BUMIDA Bumiputera

Dikeluarkan Oleh : SURABAYA DARMO
Alamat : Jl. Raya Darmo No. 163,, Surabaya 60241
Telp :031-5623715, 5660770, 5676824, 5632577; Fax : 031-5670639

IKHTISAR PERTANGGUNGAN
Polis Asuransi Tanggung Gugat Profesi Dokter - B

Nomor Polis : 1009091421010017 (PERPANJANGAN)

Nama Pemegang Polis : RS. MATA UNDAAN SURABAYA QQ dr. LIDYA NURADIANTI, Sp.M
Alamat Pemegang Polis : JL. UNDAAN KULON NO. 17 - 19 SURABAYA

POKOK 1
Nama Tertanggung : RS. MATA UNDAAN SURABAYA QQ dr. LIDYA NURADIANTI, Sp.M
Alamat Tertanggung : JL. UNDAAN KULON NO. 17 - 19 SURABAYA

POKOK 2
Profesi Tertanggung : DOKTER SPESIALIS MATA
Lokasi Praktek : RS. MATA UNDAAN SURABAYA
Bentuk Pertanggungan : Tanggung Gugat Profesi Dokter
Klausula / Syarat Tambahan :
- Professional Indemnity
- KLAUSULA JAMINAN TAMBAHAN LIABILITY DOKTER

POKOK 3
Batas Asuransi : A. IDR 500,000,000.00 untuk masing-masing dan tiap klaim
B. IDR 500,000,000.00 batas agregat untuk periode asuransi

POKOK 4
Jumlah Yang Menjadi Tanggung Jawab Tertanggung Setiap Kejadian : - Professional Indemnity : IDR 500,000.00

POKOK 5
Periode Polis : 1 Februari 2021 s/d 1 Februari 2022

POKOK 6
Tanggal Berlaku : 1 Februari 2021

POKOK 7
Daerah Lingkup Pertanggungan : Republik Indonesia

POKOK 8
Perhitungan Premi :

- Standar	IDR 5,500,000.00		IDR	5,500,000.00
		TOTAL PREMIUM	IDR	5,500,000.00
	Biaya Polis		IDR	20,000.00
	Biaya Materai		IDR	20,000.00
		TOTAL	**IDR**	**5,540,000.00**

Terbilang : LIMA JUTA LIMA RATUS EMPAT PULUH RIBU RUPIAH
NOTE : SIP WAJIB BERLAKU SELAMA PERIODE POLIS
RENEWAL; SUBJECT TO NO CLAIM AS AT ISSUED DATE POLICY

Surabaya, 25 Januari 2021
PT. ASURANSI UMUM BUMIPUTERA MUDA 1967

METERAI TEMPEL
51896AHF930591774
6000 ENAM RIBU RUPIAH

METERAI TEMPEL
FED17AHF930591873
6000 ENAM RIBU RUPIAH

IBNU HAJAR, ST
KEPALA CABANG

Halaman 1 dari 1

PSNSI0906I .rpt

PT. Asuransi Umum Bumiputera Muda 1967
Jl. Wolter Monginsidi No. 63 Kebayoran Baru, Jakarta 12180
Telp: (021) 7222685 (hunting), 7250 685, Fax : (021) 7222 708, 7222 723
Email: headoffice@bumida.co.id, Website : http://www.bumida.co.id

2055185

v.1.0 J & S Form 021 -29333101

BUMIDA Bumiputera

POLIS ASURANSI
TANGGUNG JAWAB HUKUM PROFESI DOKTER

POLIS INI MEMBERIKAN JAMINAN SESUAI DENGAN JENIS PERTANGGUNGAN. Beberapa ketentuan dalam polis ini membatasi lingkup pertanggungan. Bacalah keseluruhan polis ini secara teliti untuk mengetahui hak-hak, kewajiban yang termasuk dalam pertanggungan ini.

Pada polis ini, kata "Penanggung" dimaksudkan untuk nama penjamin asuransi yang tertera dalam ikhtisar pertanggungan. Kata "Tertanggung" berarti setiap orang yang memenuhi syarat sebagai pihak tertanggung sebagaimana disebutkan dalam Bagian 2 polis ini.

1. LINGKUP PERTANGGUNGAN

1.1. Perjanjian Asuransi

Sesuai dengan syarat-syarat yang tercantum dalam polis ini dan yang telah disahkan, Penanggung akan mengganti kerugian kepada pihak Tertanggung sejumlah ganti rugi, sebagai akibat dari praktek kedokteran yang dilakukan tertanggung terhadap pasien selama menjalankan profesinya yang diasuransikan sebagaimana dijelaskan dalam Pokok 2, secara hukum bertanggung jawab membayar ganti rugi dari kerugian yang timbul dari ***cedera badan*** pada pasien yang disebabkan oleh tindakan medis dari tertanggung yang terjadi di daerah ***lingkup jaminan*** seperti yang disebutkan pada Pokok 2 selama ***masa berlakunya polis*** dan tertanggung masih menjadi peserta Asuransi tanpa terputus. (tindakan dan tuntutan dalam masa berlakunya polis)

Asuransi ini juga berlaku bagi ***tenaga kesehatan*** berwenang non dokter / dokter gigi yang bersama-sama membantu secara langsung tindakan medis pihak Tertanggung tersebut diatas, tetapi hanya dalam lingkup pekerjaan medis yang diberikan oleh pihak Tertanggung yang dilakukan di bawah petunjuk, kontrol dan pengawasan pihak Tertanggung tersebut dalam Ikhtisar Pertanggungan.

Asuransi ini hanya berlaku jika kejadian atas kerugian tersebut timbul dan tuntutan klaim dari pasien atau kuasa pasien dibuat secara lisan atau tertulis kepada pihak Tertanggung ***(kewajiban tertanggung melaporkan kesalahan tindakan)***

Penanggung memiliki hak untuk tidak memberikan ganti rugi atas tuntutan klaim dalam hal terdapat penyimpangan dari ketentuan kewajiban tertanggung dalam hal menghadapi kejadian atau klaim pada Bagian 4.4 (Kewajiban tertanggung dalam hal menghadapi Tuntutan atau Klaim) polis ini, dimana jumlah ganti rugi dan biaya klaim yang harus dibayar Penanggung memiliki batasan sesuai batasan asuransi pada Bagian 3 (Batasan asuransi) polis ini.

