaat :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengganti <u>BIAYA RUMAH SAKIT</u> sesuai dengan plan yang anda pilih, termasuk : <ol style="list-style-type: none"> Manfaat <u>BIAYA RAWAT JALAN DARURAT</u> sebagai akibat Kecelakaan. Manfaat <u>BIAYA OPERASI PLASTIK</u> sebagai akibat Kecelakaan Manfaat <u>BIAYA TRANSPLANTASI ORGAN TUBUH</u> (jantung, paru-paru, hati, ginjal dan sumsum tulang). <p>Keunggulan :</p> <ol style="list-style-type: none"> CASHLESS di RS Provider Asuransi Sinar Mas. TIDAK PERLU pemeriksaan kesehatan untuk peserta dengan usia dibawah 50 tahun. Pembayaran yang MUDAH melalui Auto debet kartu kredit Bank mana saja (Visa/Mastercard) seluruh Indonesia. KEPUASAN DIJAMIN. Peserta mempunyai waktu 15 hari untuk mempelajari Polis, Peserta tidak sepenuhnya puas, Polis dapat dikembalikan dalam selang waktu tersebut dan Peserta tidak perlu membayar apapun. Manfaat EVAKUASI MEDIS DARURAT di seluruh dunia. 		
Risiko		
<ol style="list-style-type: none"> Jika Kontribusi belum dibayar hingga 10 (sepuluh) hari sejak tanggal efektif polis, maka Pengelola dapat membatalkan polis secara sepihak. Jika pengajuan klaim melebihi 90 (sembilan puluh) hari sejak tanggal lepas rawat inap / tanggal kwitansi, maka klaim tidak dapat dibayarkan. 		
Komisi Perantara		Biaya
Komisi : 15%	Administrasi : Rp 0,- – Rp 56.000,- Pemeliharaan Polis : -	

Pengecualian

1. Jenis penyakit yang diderita pada :
 - a. 30 (tiga puluh) hari pertama dari Tanggal Efektif Kepesertaan Awal.
Semua jenis penyakit yang terjadi/timbul dalam 30 (tiga puluh) hari pertama dari saat Tanggal Efektif Polis (Kepesertaan Awal), kecuali yang disebabkan oleh Kecelakaan.
 - b. 12 (dua belas) bulan pertama dari Tanggal Efektif Kepesertaan Awal.
Penyakit yang secara medis dinyatakan bersifat kronis, meskipun belum pernah disadari sebelumnya, yaitu :
 - i. Pengerasan sumsum tulang, seperti Multiple Sclerosis dll.
 - ii. Penyakit Saluran Pernafasan, seperti Asthma, TBC dll.
 - iii. Pelebaran Pembuluh Darah/varises seperti Varises tungkai, Haemorrhoids dll.
 - iv. Pelebaran Pembuluh Darah Jantung (Cardio Vascular Disease) seperti Hypertensi, Hypotensi, Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Jantung (MCI), Serangan Jantung dll.
 - v. Cerebro Vascular Disorder, seperti stroke dll.
 - vi. Ayan/epilepsy.
 - vii. Segala jenis Kanker dan segala jenis Tumor.
 - viii. Gangguan Kelenjar Tyroid/Gondok seperti Hypotiroid, Hyperthyroid (Pembesaran Kelenjar Thyroid),
 - ix. Hepatitis B, Hepatitis Non A Non B, Hepatitis C.
 - x. Gangguan Saluran Pencernaan, termasuk kedalamnya Gangguan Lambung, Usus Besar, Usus Kecil, Appendix/Usus Buntu, Hati, Kandung Empedu (contoh : Radang Batu Empedu) Dyspepsia dan Gangguan Saluran Pencernaan lain.
 - xi. Diabetes Mellitus dan penyakit metabolisme lainnya.
 - xii. Penyakit Saluran Kemih seperti Saluran Kencing/Ureter, Ginjal (Batu Ginjal, Kolik), Uretra Vesica Urinaria termasuk batu pada Saluran Kemih tersebut diatas.
 - xiii. Gangguan Persendian (Rheumatik/ Gout) atau Gangguan Tulang (Osteoporosis) dan Penyakit Otot lain.
 - xiv. Katarak.
 - xv. Ketidaknormalan pada Nasal Septum atau Turbinates dan Sinus, seperti Septum Deviasi.
 - xvi. Tonsil yang sakit dan perlu dioperasi/ Operasi Amandel.
 - xvii. Segala jenis Hernia (contoh : HNP atau Hernia Nucleus Pulposus).
 - xviii. Fistula Ani.
 - xix. Penyakit Saluran Reproduksi pada wanita (Endometriosis, Kista, Mioma) dan pada laki-laki (Pembesaran Protat, Varicocele, Hydrocele) dll.
 - xx. Kelainan kulit yang tidak membutuhkan Antibiotik untuk pengobatannya.
 - xxi. Penyakit lain yang secara medis dinyatakan bersifat kronis.
2. 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 hokum atau setiap usaha pelanggaran hokum atau perlawanan atas penangkapan maupun penahanan secara hukum.
3. Cedera atau penyakit yang ditimbulkan secara langsung maupun tidak langsung akibat perang, segala tindakan peperangan baik yang dinyatakan maupun tidak, tindakan criminal atau teroris, mengemban tugas militer secara penuh waktu, keikutsertaan secara langsung dalam huru-hara, pemogokan dan pergolakan sipil atau pemberontakan.
4. Bencana alam, gempa bumi, tsunami dan letusan gunung berapi, angin topan, badai, banjir atau gejala geologi atau meteorology lainnya.
5. Semua pekerjaan atas gigi, perawatan gigi atau operasi gigi termasuk pencabutan gigi yang terjepit, atau segala pekerjaan/perawatan yang disebabkan dan/atau berhubungan dengan gigi, kecuali yang

