

magna sehat
(individual)

Fair & Friendly Insurer

www.mag.co.id



PT Asuransi Multi Artha Guna Tbk.
 The City Center Batavia Tower One, 17th Floor
 Jl. K.H. Mas Mansyur Kav. 126,
 Jakarta 10220 - Indonesia
 T +62 21 270 0590 F +62 21 725 0223



PT Asuransi Multi Artha Guna Tbk. terdaftar dan diawasi oleh OJK

DISCLAIMER

a. Produk asuransi ini adalah produk asuransi milik Asuransi MAG a Fairfax Company serta bukan merupakan produk dan tanggung jawab PT. Bank Panin Tbk (Bank Panin). Bank Panin hanya bertindak sebagai pihak yang mereferensikan produk Asuransi MAG a Fairfax Company kepada nasabah Bank Panin. Produk ini tidak dijamin oleh Bank Panin dan tidak termasuk dalam cakupan program penjaminan sebagaimana dimaksud dalam Ketentuan peraturan perundangundangan mengenai Lembaga Pinjaman Simpanan.
 b. Bank Panin tidak bertanggung jawab atas segala informasi serta materi yang dimuat dalam brosur dari produk asuransi ini, berikut setiap perubahan atau dokumen lain yang secara resmi disetujui atau dikeluarkan oleh PT Asuransi MAG a Fairfax Company.
 c. PT Asuransi MAG a Fairfax Company dan produk ini terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

Brosur ini hanya memuat informasi umum mengenai asuransi properti dan bukan merupakan kontrak/perjanjian asuransi. Rincian mengenai kondisi pertanggungandan pengecualiannya dituangkan di dalam polis. Bertanggung jawab membaca dan memahami polis tersebut dengan baik.

www.mag.co.id



Laporan Kesehatan **magna sehat (individual)**

LAPORAN KESEHATAN PRIBADI	Pemohon		Pasangan		Anak	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Apakah anda memiliki Asuransi Jiwa, Kecelakaan, Kesehatan, & Rumah Sakit atau Asuransi Khusus Lainnya. Jika "Ya", apakah jenis asuransinya dan berapakah nilai pertanggungannya? (harap ditulis pada kertas lampiran)						
2. Pernahkah Asuransi Jiwa, Kecelakaan atau Kesehatan Anda ditolak, dibatalkan, dianjurkan untuk memilih yang lain atau ditolak perpanjangannya?						
3. Apakah Anda menghisap rokok selama 2 tahun terakhir? Jika "Ya", berapa batang per hari?						
4. Pernahkah Anda mengajukan klaim pada perusahaan asuransi lain karena Kecelakaan atau Penyakit? Jika pernah mohon jelaskan.						
5. Apakah Anda atau anggota keluarga Anda: a. Pernah mengalami pembedahan? b. Pernah dianjurkan untuk suatu pembedahan, tetapi belum sempat dilakukan?						
6. Sejauh yang Anda ketahui, apakah Anda atau salah satu anggota keluarga Anda pernah menderita penyakit syaraf seperti epilepsi kelumpuhan; sakit dada atau jantung; kencing manis atau gangguan ginjal; kanker atau tumor; reaksi alergi seperti asma/sesak nafas dsb; gangguan saluran pernapasan dan saluran pencernaan?						
7. Dalam 5 tahun terakhir, apakah Anda atau salah satu anggota keluarga Anda pernah memeriksakan diri dengan suatu alasan yang tidak tercantum dalam formulir ini?						
8. Pernahkan Anda mengalami komplikasi dalam persalinan atau gangguan payudara atau organewanitaan?						

Dengan ini saya/kami menyatakan bahwa :

- Telah mengisi seluruh informasi dan/atau pernyataan dalam formulir diatas ini dengan benar dan lengkap. Dengan demikian, saya/kami memahami bahwa keterangan tersebut merupakan dasar dan tidak terpisahkan dari Polis **magna sehat (individual)** dan kami bertanggungjawab atas segala isinya dan apabila terdapat keterangan yang tidak benar, maka saya/kami akan tunduk pada ketentuan polis.
- Menyetujui dan mentaati semua peraturan, syarat dan ketentuan yang tertulis dalam Polis **magna sehat (individual)** dokumen-dokumen yang berhubungan lainnya.