Asuransi ini hanya berlaku untuk ganti rugi terhadap kerugian yang ditetapkan bertempat di negara alamat pihak Tertanggung sebagaimana disebutkan dalam Pokok 1 ikhtisar Asuransi, dengan syarat bahwa asuransi ini tidak berlaku untuk gugatan yang terjadi di negara-negara lain.
Penanggung tidak memiliki kewajiban atau tanggung-jawab lainnya untuk melakukan pembayaran atau melakukan suatu tindakan atau pelayanan yang termasuk dalam jaminan kecuali secara tegas tercantum dalam Bagian 1.2 (Pembayaran klaim asuransi) atau Bagian 5 (Perpanjangan Periode Pelaporan) dari polis ini.

1.2. Pembayaran Klaim Asuransi

Pembayaran ganti rugi seperti dimaksud dalam Bagian 1.1 (Perjanjian Asuransi) meliputi biaya tuntutan ganti rugi dan biaya hukum penyelesaian klaim, maksimal sebesar nilai pertanggungan yang tercantum dalam ikhtisar polis.

1.3. Pengecualian

Asuransi ini tidak berlaku untuk :

a. Segala tuntutan klaim yang timbul dari peristiwa yang terjadi sebelum tanggal periode polis ini, kecuali peristiwa tersebut terjadi pada masa berlaku polis sebelumnya.

b. Kerugian yang diharapkan atau diinginkan atau direncanakan oleh Tertanggung.

c. Kerugian akibat perang, invasi, tindakan musuh asing, bentrokan, perang saudara, huru-hara, pemberontakan, terorisme, revolusi, kekuatan militer atau perebutan kekuasaan, kerusuhan, pemogokan, larangan bekerja, pemberontakan militer, pengerahan sipil, perampasan materi, perampokan dan penjarahan, penyitaan atau penghancuran oleh otoritas pemerintah atau umum, atau tindakan atau keadaan seperti salah satu di atas, apakah keadaan dinyatakan perang atau tidak.

d. Denda, hukuman (baik perkara pidana maupun berdasarkan perjanjian), ganti rugi hukuman dan exemplary damages (kerugian tambahan, sebagai hukuman, diberikan kepada penggugat di luar atau di atas kompensasi kerugian yang seharusnya).

e. Kerugian yang disebabkan oleh ketidakjujuran, kecurangan, tindakan kriminal atau dendam, atau segala tindakan / kelalaian yang ***melanggar hukum*** atau peraturan setempat, atau kelalaian lain yang bukan termasuk kategori kelalaian medis, segala jasa yang diberikan ketika berada di bawah pengaruh minuman keras, narkoba, atau segala jasa yang diberikan berdasarkan perjanjian atas hasil (resultaat verbintennis) ***(perlu mengatur assessment tertanggung dan institusi tertanggung bekerja)***.

f. tindakan medis yang diberikan bukan untuk alasan diagnosis, terapi, rehabilitasi medis, prevensi dan proteksi medis (misalnya tindakan untuk tujuan ***kosmetik / estetik***

g. ***manipulasi / rekayasa genetic.***

h. Kegiatan yang berkaitan dengan pengolahan, penyimpanan dan transportasi darah dan atau produk darah dalam bank darah.

i. Kegiatan dokter non anastesi dengan pembiusan non lokal atau segala prosedur yang dilakukan untuk pembiusan non lokal kecuali pembiusan tersebut dilakukan oleh ahli anestesi yang sah dan berwenang di rumah sakit yang terakreditasi dan memiliki ijin sesuai dengan peraturan hukum dan standar profesi yang berlaku.

j. Kerugian yang timbul dari jasa profesional yang diberikan oleh pihak Tertanggung kepada pasangan pihak Tertanggung dan atau kepada anggota ***keluarga langsung*** dari pihak Tertanggung dan atau orang yang bekerja kepada tertanggung atau yang berada dibawah pengawasan tertanggung.

k. Segala pertanggungjawaban yang semata-mata timbul dari status pihak Tertanggung, atau aktivitasnya dalam kapasitasnya sebagai petugas, direktur, rekanan, pemegang dari posisi manajemen yang berdasarkan pemilihan atau penunjukan, atau pemegang saham dari suatu perkongsian atau joint-venture atau organisasi lainnya (termasuk perserikatan pekerja, organisasi amal atau bisnis, atau sebagai petugas public yang dipilih atau sebagai karyawan suatu subdivisi atau agen pemerintahan).

l. Klaim yang berdasarkan, timbul dari atau diakibatkan dari jaminan atau garansi atas hasil dari tindakan medis.

m. Klaim yang timbul dari kerugian atau kerusakan barang-barang milik pasien yang berada dalam perawatan, penjagaan atau kendali pihak Tertanggung, atau kerusakan atau salah meletakan atau kehilangan dokumen (dalam bentuk apapun), apakah itu tertulis, cetakan atau reproduksi dengan cara apapun atau informasi yang disimpan secara elektronik atau dengan komputer, atau materi yang dipercayakan kepada atau dalam perawatan, penjagaan atau kontrol pihak Tertanggung.

n. Klaim oleh salah satu pihak Tertanggung terhadap pihak Tertanggung lainnya kecuali antara kedua pihak tertanggung tersebut dalam hubungan Dokter dan Pasien.

o. Klaim yang secara langsung atau tidak langsung tanpa sepengetahuan tertanggung timbul dari kerugian akibat penggunaan alat atau obat yang tidak berfungsi dengan baik atau tidak layak digunakan atau akibat cacat produk.

Ketentuan-ketentuan dalam Sub Bagian 1.3 (Pengecualian) tidak dapat ditafsirkan untuk memperluas lingkup pertanggungan dalam Sub Bagian 1.1(Perjanjian Asuransi) untuk segala pertanggungan yang tidak tercakup dengan tidak adanya Sub Bagian 1.3 (Pengecualian) ini.