dinyatakan perlu oleh Dokter karena Cedera akibat Kecelakaan.

6. Pemeriksaan mata atau refraksi mata untuk maksud penyesuaian kacamata.
7. Alat bantu pendengaran dan pemasangan maupun penyesuaian alat bantu pendengaran.
8. Kehamilan, termasuk melahirkan, operasi caesar, keguguran, aborsi, perawatan pre-natal (sebelum kelahiran) dan post-natal (setelah kelahiran) dan semua komplikasinya. Setiap perawatan yang berhubungan dengan pembedahan, metode-metode mekanis dan kimiawi untuk pengaturan kelahiran, perawatan yang berhubungan dengan kemandulan dan perawatan atas gangguan menstruasi.
9. Penyakit dengan diagnosa Kista Dermoid dan/atau Teratoma.
10. Istirahat untuk penyembuhan atau perawatan di Sanatorium termasuk pengobatan untuk tujuan penyembuhan/ pemulihan seperti lelah mental atau lelah fisik; penyakit kelamin, penyalahgunaan obat bius atau kecanduan minuman keras (alkohol), penyakit menular yang diharuskan oleh hukum untuk diisolasi atau dikarantinakan (contoh Severe Acute Respiratory Syndrome/SARS atau Sindrom Pernapasan Sangat Akut), dan wabah penyakit.
11. Setiap perawatan atau pembedahan terhadap Cacat/Kelainan Bawaan (Penyakit atau Ketidakmampuan Secara Fisik yang dibawa sejak lahir) seperti yang tercantum pada Pasal 1 :Definisi/Istilah, termasuk segala jenis hernia dan penyakit ayun (Epilepsi) kecuali yang disebabkan oleh trauma yang terjadi setelah Peserta sudah dicover oleh Polis secara berkesinambungan.
12. Operasi plastic selain akibat Kecelakaan. Bedah kecantikan oleh sebab apapun.
13. Perawatan khusus untuk pengurangan atau penambahan berat badan.
14. Biaya-biaya perawatan khusus atau pembelian alat-alat prosthetic kecuali penyewaan alat tersebut selama perawatan-inap di Rumah Sakit.
15. Biaya-biaya yang bisa diklaim melalui Asuransi Tenaga Kerja atau BPJS KESEHATAN. Hanya kelebihan biaya dari Asuransi Tenaga Kerja/BPJS KESEHATAN yang akan dibayarkan; atau yang dihitung dari Ikhtisar Polis, mana saja yang lebih rendah.
16. Biaya-biaya yang dikenakan untuk pelayanan yang bukan merupakan pengobatan seperti penggunaan telepon, televisi dan fasilitas sejenis.
17. Setiap perawatan untuk kelainan fungsi fisik atau mental termasuk fisiologis atau manifestasi penyakit jiwa (psychosomatic); atau kondisi yang diakibatkan oleh penyakit syaraf (neurosis).
18. Setiap pemeriksaan kesehatan atau pemeriksaan fisik secara rutin atau berkala, terapi fisik, test-test yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnose kondisi yang dicover atau pemeriksaan yang tidak Diperlukan Secara Medis dan setiap perawatan atau obat-obatan atau pemeriksaan yang sifatnya preventif dan juga perawatan yang dilakukan selain oleh Dokter yang diakui/Dokter yang memiliki izin praktek di dalam wilayah geografis dimana pelayanan jasa kedokteran tersebut diberikan.
19. Tidak ada santunan yang dapat dibayarkan bila Pemegang Polis atau Tanggungan Pemegang Polis dirawat-inap di Rumah Sakit dengan bebas biaya (gratis).
20. Kondisi-kondisi yang berhubungan dengan penyakit-penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual serta semua akibat-akibatnya.
21. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) dan ARC (AIDS Related Complex) termasuk adanya HIV atau akibat-akibatnya.
22. 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.
23. Penyakit atau Cedera yang ditimbulkan oleh semua jenis perlombaan (kecuali lomba lari), menyelam dengan alat bantu pernafasan, panjat tebing, berburu, polo, lomba ketangkasan berkuda, balap mobil/motor, olahraga musim dingin, olahraga profesional, penerbangan pribadi kecuali sebagai penumpang dalam penerbangan komersial yang berjadwal dan mempunyai izin untuk membawa penumpang pada rute-rute tertentu.
24. Pemeriksaan dan pengobatan yang tidak diakui secara luas di bidang kedokteran barat, seperti : akupuntur, shinese, dukun patah tulang, herbal dan lain-lain, serta segala akibat-akibat yang

