



Dikeluarkan Oleh : SURABAYA DARMO

00310/DN/1009/02/23

Alamat : Jl. Raya Darmo No. 163,
Telp :031-5623715, 5660770, 5676824, 5632577; Fax : 031-5670639

PREMIUM NOTE

Tertanggung : RS. MATA UNDAAN SURABAYA QQ dr . MARTIN
SENTOSA, Sp.M
Alamat : JL. UNDAAN KULON NO. 17 - 19 SURABAYA

Nomor Polis : 1009091423020019
Periode Asuransi : 1 Feb 2023 - 1 Feb 2024
Jenis Asuransi : Professional Indemnity Specialist B

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

Uraian		
Premi	: IDR	5,500,000.00
Premi Netto	: IDR	5,500,000.00
Biaya Polis	: IDR	20,000.00
Biaya Materai	: IDR	20,000.00
+ / -	: IDR	0.00
Jumlah	: IDR	5,540,000.00

Pembayaran Via Bank langsung ditransfer ke :
Bank : Mandiri Surabaya
A/C No. : 142-00-05370209 (IDR)
a.n : PT. ASURANSI UMUM BUMIPUTERAMUDA 1967

Dibuat di : Surabaya
Tanggal : 16 Feb 2023
Agen : MPA00358 / PT. ABH (Arah Bangsa Hebat) / Indra Adiprana

PT. ASURANSI UMUM BUMIPUTERA MUDA 1967



Ally
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 : 1009091423020019 (PERPANJANGAN)

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

POKOK 1

Nama Tertanggung : RS. MATA UNDAAN SURABAYA QQ dr. MARTIN SENTOSA, 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 2023 s/d 1 Februari 2024

POKOK 6

Tanggal Berlaku : 1 Februari 2023

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

Surabaya, 16 Februari 2023

f 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 tindakan medis 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 dari tertanggung yang terjadi di daerah lingkup jaminan seperti yang disebutkan pada Pokok 2 selama masa berlakunya polis.

Asuransi ini juga berlaku bagi tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan berwenang non dokter / dokter gigi yang membantu 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 dibuat secara tertulis kepada pihak Tertanggung atau kepada pihak Penanggung, selama masa berlakunya polis.

Penanggung memiliki hak untuk tidak memberikan ganti rugi atas tuntutan klaim dalam hal terdapat penyimpangan dari ketentuan pada Bagian 4.4 polis ini, dimana jumlah ganti rugi dan biaya klaim yang harus dibayar Penanggung memiliki batasan sesuai Bagian 3 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, atau melalui suatu penyelesaian yang disetujui oleh Penanggung, 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 atau Bagian 5 (Perpanjangan Periode Pelaporan) dari polis ini.

1.2. Pembayaran Klaim Asuransi

Pembayaran ganti rugi seperti dimaksud dalam Bagian 1.1 meliputi biaya ganti rugi dan biaya hukum penyelesaian klaim.

1.3. Pengecualian

Asuransi ini tidak berlaku untuk :

a. Segala klaim yang timbul dari peristiwa yang terjadi sebelum tanggal periode polis ini.

- b. Kerugian yang diharapkan atau diinginkan oleh Tertanggung.
- c. Kerugian akibat perang, invasi, tindakan musuh asing, bentrokan, perang saudara, huru-hara, pemberontakan, 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 verbintenis).
- f. Jasa medis yang diberikan bukan untuk alasan diagnosis, terapi, rehabilitasi medis, prevensi dan proteksi medis (misalnya tindakan untuk tujuan kosmetik / estetik)
- g. Kerusakan / manipulasi / rekayasa genetik.
- h. Kegiatan yang berkaitan dengan pengolahan, penyimpanan dan transportasi darah dan atau produk darah dalam bank darah.
- i. Penggunaan obat-obatan untuk penurunan berat badan.
- j. Kegiatan dokter gigi atau ahli bedah gigi dengan pembiusan umum atau segala prosedur yang dilakukan untuk pembiusan umum 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.
- k. Kerugian yang timbul dari jasa profesional yang diberikan oleh pihak Tertanggung kepada pasangan / istri pihak Tertanggung dan atau kepada anggota keluarga langsung dari pihak Tertanggung.
- l. 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).

m. Klaim yang berdasarkan, timbul dari atau diakibatkan dari jaminan atau garansi.

n. Klaim yang timbul dari kerugian atau kerusakan barang-barang milik pasien yang berada dalam perawatan, penjiagaan atau kendali pihak Tertanggung, atau kerusakan atau salah meletakkan 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, penjiagaan atau kontrol pihak Tertanggung.