2. TERTANGGUNG

Yang dimaksud Tertanggung adalah perorangan dokter / Dokter Spesialis / dokter gigi / Dokter Gigi Spesialis.

3. BATASAN ASURANSI

Penanggung hanya bertanggungjawab berdasarkan polis ini untuk membayarkan ganti rugi atau biaya klaim setelah dikurangi jumlah resiko sendiri yang menjadi tanggung jawab Tertanggung (Insured's Retained Amount) pada setiap kejadian sebagaimana dinyatakan dalam Pokok 4

Batasan asuransi sebagaimana disebutkan dalam Pokok 3 (Batasan Asuransi) Ikhtisar Pertanggungan dan aturan-aturan di bawah ini menentukan jumlah tertinggi yang akan dibayarkan penanggung.

Setiap Batas Kejadian yang dinyatakan dalam Pokok 3A (Batas untuk masing-masing dan tiap klaim) dari Ikhtisar Pertanggungan adalah jumlah tertinggi yang dibayarkan Penanggung pada setiap kejadian berupa total jumlah :

- Semua ganti rugi untuk kerugian yang timbul dari tuntutan pada suatu kejadian; dan
- Biaya penyelesaian klaim sehubungan dengannya.

Batas aggregat yang dinyatakan dalam Pokok 3B (Batas aggregat untuk periode asuransi) pada Ikhtisar pertanggungan adalah jumlah tertinggi yang dibayarkan Penanggung pada satu periode asuransi berupa total jumlah keseluruhan kerugian yang timbul dari tuntutan pada setiap kejadian, dan semua biaya penyelesaian klaim sehubungan dengannya, sejak klaim yang pertama kali diajukan selama periode polis. Apabila ganti rugi dari pihak penanggung mencapai maksimal batas aggregate yang dinyatakan dalam Ikhtisar Pertanggungan pada Pokok 3B maka polis otomatis dinyatakan tidak berlaku.

4. PERSYARATAN

Tertanggung wajib memenuhi ketentuan-ketentuan pada polis ini, sejauh mana hal tersebut terkait dengan segala sesuatu yang akan dilakukan atau tidak akan dilakukan oleh pihak tertanggung.

Tertanggung berkewajiban menyampaikan kebenaran dan kelengkapan dari pernyataan dan informasi yang diberikan kepada Penanggung.

Hal-hal tersebut merupakan persyaratan yang dijadikan dasar pertanggungjawaban Penanggung untuk melakukan pembayaran sesuai dengan polis ini.

4.1 Penyelesaian Perselisihan

1. Apabila timbul perselisihan antara Penanggung dan Tertanggung sebagai akibat dari penafsiran atas tanggung jawab atau besarnya ganti rugi dari Polis ini, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui perdamaian atau musyawarah dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan. Perselisihan timbul sejak Tertanggung menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan.
2. Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah sebagaimana diatur pada butir 1 diatas tidak dapat dicapai, Tertanggung dapat meminta Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) untuk bertindak sebagai mediator dalam upaya mencapai penyelesaian perselisihan tersebut sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku di BMAI
3. Apabila penyelesaian melalui perdamaian atau musyawarah sebagaimana diatur pada butir 1 diatas tidak dapat dicapai, Tertanggung tidak menempuh mediasi melalui BMAI atau menempuh mediasi melalui BMAI tetapi keputusan ajudikasi BMAI tidak dapat diterima oleh Tertanggung maka Penanggung memberikan kebebasan kepada Tertanggung untuk memilih salah satu pilihan penyelesaian sengketa sebagaimana diatur dibawah ini:

   A. Arbitrase
   Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Majelis Arbitrase Ad Hoc sebagai berikut:

   a.1. Majelis Arbitrase Ad Hoc terdiri dari 3 (tiga) orang Arbiter. Tertanggung dan Penanggung masing-masing menunjuk seorang Arbiter dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah diterimanya pemberitahuan, yang kemudian kedua Arbiter ketiga dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender setelah Arbiter yang kedua ditunjuk. Arbiter ketiga menjadi ketua Majelis Arbitrase Ad Hoc.

   a.2. Dalam hal terjadi ketidaksepakatan dalam penunjukan Arbiter ketiga, Tertanggung dan atau Penanggung dapat mengajukan permohonan kepada ketua Pengadilan Negeri di daerah hukum termohon bertempat tinggal untuk menunjuk ketua Arbiter.

   a.3. Pemeriksaan atas sengketa harus diselesaikan dalam waktu paling lama 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak Majelis Arbitrase Ad Hoc terbentuk. Dengan persetujuan para pihak dan apabila dianggap perlu oleh Majelis Arbitrase Ad Hoc, jangka waktu pemeriksaan sengketa dapat diperpanjang.

   a.4. Putusan Arbitrase bersifat final dan mempunyai kekuatan hukum tetap dan mengikat Tertanggung dan Penanggung. Dalam hal Tertanggung dan Penanggung tidak melaksanakan putusan Arbitrase secara sukarela, putusan dilaksanakan berdasarkan

perintah ketua Pengadilan Negeri yang berwenang atas permohonan salah satu pihak yang bersengketa.

a.5. Untuk hal-hal yang belum diatur dalam pasal ini berlaku ketentuan yang diatur dalam undang-undang tentang arbitrase, yang untuk saat ini adalah Undang-Undang Republik Indonesia No.30 Tahun 1999 tanggal 12 Agustus 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa

B. Pengadilan
Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia.

4. Dalam hal keputusan ajudikasi BMAI ditolak oleh Tertanggung, namun Tertanggung tidak melakukan upaya penyelesaian melalui arbitrase atau pengadilan dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak tanggal dikeluarkannya keputusan ajudikasi secara tertulis oleh BMAI tersebut, maka hak Tertanggung atas ganti rugi berdasarkan Polis ini hilang dengan sendirinya.

4.2. Pembatalan

Pihak Tertanggung yang disebut dalam Pokok 1 Ikhtisar Pertanggungan atau Penanggung dapat membatalkan polis ini dengan cara mengirimkan surat atau pemberitahuan tertulis mengenai pembatalan tersebut kepada pihak yang lain, sedikitnya 10 (sepuluh) hari sebelum tanggal berlakunya pembatalan.