Tanda Tangan dan Nama Jelas _____

Persetujuan pengajuan permintaan penutupan asuransi menjadi wewenang sepenuhnya pihak Asuransi MAG

Formulir Permohonan **magna sehat (individual)**

Ya, Saya ingin mendapatkan perlindungan dari **magna sehat (individual)**, data saya sebagai berikut :

Nama Lengkap Pemohon : _____

Tempat, Tanggal Lahir : _____ Jenis Kelamin: P L

No. KTP/SIM/Paspor : _____

No. NPWP : _____

Alamat : _____

Kode Pos : _____ Telepon / HP : _____

Pekerjaan : _____ Jabatan: _____

Nama Perusahaan : _____

Alamat : _____

Kode Pos : _____ Telepon / HP : _____

Email : _____

Informasi Rekening Bank : a. Nama Pemilik Rekening: _____

b. No. Rekening: _____

c. Bank : _____ Cabang : _____

Status : Peserta Dewasa

Peserta + Pasangan / Anak (maks. 3)

Peserta + Keluarga

Nama Tanggungan a. Pasangan : _____ Tempat,Tgl.Lahir : _____

b. Anak 1 : _____ Tempat,Tgl.Lahir : _____

c. Anak 2 : _____ Tempat,Tgl.Lahir : _____

d. Anak 3 : _____ Tempat,Tgl.Lahir : _____

Nama Ahli Waris : _____ Hubungan : _____

Nama Kontak Darurat : _____ Hubungan : _____

Alamat : _____

Kode Pos : _____ Telepon / HP : _____

Saya Memilih Plan: A B C D E

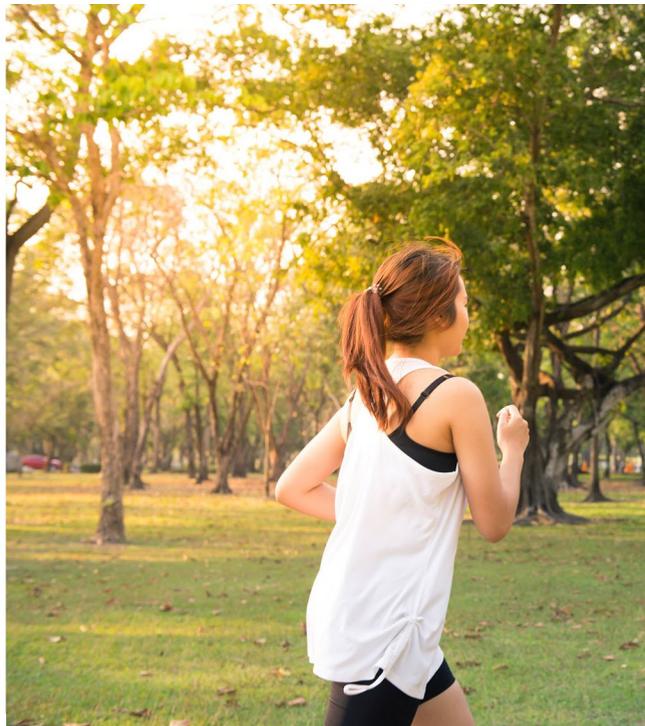
*Mohon dilampirkan copy KTP, NPWP dan Kartu Keluarga (untuk pendaftaran keluarga)

Apakah Anda mempunyai masalah keuangan, dengan biaya pengobatan yang semakin tinggi?

Apakah perlindungan kesehatan Anda sudah cukup?

magna sehat (individual) memastikan keuangan Anda tidak terganggu akibat penggantian biaya perawatan dan pengobatan Rumah Sakit.

magna sehat (individual) dapat menyesuaikan anggaran biaya pengobatan sesuai dengan kemampuan anda.



TABEL MANFAAT

RAWAT INAP, MAKSIMUM PER PERAWATAN	A	B	C	D	E
A. Faedah Kamar & Akomodasi maks. 365 hari					
- Kamar Biasa	250.000	500.000	750.000	1.000.000	1.500.000
- ICU / ICCU, maks. 30 hari	500.000	750.000	1.000.000	1.500.000	2.500.000
B. Jasa-jasa Rumah Sakit Lab, X-ray, Obat, termasuk Dokter Anestesi dan Kamar Operasi	10.000.000	17.500.000	22.500.000	30.000.000	40.000.000
C. Biaya Pembedahan (sesuai tabel)					
- Bedah Kompleks	25.000.000	40.000.000	60.000.000	75.000.000	100.000.000
- Bedah Besar	17.500.000	28.000.000	42.000.000	52.500.000	70.000.000
- Bedah Sedang	10.000.000	16.000.000	24.000.000	30.000.000	40.000.000
- Bedah Kecil	4.375.000	7.000.000	10.500.000	13.125.000	17.500.000
D. Kunjungan Dokter di RS maks. 365 hari, per hari	125.000	250.000	375.000	500.000	750.000
E. Pemakaian Ambulans	150.000	250.000	300.000	400.000	500.000
F. Keguguran dengan indikasi medis, per tahun	1.250.000	2.500.000	3.750.000	5.000.000	7.500.000
G. Konsultasi Dokter, termasuk Obat-obatan dan Pemeriksaan Penunjang maks. 30 hari sebelum perawatan inap	500.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	3.000.000
H. Konsultasi Dokter, termasuk Obat-obatan dan Pemeriksaan Penunjang maks. 30 hari setelah perawatan inap	500.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	3.000.000
I. Berobat Jalan karena kecelakaan (1x24 jam, maks sampai dengan 14 hari) termasuk Pengobatan Gigi karena kecelakaan	1.500.000	2.000.000	3.000.000	4.000.000	6.000.000
FAEDAH TAMBAHAN BAGI PEMEGANG POLIS					
J Biaya Pemakaman	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000
K Santunan Kecelakaan Diri (Kematian dan Cacat Tetap)	25.000.000	50.000.000	50.000.000	75.000.000	75.000.000
L Santunan Harian , Per Hari (max.5 hari, untuk 2x perawatan per tahun dengan diagnosa berbeda)	500.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	3.000.000
BATAS KESELURUHAN PER TAHUN			TIDAK TERBATAS		