ditimbulkannya.

25. Setiap biaya-biaya yang timbul sehubungan prosedur DSA (Digital Substraction Angiography) untuk peserta yang TIDAK MENDERITA STROKE walaupun bertujuan untuk penegakan diagnosa (pro diagnostik) dan direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter, termasuk untuk peserta yang TIDAK MENDERITA STROKE walaupun prosedur DSA dilanjutkan dengan tindakan terapeutik seperti embolisasi, stenting, trombolisis, trombektomi dan tindakan terapi terapeutik lainnya dan direkomendasikan secara tertulis oleh seorang Dokter.
26. Wabah penyakit, Epidemik dan Pandemi termasuk penyakit menular yang diharuskan oleh hukum untuk diisolasi atau dikarantinakan (seperti Severe Acute Respiratory Syndrome/SARS, Middle East Respiratory Syndrome /MERS CoV, Coronavirus disease (Covid-19) dan penyakit menular lainnya yang dapat menyebabkan kematian.

Persyaratan dan Tata Cara

Persyaratan dan Tata Cara Penutupan Asuransi :

1. Peserta dapat membeli produk ini melalui rekanan atau langsung mendatangi kantor cabang Asuransi Sinar Mas terdekat.
2. Persyaratan dokumen untuk Penutupan Polis :
 - a. Formulir SPPA dengan lengkap dan ditandatangani oleh Peserta
 - b. Fotocopy KTP Peserta
3. Dokumen pendukung lain yang dibutuhkan.

Anda dapat mengajukan pertanyaan atau keluhan melalui Prosedur Pengaduan sebagai berikut :

Menu Hubungi Kami - Pengaduan di www.sinarmas.co.id

Email : info@sinarmas.co.id

24 Hour Customer Care 021 235 67 888/ 5050 7888

WhatsApp 0881 1070 888 (message only)

Telp. 021 2918 9999 / 5050 9888 (hunting)

Faks. 021 3902159 – 60

Anda harus melengkapi Persyaratan Dokumen Pengajuan Klaim sebagai berikut :

1. Formulir klaim yang telah diisi dan ditandatangani oleh Peserta dan Dokter yang merawat serta Dokter Bedah (bila ada pembedahan).
2. Kwitansi-kwitansi asli dari Rumah Sakit beserta **perincian** dari biaya-biaya yang dikeluarkan atas perawatan tersebut (perincian penggunaan obat-obatan yang dikonsumsi dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan di Rumah Sakit).
3. Surat Kuasa kepada Pengelola untuk meminta informasi kepada pihak Rumah Sakit yang merawat.
4. Dokumen penunjang lainnya (asli), misalnya hasil pemeriksaan laboratorium dan Medical Record dari Rumah Sakit.