Pemberitahuan pembatalan ini menyebutkan tanggal efektif pembatalan. Periode polis dan tahun polis yang berlaku akan berakhir pada tanggal tersebut. Jika polis ini dibatalkan, Penanggung akan Mengembalikan sisa premi yang ada setelah dikurangi biaya.

Jika Penanggung yang membatalkan polis ini, maka pengembalian preminya akan dihitung secara pro-rata hari. Jika pihak Tertanggung yang membatalkan polis, maka pengembalian preminya akan dihitung secara pro-rata hari. Pembatalan tetap berlaku walaupun Penanggung belum melakukan atau menawarkan pengembalian premi.

4.3. Pendampingan Medikolegal dan Penyelesaian Klaim

Penanggung termasuk di dalamnya Tim Medikolegal memiliki hak, untuk mengambil alih dan melaksanakan atas nama pihak Tertanggung penyelesaian terhadap segala klaim, dan memiliki keleluasaan penuh dalam melakukan segala cara untuk menyelesaikan klaim berdasarkan Surat Laporan Klaim dari pihak tertanggung.

Penanggung termasuk didalamnya Tim Medikolegal bersama-sama dengan tertanggung melakukan upaya penyelesaian klaim kepada Pasien.

Penanggung tidak bertanggung jawab terhadap penyelesaian klaim apabila tertanggung bertindak atau menjanjikan sesuatu kepada pasien tanpa sepengetahuan dan persetujuan dari pihak Penanggung.

Dalam hal Penanggung mengambil alih penyelesaian klaim, Penanggung memiliki hak untuk merekomendasikan kepada pihak Tertanggung untuk membayarkan klaim dengan jumlah yang sesuai.

Pihak Tertanggung dapat menolak untuk membayar klaim yang direkomendasikan untuk dibayar oleh Penanggung, akan tetapi jika seandainya demikian – pihak Tertanggung memutuskan untuk melanjutkan permasalahan klaim tersebut atas tanggung jawab pribadi, maka Penanggung hanya bertanggung jawab atas jumlah nilai klaim yang direkomendasikan.

Penanggung dalam hal klaim apapun dapat membayar kepada pihak Tertanggung yang namanya disebutkan dalam Pokok 1 Ikhtisar Pertanggungan jumlah Batas Asuransi yang berlaku atau jumlah yang lebih kecil yang dapat menyelesaikan pembayaran klaim, dan setelah itu Penanggung tidak memiliki pertanggungjawaban lebih lanjut terhadap klaim tersebut.

Dalam hal penyelesaian klaim yang melibatkan penasehat hukum, penanggung berhak menentukan pilihannya atas cara penyelesaian klaim tersebut, antara lain sebagai berikut:

a. Penasehat hukum ditunjuk atau disetujui oleh penanggung
b. Pembayaran dilakukan oleh penanggung
c. Tanggung jawab penanggung atas pembayaran penasehat hukum adalah setinggi-tingginya tidak melebihi harga pertanggungan.

4.4. Kewajiban tertanggung dalam hal menghadapi Tuntutan atau Klaim

Dalam hal tertanggung mengetahui/menyadari adanya kesalahan atau kelalaian dalam tindakan medis yang dilakukannya terhadap pasien, maka tertanggung berkewajiban melakukan tindakan rehabilitasi medis kepada pasien tersebut untuk meminimalisasikan jumlah tuntutan klaim dari pasien.

Pihak Tertanggung harus memberitahukan Penanggung segera secara lisan dan ditindak lanjuti dengan laporan tertulis mengenai segala kejadian yang dapat berakibat timbulnya klaim. Pemberitahuan tersebut mencakup :

a. Latar belakang dan kronologis kejadian;
b. Cedera potensial dan nama-nama serta alamat orang yang terlibat dalam kejadian tersebut; termasuk orang yang potensial menjadi penuntut klaim;
c. Bagaimana pihak Tertanggung mulai menyadari kejadian tersebut
d. Mengapa pihak Tertanggung memperkirakan bahwa akan ada klaim daripadanya.

Pemberitahuan mengenai kejadian tersebut bukan merupakan pemberitahuan klaim dan tidak dijamin sebagai klaim berdasarkan polis ini, kecuali jika klaim tersebut dilaporkan kepada Penanggung selama periode polis, atau selama perpanjangan periode pelaporan sebagaimana tercantum dalam Bagian 5 polis ini.

Dalam hal laporan klaim tidak ditindaklanjuti oleh tertanggung yang menjadi tanggung jawab dari tertanggung maka pihak penanggung dapat mengkonfirmasi secara tertulis status klaim tersebut kepada pihak tertanggung disertai pernyataan batas waktu kadaluarsa klaim.

Waktu kadaluarsa klaim selambat-lambatnya 30 hari kerja sejak surat konfirmasi diterima oleh pihak tertanggung. Jika dalam batas waktu tersebut diatas tertanggung tidak memberikan konfirmasi tertulis kepada penanggung maka klaim dinyatakan kadaluarsa atau tidak berlaku.

Apabila dikemudian hari terdapat klaim atas kejadian tersebut maka akan menjadi tanggung jawab pribadi tertanggung dan penanggung dibebaskan kewajiban membayar klaim tersebut.

Jika tuntutan dari pasien diterima oleh pihak Tertanggung, pihak Tertanggung harus segera memberitahukan kepada Penanggung dilengkapi dengan dokumen-dokumen terkait tuntutan pasien antara lain :

a. fotokopi tuntutan,
b. surat somasi,

PT. ASURANSI UMUM BUMIPUTERA MUDA 1967 KANTOR CABANG SURABAYA

c. surat perintah atau pemberitahuan arbitrasi,
d. surat pemberitahuan, panggilan atau dokumen hukum lainnya yang diterima sehubungan dengan klaim tersebut.