-Premi yang dibayarkan oleh Penanggung sudah termasuk biaya asuransi dan komisi bank



TABEL PREMI PER TAHUN

RAWAT INAP, MAKSIMUM PER PERAWATAN	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E
s/d 40 tahun					
Peserta Dewasa	1.824.174	3.104.393	4.285.710	5.842.485	8.276.000
Peserta + Pasangan / Anak (maks. 3 anak)	4.560.435	7.760.981	10.714.275	14.606.213	20.690.000
Peserta + Keluarga (maks. 3 anak)	6.840.653	11.641.472	16.071.413	21.909.319	31.035.000
41 tahun - 50 tahun					
Peserta Dewasa	2.097.800	3.570.051	4.928.567	6.718.858	9.517.400
Peserta + Pasangan / Anak (maks. 3 anak)	5.244.500	8.925.128	12.321.416	16.797.144	23.793.500
Peserta + Keluarga (maks. 3 anak)	7.866.750	13.387.693	18.482.124	25.195.717	35.690.250
51 tahun - 70 tahun					
Peserta Dewasa	2.280.218	3.880.491	5.357.138	7.303.106	10.345.000
Peserta + Pasangan / Anak (maks. 3 anak)	5.700.544	9.701.227	13.392.844	18.257.766	25.862.500
Peserta + Keluarga (maks. 3 anak)	8.550.816	14.551.840	20.089.266	27.386.648	38.793.750

** hanya untuk perpanjangan*

Kondisi Polis yang berlaku:

- Masa tunggu polis adalah 30 hari dari efektif polis dan 90 hari untuk Keguguran
- Pre Existing Condition (kondisi/keadaan sebelum masa polis) dijamin setelah 12 bulan
- Pemulihan Faedah/Reinstatement adalah 30 hari
- Premi yang dibayar adalah untuk satu tahun (per sekali bayar)
- Proses klaim adalah 7 hari kerja (dengan kondisi dokumen lengkap)
- Syarat: Mengisi Form Aplikasi & Laporan Kesehatan Pribadi
Melampirkan fotocopy KTP, NPWP & KK (untuk Keluarga)
- Usia masuk pertama kali untuk Peserta Dewasa adalah 21 tahun sampai dengan 55 tahun, untuk kasus perpanjangan dapat dipertanggungjawabkan hingga usia 70 tahun
- Usia 50-55 tahun paling tinggi mengambil plan C, kecuali kasus perpanjangan
- Usia anak yang dapat dipertanggungjawabkan adalah 15 hari sampai dengan 25 tahun, selama belum bekerja atau berkeluarga
- Faedah Keguguran berlaku untuk wanita menikah (pemegang polis/tanggung), berusia di bawah 45 tahun dan belum memiliki 3 orang anak
- Menjamin Keguguran dengan indikasi medis dan Mola Hydatidosa (Hamil Anggur)
- Berlaku sistem Cashless untuk Rawat Inap
- Tabel Premi belum termasuk dalam biaya Administrasi & Materai sebesar Rp. 36.000,-
- Tidak diperlukan medical check up
- Periode Polis untuk 1 tahun

Pengecualian

Kondisi / penyakit yang sudah ada sebelum penjaminan Baik karena penyakit atau kecelakaan, baik

disadari atau tidak, antara lain :

- Segala jenis hernia
- Segala jenis tumor / kanker
- Haemorrhoid / wasir
- Hypertensi / penyakit tekanan darah tinggi
- Segala jenis penyakit jantung, TBC dan asthma
- Batu kantung empedu dan ginjal
- Diabetes Melitus / kencing manis
- Endometriosis
- Amandel / Operasi Amandel
- Epilepsi
- Catarac / Glaukoma
- Kehamilan