Prosedur Klaim yang perlu Anda ketahui

Tata Cara Pengajuan Klaim Rawat Inap di Rumah Sakit Provider

Dengan cara :

1. Sebelum Peserta masuk ke Rumah Sakit Provider, Peserta harus melaporkan kepada Pengelola untuk mendapatkan Surat Jaminan dari Pengelola.
2. Dalam keadaan darurat dimana tidak memungkinkan bagi Peserta untuk memberitahukan terlebih dahulu kepada Pengelola bahwa Peserta akan dirawat inap di Rumah Sakit Provider, maka Peserta dapat menunjukkan Kartu Peserta Asuransi kepada Rumah Sakit Provider agar mendapatkan perawatan segera. Sebelum Peserta lepas rawat inap di Rumah sakit, Peserta atau wakil dari Peserta sudah harus memberitahukan kepada Pengelola mengenai perawatan inap tersebut. Jika tidak, maka menjadi tanggung jawab Peserta untuk terlebih dahulu membayar seluruh tagihan dari Rumah Sakit untuk selanjutnya ditagih kembali kepada Pengelola.
3. Peserta harus menunjukkan Kartu Peserta Asuransi dan KTP yang masih berlaku. Untuk Tanggungan

Peserta dibawah umur dapat menggunakan KTP Peserta.

4. Peserta harus mengisi dan menandatangani Formulir Klaim Asuransi yang akan diberikan oleh Rumah Sakit Provider yang bersangkutan.
5. Jika karena sebab apapun Peserta dirawat inap pada Kamar yang Biaya Kamar dan Menginapnya lebih tinggi dari yang tercantum pada kartu Peserta Asuransi maka Peserta berkewajiban menanggung seluruh kelebihan biaya yang berada di atas batas maksimum Manfaat untuk Peserta tersebut.
6. Batasan Sistem Provider
 - a) Sistem Provider tidak berlaku untuk manfaat-manfaat dibawah ini :
 - i. Perawatan Harian/One Day Care
 - ii. Tindakan "One Day Surgery"
 - iii. Konsultasi dan Pemeriksaan Labarotorium sebelum Perawatan Menginap di RumahSakit
 - iv. Konsultasi dan pengobatan setelah Rawat Inap
 - v. Perawatan Darurat Gigi akibat Kecelakaan
 - vi. Rawat Jalan Darurat akibat Kecelakaan

Atas Manfaat tersebut diatas berlaku system Non Provider (sistem Reimbursement)
 - b) Sistem Provider tidak berlaku apabila Peserta menggunakan harga kamar lebih tinggi dari Plan yang diambil untuk alasan apapun.
 - c) Sistem Provider tidak berlaku apabila diagnose penyakit termasuk *grey-area* (diagnosa yang belum dapat langsung ditegakkan di awal perawatan dan berpotensi menimbulkan dispute di kemudian hari, contoh : kista).

PROSEDUR KLAIM EVAKUASI MEDIS DARURAT

Dalam hal Peserta membutuhkan layanan, maka peserta dapat menghubungi GAH Alarm Center di nomor telpon 62-21-29978999 dengan menginformasikan data-data sebagai berikut :

- Nama Peserta
- No Polis dan Nomor Register
- Lokasi Peserta
- Nomor telpon yang bisa dihubungi
- Dokter yang merawat (jika perawatan inap)

Tata Cara Klaim Perawatan Inap secara Reimbursement :