Tertanggung wajib menyimpan tanpa mengubah dan memperbaiki segala catatan, dokumen, perlengkapan atau hal-hal lainnya yang dengan cara bagaimanapun telah menyebabkan atau berhubungan dengan kejadian klaim pada polis ini karena Penanggung membutuhkannya untuk alasan tertentu.

Atas permintaan Penanggung, pihak Tertanggung harus :
- memberikan kuasa kepada Penanggung untuk mendapatkan catatan-catatan atau informasi;
- Bekerja sama dengan penanggung dalam melakukan penyelidikan, penyelesaian atau pembelaan klaim; dan
- Membantu Penanggung dalam menjalankan hak terhadap orang atau organisasi yang dapat bertanggung jawab kepada pihak Tertanggung karena kerugian yang ditanggung oleh asuransi ini.

Ketika ada kejadian tuntutan terhadap, pihak Tertanggung yang disebut dalam Pokok 1 Ikhtisar Pertanggungan, tertanggung tidak dapat segera memproses penyelesaiannya dan membayar biaya klaim sehubungan dengan penyelesaian tersebut tanpa persetujuan Penanggung, Kecuali atas biaya sendiri.

Jika pihak Tertanggung melaporkan kejadian atau klaim yang diketahuinya palsu atau curang, baik yang berhubungan dengan jumlahnya atau apapun, polis ini akan batal pada tanggal laporan tersebut dan asuransi yang termasuk di dalamnya menjadi tidak berlaku dan penanggung tidak wajib untuk mengembalikan premi.

4.5. Inspeksi

Penanggung memiliki hak untuk :
- melakukan inspeksi dan/atau survey setiap saat;
- memberikan kepada pihak Tertanggung laporan kondisi yang ditemukan Penanggung
- merekomendasikan perbaikan / penyempurnaan dalam rangka mengurangi potensi risiko di kemudian hari.

4.6. Pemberitahuan

Pemberitahuan/informasi yang wajib diberikan menurut polis ini adalah :
- pihak Tertanggung menyampaikan pemberitahuan kepada Penanggung dengan cara mengirimkan surat / fax / email atau mengantarkan ke alamat Penanggung sesuai dengan yang tertera di dalam Pokok 1 Ikhtisar Pertanggungan.

- Penanggung menyampaikan pemberitahuan kepada pihak Tertanggung melalui surat / fax / email atau mengantarkan pemberitahuan tersebut ke alamat pihak Tertanggung yang pertama kali disebut dalam Pokok 1 Ikhtisar Pertanggungan.

Pemberitahuan kepada pihak penanggung tertentu atau informasi yang dimiliki pihak penanggung tertentu tidak akan menyebabkan perubahan pada bagian manapun dari polis ini atau mencegah Penanggung menuntut hak-hak yang ada dalam persyaratan polis ini, tidak juga persyaratan dalam polis ini menjadi dibebaskan atau diubah,

Bukti pemberitahuan tertulis yang disebutkan di atas dalam bentuk apapun harus disimpan oleh pihak pengirim.

4.7. Asuransi Lain

Jika pihak Tertanggung memiliki asuransi lain yang berlaku dan dapat ditagih untuk kerugian yang sama yang ditanggung Penanggung berdasarkan polis ini, selain asuransi yang diterbitkan khusus sebagai asuransi tambahan dari asuransi yang dihasilkan oleh polis ini, dan terlepas dari :
- kapan asuransi tersebut dimulai atau berakhir;
- pihak penjamin asuransi mana yang menyediakan asuransi tersebut; dan
- dasar yang memberlakukan atau menyebabkan berlakunya asuransi tersebut.

maka Polis ini menjadi berlebih dan saling menambah dengan asuransi lain. Dengan demikian ketentuan-ketentuan dalam polis ini tidak boleh ditafsirkan sedemikian rupa sesuai dengan arti dan persyaratan polis lain, atau ketentuan berikut penafsiran dalam polis lain tidak berlaku bagi polis ini.

4.8. Modifikasi Polis

Polis ini memuat perjanjian pihak Tertanggung dan Penanggung mengenai asuransi yang dapat diberikan. Syarat-syarat polis ini dapat diubah atau dibebaskan hanya dengan adanya pengesahan oleh Penanggung dan dibuat menjadi bagian dari polis ini.

4.9. Premi dan Penyesuaian Premi

Kecuali disetujui sebaliknya, premi untuk tiap tahun polis akan jatuh tempo dan dapat dibayarkan kepada Penanggung dalam waktu 14 (empat belas) hari setelah dimulainya tiap tahun polis. Dalam hal apapun polis akan dibatalkan dari dimulainya tahun polis jika pihak Tertanggung yang namanya disebut pertama dalam Pokok 1 Ikhtisar Pertanggungan tidak dapat membayar premi pertama dalam waktu 14 (empat belas) hari sejak tanggal dimulainya tiap tahun polis tersebut.

4.10. Pengaktifan kembali polis batal akibat keterlambatan pembayaran premi

Jika tertanggung membayar premi setelah berakhirnya tenggang waktu pembayaran premi sebagaimana dimaksud pada butir 4.9, maka periode pertanggungan di bawah ini akan berlaku secara otomatis terhitung 24 jam setelah premi diterima Penanggung. Klaim tidak dijamin apabila tindakan terjadi pada saat setelah berakhirnya tenggang waktu 14 hari sejak dimulainya tiap tahun polis sampai dengan periode pertanggungan yang baru mulai berlaku.

4.11. Perpanjangan Otomatis

Jika masa berlakunya asuransi sebagaimana disebut dalam Pokok 5 Ikhtisar Pertanggungan sedikitnya 1 (satu) tahun, maka pada akhir periode tersebut, periode polis akan secara otomatis dilanjutkan untuk masa 1 (satu) tahun berikutnya melalui penerbitan Pengesahan Perpanjangan (Renewal Endorsement) oleh Penanggung untuk polis tersebut, kecuali penanggung atau tertanggung menyatakan secara tertulis bahwa polis tidak diperpanjang.

4.12. Perubahan Risiko

Pihak Tertanggung harus segera memberikan pemberitahuan kepada Penanggung mengenai perubahan yang secara materi mempengaruhi risiko yang ditanggung oleh polis ini.