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

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

2. TERTANGGUNG

Yang dimaksud Tertanggung adalah perorangan dokter / dokter gigi.

3. BATASAN ASURANSI

Penanggung hanya bertanggungjawab berdasarkan polis ini untuk membayarkan ganti rugi atau biaya klaim yang lebih besar dari ganti rugi dan biaya klaim sebesar jumlah yang menjadi tanggung jawab Tertanggung (Insured's Retained Amount) sebagaimana dinyatakan dalam Pokok 4. Hanya ganti rugi dan biaya klaim yang akan ditanggung oleh polis ini (jika syarat-syarat dalam polis ini terpenuhi tetapi untuk jumlah ganti rugi dan klaim tersebut harus memperhatikan jumlah yang menjadi tanggung jawab Tertanggung.

Batasan asuransi sebagaimana disebutkan dalam Pokok 3 Jadwal Asuransi dan aturan-aturan di bawah ini menentukan jumlah tertinggi yang akan dibayarkan penanggung tanpa memperhatikan jumlah:

- Tertanggung
- Klaim yang dibuat
- Pihak yang mengajukan klaim

Sesuai dengan paragraph ini, Setiap Batas Kejadian yang dinyatakan dalam Pokok 3A dari Jadwal Asuransi adalah jumlah tertinggi yang dibayarkan Penanggung berupa total jumlah:

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

Batas agregat yang dinyatakan dalam Pokok 3B pada Jadwal Asuransi adalah jumlah tertinggi yang dibayarkan Perusahaan berupa total jumlah keseluruhan kerugian yang timbul dari suatu kejadian, dan semua biaya klaim sehubungan dengannya, berkenaan dengan semua klaim yang pertama kali diajukan selama tiap-tiap tahun polis.

Jumlah kerugian dan/atau biaya klaim yang dapat digantikan berdasarkan polis ini akan dibayarkan oleh Perusahaan untuk permohonan ganti rugi.

Jumlah yang menjadi tanggungjawab Tertanggung dan batasan asuransi sehubungan dengan setiap kejadian sebagaimana dinyatakan dalam Jadwal berlaku tanpa memperhatikan jumlah klaim yang timbul dari kejadian-kejadian yang ada.

4. PERSYARATAN

Kepatuhan dan pemenuhan ketentuan-ketentuan pada polis ini, sejauh mana hal tersebut terkait dengan segala sesuatu yang akan dilakukan atau tidak akan dilakukan oleh pihak tertanggung, dan kebenaran dan kelengkapan dari pernyataan dan informasi yang diberikan kepada Perusahaan oleh pihak Tertanggung, merupakan persyaratan yang dijadikan dasar pertanggungjawaban Perusahaan untuk melakukan pembayaran sesuai dengan polis ini.

4.1. Arbitrasi

Segala perselisihan yang timbul sehubungan dengan polis ini, baik yang timbul sebelum atau sesudah berakhirnya polis, akan diajukan ke arbitrasi dengan tata cara sebagaimana tercantum dalam Pengesahaan Arbitrasi yang diberi Mandat, yang terlampir dan merupakan bagian dari polis ini.

4.2. Pembatalan

Pihak Tertanggung yang pertama kali disebut dalam Pokok 1 Jadwal Asuransi atau Perusahaan dapat membatalkan polis ini dengan cara mengirimkan surat atau pemberitahuan tertulis mengenai pembatalan tersebut kepada pihak yang lain, setidaknya 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, Perusahaan akan, sesuai dengan jumlah premi minimum yang tertera pada Pokok 8 Jadwal Asuransi, mengirimkan kepada pihak Tertanggung yang pertama kali disebut dalam Pokok 1 Jadwal Asuransi, pengembalian sisa premi yang ada. Jika Perusahaan yang membatalkan polis ini, maka pengembalian preminya akan pro-rata. Jika pihak Tertanggung yang membatalkan polis, premi untuk tahun polis akan dibayarkan sesuai dengan daftar premi tarif rendah milik Perusahaan, fotokopi akan diberikan sesuai dengan permintaan pihak Tertanggung. Pembatalan tetap berlaku walaupun Perusahaan belum melakukan atau menawarkan pengembalian premi.

