



00023/DN/1009/02/20

PREMIUM NOTE

"POLIS DINYATAKAN BELUM BERLAKU APABILA TIDAK DISERTAI KWITANSI PREMI ASLI "

Pembayaran Via Bank langsung ditransfer ke :

Dibuat di : Surabaya
Tanggal : 3 Feb 2020
Agen : **MPA00358 / PT. ABH (Arah Bangsa Hebat) / Indra Adiprana**

PT. ASURANSI UMUM BUMIPUTERA MUDA 1967


FAISAL IBRAHIM
KEPALA CABANG

PENTING

1. Pembayaran premi diutamakan melalui mekanisme bank (Transfer, Cek atau BG), a/n PT. ASURANSI UMUM BUMIPUTERA MUDA 1967 dan bila melalui transfer mohon disebutkan nomor polis pada aplikasi transfer, dan segera menghubungi :
Nomor telpon : 031-5623715, 5660770, 5676824, 5632577 atau di fax dinomor : 031-5670639
2. Bukti transfer bank bisa digunakan sebagai bukti pembayaran yang syah
3. Untuk pembayaran Cek, mohon kata "pembawa" dalam Cek dicoret
4. Premium note bukan bukti pembayaran, bukti pembayaran adalah kwitansi



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 : 1009091420020020 (BARU)

Nama Pemegang Polis : RS. MATA UNDAAN SURABAYA QQ Prof. dr. SJAMSU BUDIONO, Sp.M (K)
 Alamat Pemegang Polis : JL. UNDAAN KULON NO. 17 - 19 SURABAYA

POKOK 1

Nama Tertanggung : RS. MATA UNDAAN SURABAYA QQ Prof. dr. SJAMSU BUDIONO, Sp.M (K)
 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 2020 s/d 1 Februari 2021

POKOK 6

Tanggal Berlaku : 1 Februari 2020

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	12,000.00
TOTAL		IDR	5,532,000.00

Terbilang : LIMA JUTA LIMA RATUS TIGA PULUH DUA RIBU RUPIAH

NOTE

: SIP WAJIB BERLAKU SELAMA PERIODE POLIS
 NEW; SUBJECT TO NO CLAIM AS AT ISSUED DATE POLICY

Surabaya, 3 Februari 2020

PT ASURANSI UMUM BUMIPUTERA MUDA 1967



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, kerusakan, 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 anastesi 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.

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 adjudikasi 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 adjudikasi 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,

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 orisinal 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

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 arbitrase, semua perselisihan akan disampaikan kepada juri arbitrase 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 arbitrase 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 sebagai "pihak yang merespon"), bersama dengan pemberitahuan keinginan untuk arbitrase.

Di dalam Pemberitahuan keinginan untuk arbitrase akan dicantumkan secara khusus nama lengkap dan alamat dari kedua pihak, polis yang mana berusaha diselesaikan melalui arbitrase, masalah perselisihan tersebut dan penyelesaian yang dicari. Dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah menerima pemberitahuan keinginan untuk arbitrase, 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 lainnya 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 ketidakanggupan, 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 arbitrase, 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 arbitrase 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 penggunaan 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 Arbitrase

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 arbitrase akan tetapi pemeriksaan ulang dan bantahan juga tetap diijinkan.

7. Penghargaan Arbitrase

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

8. Biaya Arbitrase

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 arbitrase akan dialokasikan kepada juri.