4.13. Persyaratan

Semua pernyataan yang dibuat dalam surat permohonan penutupan asuransi untuk polis ini dan segala materi yang disampaikan bersamanya, , merupakan dasar dari polis ini bersama-sama dengan Ikhtisar Pertanggungan.

4.14. Pengalihan Hak Perolehan Kembali terhadap Pihak Lain kepada Penanggung

Sehubungan dengan pembayaran polis ini, jika pihak Tertanggung memiliki hak untuk memperoleh kembali keseluruhan atau sebagian dari pembayaran yang telah dilakukan oleh Penanggung berdasarkan polis ini, maka hak tersebut dialihkan kepada Penanggung sesuai dengan jumlah pembayaran yang dilakukan. Pihak Tertanggung tidak boleh melakukan apapun untuk mengurangi hak tersebut. Atas permintaan Penanggung, pihak Tertanggung wajib mengajukan suatu gugatan atau mengalihkan hak tersebut kepada Penanggung dan membantu Penanggung dalam melaksanakan hak itu.

4.15. Pengalihan Hak dan Kewajiban Pihak Tertanggung dalam Polis ini

Hak dan Kewajiban pihak Tertanggung dalam polis ini tidak dapat dialihkan tanpa persetujuan tertulis Penanggung.

5. PERPANJANGAN PERIODE PELAPORAN

5.2. Penanggung akan secara otomatis menyediakan Perpanjangan Periode Pelaporan, sebagaimana dijelaskan di bawah ini, jika Penanggung membatalkan polis ini karena alasan apapun selain tidak dibayarnya premi atau jika Penanggung menolak memperbaharui polis ini namun perpanjangan periode pelaporan tidak berlaku saat polis dibatalkan oleh tertanggung.

Penawaran oleh Penanggung mengenai pembaharuan syarat-syarat atau premi yang berbeda dari yang telah berlaku selama periode polis bukan merupakan pembatalan atau penolakan untuk memperpanjang polis tersebut.

Perpanjangan Periode Pelaporan tidak berlaku untuk klaim yang ditanggung oleh asuransi lain berikutnya yang dibeli pihak Tertanggung, atau yang akan ditanggung namun jumlah asuransi yang berlaku untuk klaim tersebut telah habis.

5.3. Perpanjangan Periode Pelaporan diberikan tanpa tambahan premi. Perpanjangan Periode Pelaporan dimulai sejak berakhirnya periode polis dan berakhir selama 14 (empat belas) hari.

Perpanjangan Periode Pelaporan tidak memperpanjang masa berlaku polis atau mengubah ruang lingkup jenis pertanggungan yang diberikan. Perpanjangan ini hanya berlaku untuk klaim yang timbul dari kejadian yang dilaporkan kepada penanggung selama masa berlakunya polis sesuai dengan Bagian 4.4 polis ini. Klaim untuk kerugian yang dibuat pertama kali secara tertulis kepada pihak Tertanggung selama perpanjangan periode pelaporan akan dianggap dibuat pada hari terakhir masa berlakunya polis, akan tetapi, sesuai dengan paragraph 4 bagian 1.1 dari polis ini, klaim ganti rugi yang dibuat selama perpanjangan periode pelaporan untuk kerugian yang timbul dari kejadian yang sama dengan klaim yang pertama kali dibuat semasa periode polis akan dianggap dibuat pada saat pertama

5.4. Perpanjangan Periode Pelaporan tidak dimaksudkan untuk menyatakan ulang atau menaikkan Batas Asuransi yang berlaku untuk klaim yang ada. Jumlah Batas Asuransi yang berlaku yang tersedia, jika ada, untuk tahun polis dimana klaim dianggap telah dibuat akan merupakan jumlah satu-satunya yang berlaku untuk klaim yang dibuat selama Perpanjangan Periode Polis.

6. DEFINISI

6.1. Cedera badan adalah luka badaniah, kematian, penyakit dan kecacatan, tidak termasuk ketakutan, pelecehan dan cidera mental yang diderita pasien sebagai akibat perawatan medis dalam praktek pihak Tertanggung yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan medis

6.2. Klaim adalah segala tuntutan lisan / tertulis, gugatan yang dibuat atau diajukan oleh pasien atau kuasa pasien kepada pihak Tertanggung untuk ganti rugi kerugian yang disebabkan oleh suatu kejadian.

6.3. Biaya klaim adalah :

- Segala biaya hukum yang perlu dan layak serta biaya-biaya lainnya yang terjadi sesuai dengan Bagian 4.3 polis ini atau dengan persetujuan Penanggung dalam melakukan penyelidikan, penyesuaian, penyelesaian atau pembelaan klaim, namun tidak termasuk gaji untuk karyawan, petugas dan direktur pihak Tertanggung dan biaya kantor. Segala ongkos dan biaya seperti disebut itu, yang timbul oleh Penanggung atas nama pihak Tertanggung harus dianggap pengeluaran pihak Tertanggung.

- Segala biaya tuntutan klaim yang diajukan oleh pasien dan menjadi beban pihak Tertanggung.

6.4. Kejadian atau peristiwa adalah kelalaian, kesalahan atau pengabaian tindakan medis dalam menjalankan profesi pihak Tertanggung, yang mengakibatkan atau diduga akan mengakibatkan kerugian pasien.

serangkaian kejadian dan/atau beberapa kelalaian yang terjadi dari suatu sumber atau sebab yang orisinil baik yang langsung atau tidak langsung dianggap sebagai kejadian yang sama, yang mana untuk tujuan menentukan lingkup pertanggungan di bawah polis ini, akan dianggap telah terjadi seluruhnya di waktu awal saat kelalaian, kesalahan atau pengabaian tersebut terjadi.

Ketika pihak Tertanggung dan Penanggung tidak menyetujui kapan terjadinya suatu kejadian, maka kejadian tersebut akan dianggap terjadi ketika pihak Tertanggung pertama kali diajak berkonsultasi oleh pasien sehubungan dengan masalah tersebut dimana kejadian tersebut timbul.