1. Laporan tertulis atas Cedera atau Penyakit atas mana klaim dapat didasarkan dan yang dicover oleh Polis ini, harus diserahkan kepada Pengelola sesegera mungkin tetapi tidak boleh lebih dari 20 (dua puluh) hari dari saat kejadian atau dari mulainya perawatan-inap atau operasi di Rumah Sakit.
2. Peserta harus membayar sendiri terlebih dahulu seluruh biaya perawatan inap di Rumah Sakit.
3. Peserta harus mengisi dan menandatangani Formulir Klaim dan Formulir Surat Kuasa yang dapat diminta kepada Pengelola sebelum lepas rawat dari Rumah Sakit.
4. Halaman Belakang dari Formulir Klaim tersebut harus pula diisi, dilengkapi dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat serta Dokter Bedah (bila ada pembedahan).
5. Peserta harus menyertakan seluruh Kwitansi asli dari Rumah Sakit beserta perincian dari biaya-biaya yang dikeluarkan atas perawatan tersebut (perincian penggunaan obat-obatan yang dikonsumsi dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan di Rumah Sakit).
6. Formulir Klaim dan Surat Kuasa yang sudah diisi, dilengkapi dan ditandatangani bersama dengan kwitansi-kwitansi asli termasuk dokumen lainnya, harus dikirimkan kepada Pengelola atas biaya Peserta sesegera mungkin dan selambat-lambatnya dalam waktu 90 (Sembilan puluh) hari setelah berakhirnya periode perawatan atas mana klaim diajukan (setelah lepas rawat inap dari Rumah Sakit).

Penyelesaian dan Pembayaran Klaim

Pelaksanaan pembayaran Klaim oleh Asuransi dilakukan sesuai ketentuan dalam Polis. Bila tidak tercantum

dalam Polis maka pembayaran Klaim dilakukan selambat-lambatnya dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah adanya kesepakatan mengenai nilai ganti rugi.

Simulasi

Simulasi perhitungan kontribusi

Bapak A (44 Tahun) membeli produk **Asuransi SSE Plan I Kecuali Jepang, USA & Canada** untuk dirinya, istrinya (Ibu B - 37 tahun), dan anaknya yang berusia 5 tahun dengan Kontribusi yang dibayarkan sebagai berikut:

Nama	Kontribusi / Tahun
Bapak A	Rp. 8.089.200
Ibu B	Rp. 7.144.800
Anak	Rp. 4.206.000
TOTAL	Rp. 19.440.000
Diskon	(Rp. 1.944.000)
GRAND TOTAL	Rp. 17.496.000

Simulasi pembayaran klaim 1

Bapak A memiliki Asuransi SSE Plan I. Bapak A dirawat inap di RS karena demam berdarah selama 7 hari dan menggunakan harga kamar di RS sesuai plan SSE yang dimiliki (Rp 1.000.000 / hari). Perhitungan biaya yang diajukan dan biaya yang dapat diganti oleh Asuransi adalah sebagai berikut :

No.	Manfaat	Diajukan (Rp.)	Dibayarkan (Rp.)
	Biaya Kamar	7.000.000	7.000.000
	Biaya Aneka Perawatan RS	25.000.000	25.000.000
	Biaya Konsultasi Dokter	2.800.000	2.800.000
	TOTAL	34.800.000	34.800.000

Simulasi pembayaran klaim 2

Bapak A memiliki Asuransi SSG Plan I. Bapak A dirawat inap di RS karena demam berdarah selama 7 hari dan menggunakan harga kamar di RS Rp 2.000.000 / hari (lebih tinggi dari plan SSE yang dimiliki). Dikarenakan Bapak A menggunakan harga kamar yang lebih tinggi dari Plan Asuransi nya, maka pembayaran klaim akan dihitung secara proporsional dengan rumus :

Biaya yang dibayar Asuransi = Harga Kamar yang digunakan/Harga Kamar sesuai plan x Biaya yang timbul
Perhitungan biaya yang diajukan dan biaya yang dapat diganti oleh Asuransi adalah sebagai berikut :

No.	Manfaat	Diajukan (Rp.)	Dibayarkan (Rp.)
	Biaya Kamar	14.000.000	7.000.000
	Biaya Aneka Perawatan RS	30.000.000	15.000.000
	Biaya Konsultasi Dokter	3.500.000	1.750.000
	TOTAL	47.500.000	23.750.000

Simulasi ini tidak mengikat dan bukan merupakan perjanjian asuransi dan bukan merupakan bagian dari polis. Hak dan kewajiban sebagai Peserta dan ketentuan mengenai produk asuransi ini tercantum di dalam polis. Penjelasan lebih lengkap tentang produk asuransi ini tercantum dalam polis.