6.5. Kelalaian tindakan medis adalah suatu tindakan tertanggung dalam menjalankan profesinya melakukan sesuatu yang seharusnya tidak dilakukan atau tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan oleh dokter lain yang memiliki kualifikasi yang sama pada suatu keadaan dan situasi yang sama. Kelalaian tindakan Medis harus ditandai dengan :

a. adanya kewajiban tertanggung (hukum atau disiplin atau etika profesi) untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu dari suatu hubungan dokter— pasien.
b. adanya pelanggaran atas kewajiban tersebut
c. adanya cedera badan atau kerugian akibat tindakan tertanggung
d. adanya hubungan sebab akibat langsung antara pelanggaran kewajiban tersebut dengan cedera badan atau kerugian tersebut

6.6. Profesi pihak Tertanggung adalah pemberian jasa ahli dalam menjalankan profesi sebagaimana disebut dalam Pokok 2 dari Ikhtisar Pertanggungan (Deskripsi Profesi) tetapi tidak termasuk pemberian jasa yang tidak umum atau tidak biasa diberikan dalam menjalankan profesi tersebut. Segala tanggung jawab Tertanggung kepada rumah sakit tempat pihak Tertanggung menjalankan profesi yang diasuransikan tidak termasuk dalam pertanggungan polis ini.

6.7. Dokter / Dokter Gigi adalah seorang yang telah menyelesaikan pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran atau Fakultas

Kedokteran Gigi atau Fakultas Ilmu Kesehatan yang terakreditasi yang dibuktikan dengan adanya ijazah dokter atau dokter gigi (sarjana kedokteran atau kedokteran gigi ditambah dengan pendidikan profesi dan internship/kepaniteraan klinik) baik di Indonesia ataupun di luar negeri, tercatat / teregristasi sebagai dokter atau dokter gigi di departemen kesehatan atau lembaga / badan yang berwenang khusus untuk itu dan memiliki Surat Ijin Praktek Tenaga Medis dari Dinas Kesehatan setempat beserta Surat Ijin/Persetujuan Tempat Praktek atau surat lain yang menjelaskan alasan keberadaan di tempat praktek tertentu untuk melakukan profesinya.

6.8. Dokter Spesialis atau Dokter Gigi Spesialis adalah seorang dokter atau dokter gigi sebagaimana kriteria diatas, yang kemudian menyelesaikan pendidikan spesialisasi bidang kedokteran atau kedokteran gigi tertentu, memiliki sertifikat kompetensi sebagai dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dari kolegium yang sama dan memiliki Surat Ijin Praktek Tenaga Medis sebagai dokter spesialis atau dokter gigi spesialis tertentu dari Dinas Kesehatan Setempat beserta Surat Ijin/Persetujuan Tempat Praktek atau surat lain yang menjelaskan alasan keberadaan di tempat praktek tertentu untuk melakukan profesinya.

6.9. Pasien adalah seseorang yang dalam rangka konsultasi diagnostik, terapi atau rehabilitasi serta keperluan tindakan medik lainnya meminta bantuan jasa medik seorang (atau lebih) dokter/dokter spesialis/dokter gigi/dokter gigi spesialis sehingga terjadi suatu hubungan dokter – pasien.

6.10. Jumlah yang menjadi tanggung jawab tertanggung adalah jumlah yang ditunjukan dalam Pokok 4 dan berlaku sebagaimana dijelaskan dalam Pokok 4 tersebut dan juga sesuai dengan Bagian 3 polis ini.

6.11. Periode asuransi adalah periode dimulainya pada tanggal mulai berlaku dan berakhirnya pada tanggal berakhir sebagaimana ditunjukan pada Pokok 5 dari ikhtisar, keduanya pada pukul 12.01 siang waktu standar di alamat pihak Tertanggung, selama tanggal berakhir tersebut tidak mengalami perubahan sehubungan dengan Bagain 4.2 (Pembatalan) atau Bagian 4.12 (Pembaharuan) polis ini.

6.12. Tahun polis maksudnya adalah periode selama 1 (satu) tahun, yang tercakup di dalam periode asuransi, yang berakhir tiap tahun pada tanggal dan bulan yang ditunjukan pada Tanggal berakhir dalam Pokok 5 Ikhtisar Pertanggungan. Jika masa antara tanggal mulai dan tanggal berakhir sebagaimana disebut dalam Pokok 5 Ikhtisar Pertanggungan lebih sedikit dari 1 (satu) tahun, maka periode seperti itu akan dianggap sebagai satu-satuya tahun polis. Jika masa antara tanggal mulai dan tanggal berakhir lebih dari 1 (satu) tahun, maka masa seperti itu akan dianggap sebagai tahun polis awal dari masa berlakunya polis. Jika polis ini diperbaharui sesuai dengan Bagian 4.13 dari polis ini, maka tahun pertama asuransi yang baru (dari durasi 1 (satu) tahun akan diluncurkan pada hari pertama tanggal berakhirnya periode asuransi sebagaimana ditunjukan pada Pokok 5 Ikhtisar Pertanggungan.

6.13. Kerugian harta benda adalah kerusakan terhadap harta benda milik pasien, termasuk semua kerugian yang terjadi akibat penggunaan harta benda tersebut.

BUMIDA Bumiputera

PENGESAHAN ARBITRASI

UNTUK

POLIS ASURANSI TANGGUNGJAWAB UMUM DAN PROFESI DOKTER
PHYSICIAN PROFESSIONAL AND PUBLIC LIABILITY INSURANCE POLICY

Sesuai dengan Bagian 4.1 polis ini, telah dipahami dan disetujui bahwa polis ini tunduk pada ketentuan-ketentuan dalam pengesahan ini.

1. Komposisi Juri

Kecuali pihak Tertanggung yang pertama kali disebut dalam Pokok 1 Ikhtisar Pertanggungan dan Penanggung (selanjutnya disebut secara bersama-sama sebagai "kedua pihak") setuju terhadap arbitrator tunggal dalam waktu 15 (lima belas) hari setelah menerima pemberitahuan keinginan untuk melakukan arbitrasi, semua perselisihan akan disampaikan kepada juri arbitrasi yang terdiri dua arbitrator dan seorang wasit, yang dipilih sesuai dengan paragraf 2 atau paragraph 2 dan 3 dari pengesahan ini.