Informasi Tambahan

DEFINISI PENTING

Asuransi Syariah adalah usaha saling tolong menolong (*ta'awuni*) dan melindungi (*takafuli*) di antara para Peserta melalui pembentukan kumpulan dana (Dana *Tabarru'*) yang dikelola sesuai prinsip syariah untuk menghadapi risiko tertentu.

Akad adalah perjanjian tertulis yang memuat kesepakatan tertentu, beserta hak dan kewajiban para hak dan

kewajiban para pihak sesuai prinsip syariah.

Pengelola adalah perusahaan asuransi yang menerima amanah dari Peserta.

Peserta adalah orang atau badan yang menjadi peserta program asuransi dengan prinsip syariah.

Akad Tabarru' adalah akad hibah dalam bentuk pemberian dana dari satu peserta kepada Dana Tabarru' untuk tujuan tolong menolong di antara para peserta, yang tidak bersifat dan bukan untuk tujuan komersial.

Akad Wakalah bil Ujrah adalah akad tijarah yang memberikan kuasa kepada Perusahaan sebagai wakil peserta untuk mengelola dana Tabarru' dan atau Dana Investasi Peserta, sesuai kuasa atau wewenang yang diberikan, dengan imbalan berupa *ujrah* (fee).

Akad Mudharabah adalah akad tijarah yang memberikan kuasa kepada Perusahaan sebagai mudharib untuk mengelola investasi dana tabarru' dana / atau Dana Investasi Peserta, sesuai kuasa atau wewenang yang diberikan, dengan imbalan berupa bagi hasil (*nisbah*) yang besarnya telah disepakati sebelumnya.

Kontribusi adalah sejumlah uang yang dibayarkan oleh Peserta kepada Pengelola untuk dikelola sebagai dana tabarru' dan *ujrah* sesuai akad.

Santunan / klaim adalah sejumlah dana yang diberikan kepada pihak yang mengalami musibah atau pihak lain yang berhak

Dana tabarru' adalah kumpulan dana yang berasal dari kontribusi Peserta, yang mekanisme penggunaannya sesuai dengan akad Tabarru' yang disepakati.

Ujrah adalah dana yang dihibahkan oleh Peserta kepada Pengelola sebagai imbalan atas Pengelolaan dana dan/ atau kegiatan lainnya yang dilakukan oleh Pengelola.

Surplus underwriting adalah selisih lebih total kontribusi pemegang polis atau Peserta ke dalam Dana Tabarru' ditambah total *recovery* klaim dari reasuradur dikurangi pembayaran santunan / klaim / manfaat, kontribusi reasuransi, dan kenaikan penyisihan teknis, dalam satu periode tertentu.

Qard adalah pinjaman dana dari Perusahaan kepada Dana Tabarru' untuk menanggulangi ketidakcukupan kekayaan Dana Tabarru', untuk membayar santunan / klaim kepada Peserta.

Penyisihan Dana Tabarru' adalah sejumlah dana yang diperoleh dari surplus underwriting Dana Tabarru' yang tidak dibagikan kepada Peserta dan atau Perusahaan.

INFORMASI TAMBAHAN LAINNYA

1. Perusahaan Asuransi wajib untuk menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 hari sebelum efektif berlakunya perubahan.
2. Anda akan menerima penawaran produk lain dari pihak ketiga apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi.
3. Informasi lain mengenai biaya, manfaat, dan risiko dapat diakses melalui website resmi PT. Asuransi Sinar Mas di www.sinarmas.co.id atau aplikasi mobile Asuransi Sinar Mas Online.
4. Produk asuransi ini dilekatkan klausula syariah sebagai berikut:
 - a. Sesama peserta sepakat untuk tolong-menolong dan saling menanggung berdasarkan Akad Tabarru', yaitu dengan cara membayar iuran *tabarru'* yang digunakan untuk membayar manfaat asuransi syariah kepada peserta yang mengalami musibah dan hal-hal lain yang disepakati di dalam polis. Iuran *tabarru'* dibayarkan dari Kontribusi yang dibayarkan oleh Peserta setelah diterima oleh Perusahaan, yaitu sebesar 60% dari Kontribusi.
 - b. Para peserta sepakat untuk melakukan Akad Wakalah Bil Ujrah dengan Perusahaan, yaitu dengan memberikan kuasa kepada Perusahaan untuk melakukan kegiatan pengelolaan risiko, termasuk kegiatan *underwriting* dan pembayaran manfaat asuransi. Berdasarkan akad tersebut, Perusahaan berhak memperoleh *Ujrah (Fee)* sebesar 40% dari Kontribusi. *Ujrah* dimaksud dibebankan dari Kontribusi yang dibayarkan Peserta dan dikenakan setelah Kontribusi dibayar lunas.
 - c. Para peserta sepakat untuk melakukan Akad Mudharabah dengan Perusahaan, yaitu dengan memberikan kuasa kepada Perusahaan untuk mengelola investasi Dana Tabarru'. Berdasarkan akad