2. Penunjukan Arbitrator

Anggota juri arbitrasi merupakan aktivis bisnis baik yang masih aktif atau telah pensiun atau pengacara, yang tidak memihak dan memiliki pengetahuan yang relevan mengenai masalah yang diperselisihkan. Kecuali jika arbitrator tunggal disetujui oleh kedua pihak, pihak yang meminta arbitrator (selanjutnya disebut sebagai "pihak yang memulai") akan menunjuk seorang arbitrator dan memberi pemberitahuan mengenainya, baik melalui telefax atau melalui pos tercatat dengan tanda terima yang diminta, kepada pihak lainnya (selanjutnya disebut sebaga "pihak yang merespon), bersama dengan pemberitahuan keinginan untuk arbitrasi.

Di dalam Pemberitahuan keinginan untuk arbitrasi akan dicantumkan secara khusus nama lengkap dan alamat dari kedua pihak, polis yang mana berusaha diselesaikan melalui arbitrasi, masalah perselisihan tersebut dan penyelesaian yang dicari. Dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah menerima pemberitahuan keinginan untuk arbitrasi, pihak yang merespon juga akan menunjuk seorang arbitrator dan memberitahukan kepada pihak yang memulai mengenainya dengan cara yang sama seperti disebut di atas. Sebelum melakukan dengar pendapat, kedua arbitrator yang ditunjuk akan memilih seorang wasit yang memenuhi kualifikasi dalam paragraph 2. Jika dalam waktu 20 (dua puluh) hari setelah penunjukan arbitrator oleh pihak yang merespon atau yang dipilih sesuai dengan paragraph 3 dari pengesahan ini, kedua arbitrator tidak mencapai kata sepakat mengenai penunjukan wasit yang sesuai, pihak yang memulai akan membuat petisi kepada komisaris asuransi, pengawas atau petugas kepala peraturan lainya yang mempunyai kekuatan untuk menunjuk wasit. Dalam hal jika arbitrator atau wasit mundur dari juri atau tidak dapat melaksanakan tugasnya karena alasan kematian, sakit atau ketidaksanggupan, penggantinya akan dipilih dengan cara yang sama seperti penunjukan sebelumnya.

3. Kegagalan Kedua Pihak dalam Menunjuk Arbitrator

Jika pihak yang merespon gagal menunjuk arbitrator dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak diterimanya pemberitahuan keinginan untuk arbitrasi, pihak yang memulai akan menunjuk arbitrator yang kemudian akan, bersama dengan arbitrator yang pertama ditunjuk oleh pihak yang memulai, memilih seorang wasit sebagaimana disebut dalam paragraf 2 sebelumnya.

4. Pemilihan Hukum dan Forum

Setiap arbitrasi yang diadakan sesuai dengan pengesahan ini akan diselenggarakan di negara lokasi tempat pihak Tertanggung dan hukum yuridiksi yang menentukan interpretasi dan aplikasi dari polis ini; tetapi dengan syarat, persyaratan dalam polis ini ditafsirkan secara adil di antara kedua pihak, tanpa adanya batasan, dimana bahasa dari polis ini dianggap memiliki dua arti atau sebaliknya tidak jelas, masalah tersebut akan dipecahkan dengan cara yang paling konsisten dengan menggunakan istilah-istilah yang relevan (tanpa memperhatikan penulisan bahasa, tanpa anggapan atau tafsiran yang menguntungkan salah satu pihak) dan sesuai dengan keinginan kedua pihak. Dalam mencapai setiap keputusan, juri akan memberikan pertimbangan yang sesuai dengan kebiasaan dan kegunaan dalam industri asuransi.

5. Penyampaian Perselisihan kepada Juri

Pihak yang memulai akan menyampaikan pemberitahuan awal secara ringkas dalam waktu 20 (dua puluh) hari sejak penunjukan wasit. Pihak yang merespon akan menyampaikan secara ringkas juga dalam waktu 20 (dua puluh) hari sejak tanggal diterimanya ringkasan pihak yang memulai dan pihak yang memulai akan menyampaikan jawaban ringkas dalam waktu 10 (sepuluh) hari sejak diterimanya ringkasan pihak yang merespon.

6. Prosedur Menentukan Arbitrasi

Segala cara kerja sebelum sampai ke juri adalah informal dan juri juga tidak terikat oleh peraturan yang ketat dan prosedur hukum. Juri memiliki kekuatan untuk memperbaiki aturan prosedural yang berhubungan dengan cara kerja arbitrasi akan tetapi pemeriksaan ulang dan bantahan juga tetap diijinkan.

7. Penghargaan Arbitrasi

Juri arbitrasi akan memberikan keputusannya dalam waktu 60 (enam puluh) hari sejak penghentian pekerjaan arbitrasi. Keputusan akan diberikan dalam bentuk tertulis dan akan menjelaskan alasan keputusan tersebut. Keputusan mayoritas juri adalah final dan mengikat setiap pihak arbitrasi tersebut dan juga didalamnya termasuk bunga dengan kurs pasar yang sesuai, dan sesuai dengan Paragraph 8 dari pengesahan ini, terdapat pula segala biaya arbitrasi, termasuk uang saku yang pantas untuk biaya pengacara. Terhadap pemberian keputusan ini akan diberikan penghargaan/hadiah di setiap persidangan yang memiliki yuridiksi.

8. Biaya Arbitrasi

Setiap pihak akan menanggung biaya dari arbitratornya masing-masing dan akan bergabung dan secara merata akan menanggung bersama, biaya wasit. Dalam hal kedua arbitrator dipilih oleh pihak yang memulai sebagaimana disebutkan dalam paragraf 3 pengesahan ini, maka pihak yang memulai dan pihak yang merespon akan membagi setengah-setengah biaya kedua arbitrator dan wasit tersebut. Sisa biaya pekerjaan arbitrasi akan dialokasikan kepada juri.

PT. ASURANSI UMUM BUMIPUTERA MUDA 1967 KANTOR CABANG SURABAYA