- tersebut, hasil investasi Dana *Tabarru'* yang diperoleh selama satu tahun akan dibagikan kepada Perusahaan sebagai Pengelola Dana (*Mudharib*) sebesar 70% dan kepada Dana *Tabarru'* sebesar 30%.
- d. Jika terdapat Surplus *Underwriting* Dana *Tabarru'* di akhir periode asuransi, maka surplus *underwriting* dimaksud akan disimpan di dalam Dana *Tabarru'* sebesar 20%, dibagikan kepada Perusahaan sebesar 56% dan dibagikan kepada seluruh Peserta sebesar 24%. Surplus *underwriting* dimaksud akan dibagikan dengan persyaratan :
- 1) Tidak ada kewajiban Qardh atas Dana *Tabarru'*.
 - 2) Pembagian surplus *underwriting* tidak mengakibatkan tingkat solvabilitas Dana *Tabarru'* melanggar ketentuan perundang-undangan.
 - 3) Perusahaan memenuhi tingkat kecukupan investasi.
 - 4) Pendistribusian surplus *underwriting* tidak mengakibatkan tidak terpenuhinya kondisi sebagaimana dimaksud pada poin 2 dan 3.
- e. Peserta yang mendapatkan pembagian surplus *underwriting* sebagaimana dimaksud pada huruf D adalah Peserta yang memenuhi kriteria sebagai berikut :
- 1) Peserta telah membayar kontribusi.
 - 2) Peserta tidak sedang dalam proses penyelesaian klaim.
 - 3) Peserta tidak pernah menerima pembayaran klaim yang melebihi jumlah kontribusi yang dialokasikan ke Dana *Tabarru'*.
 - 4) Peserta tidak menghentikan polis (*inforce*) pada periode perhitungan Surplus *Underwriting*.
- f. Dalam hal pembagian Surplus *Underwriting* kepada Peserta dan didapatkan nilai yang kurang dari atau sama dengan Rp. 50.000,- , maka Peserta mewakili kepada Pengelola untuk secara langsung menyalurkan kepada Lembaga Amil Zakat yang ditunjuk.
- g. Apabila Akumulasi Dana *Tabarru'* tidak mencukupi untuk membayar manfaat asuransi, Perusahaan akan memberikan pinjaman sukarela atas dasar *Al-Qardlu al-Hasan*/Pinjaman Kebajikan. Dana yang telah dikeluarkan Pengelola tersebut akan dikembalikan/diperhitungkan kembali dari surplus *underwriting* pada periode berikutnya.

Untuk memperoleh informasi lebih lanjut mengenai syarat & ketentuan, silakan bertanya pada kami melalui tautan www.sinarmas.co.id/hubungi-kami/layanan-pelanggan

Disclaimer (penting untuk dibaca):

1. Anda telah membaca, menerima penjelasan, dan memahami produk asuransi ini sesuai Ringkasan Informasi Produk dan Layanan.
2. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini bukan merupakan bagian dari aplikasi pengajuan asuransi dan polis.
3. Anda wajib untuk membaca, memahami, dan menandatangani aplikasi pengajuan asuransi dan polis.
4. Informasi yang tercakup dalam Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini berlaku sejak tanggal cetak dokumen sampai dengan 14 hari kedepan.
5. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini sebelum menyetujui pembelian produk dan berhak bertanya kepada pegawai Perusahaan Asuransi atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.