4.3. Pembelaan dan Penyelesaian

Perusahaan memiliki hak, tetapi bukan kewajiban, untuk mengambil alih dan melaksanakan atas nama pihak Tertanggung pembelaan terhadap segala klaim, dan memiliki keleluasaan penuh dalam melakukan segala cara dan penyelesaian klaim dan karena telah mengambil alih pembelaan suatu klaim, maka perusahaan juga dapat melepaskannya. Dalam hal Perusahaan, dalam kebijaksanaannya, memilih untuk melakukan haknya sesuai dengan ketentuan, maka tindakan yang dilakukan Perusahaan dalam menjalankan haknya tersebut akan mengubah atau memperluas tanggung jawab atau kewajiban Perusahaan berdasarkan polis ini melebihi tanggung jawab dan kewajiban yang dimiliki Perusahaan jika tidak melakukan haknya tersebut.

Terlepas dari apakah Perusahaan menjalankan haknya sebagaimana disebutkan dalam Bagian 4.4, di bawah untuk mengambil alih pembelaan klaim, Perusahaan memiliki hak untuk merekomendasikan kepada pihak Tertanggung untuk membayarkan klaim dengan jumlah yang sesuai. Pihak Tertanggung dapat menolak untuk membayar klaim yang dijanjikan untuk dibayar oleh Perusahaan, akan tetapi jika seandainya demikian - pihak Tertanggung memutuskan untuk melanjutkan permasalahan klaim tersebut, maka Perusahaan dapat mundur dari masalah ini, dan pertanggungjawaban Perusahaan tidak akan melebihi jumlah ganti rugi dimana klaim tersebut seharusnya bisa diselesaikan dan biaya klaim yang terjadi adalah biaya yang disetujui Perusahaan sebelumnya pada tanggal Perusahaan pertama kali merekomendasikan penyelesaian klaim.

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

4.4. Kewajiban tertanggung dalam hal menghadapi Kejadian atau Klaim

Pihak Tertanggung harus memberitahukan Perusahaan segera secara tertulis mengenai segala kejadian yang dapat berakibat timbulnya klaim. Pemberitahuan tersebut harus mencakup :

- Latar belakang dan kronologis kejadian yang meliputi uraian keadaan pasien dari waktu ke waktu, diagnosis, tindakan medis dan rincian peristiwa yang menjadi masalah;
- Cedera potensial dan nama-nama serta alamat orang yang terlibat dalam kejadian tersebut; termasuk orang yang potensial menjadi penuntut klaim;
- Bagaimana pihak Tertanggung mulai menyadari kejadian tersebut
- 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 Perusahaan selama periode polis, atau selama perpanjangan periode pelaporan sebagaimana tercantum dalam Bagian 5 polis ini.

Jika klaim diterima oleh pihak Tertanggung, pihak Tertanggung harus segera memberitahukan kepada Perusahaan dengan menggunakan formulir khusus untuk itu, dengan melampirkan : fotokopi tuntutan, surat somasi, surat perintah, pemberitahuan arbitrase, 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 dan dapat meningkatkan klaim pada polis ini karena mungkin Perusahaan 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 yang melibatkan polis ini, pihak Tertanggung yang disebut pertama kali dalam Pokok 1 Jadwal Asuransi dengan atau tanpa prasangka terhadap pertanggungjawaban, 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.

4.5. Pemeriksaan Pembukuan dan Catatan Pihak Tertanggung

Penanggung dapat memeriksa dan mengaudit pembukuan dan Catatan pihak Tertanggung yang berkaitan dengan polis ini setiap saat selama masa berlakunya asuransi dan sampai terakhir tiga tahun sejak berakhirnya polis atau satu tahun sejak pembagian akhir dari seluruh klaim milik polis ini.

4.6. Inspeksi dan Survey

Penanggung memiliki hak tetapi tidak wajib 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.

Segala inspeksi, survey, pelaporan atau rekomendasi hanya berhubungan dengan masalah keasuransian dan premi yang ditagihkan. Penanggung tidak melakukan inspeksi keselamatan atau keteraturan.

4.7. Tindakan Hukum terhadap Penanggung

Pihak pribadi maupun organisasi manapun tidak memiliki hak dibawah polis ini untuk bergabung dengan Penanggung sebagai satu pihak atau sebaliknya menuntut Penanggung meminta ganti rugi dari pihak Tertanggung.

4.8. Pemberitahuan

Pemberitahuan/informasi yang wajib diberikan menurut polis ini adalah :

- pihak Tertanggung menyampaikan pemberitahuan kepada Penanggung dengan cara mengirimkan surat atau mengantarkan ke alamat Penanggung sesuai dengan yang tertera di dalam Pokok 1 jadwal Asuransi. Pemberitahuan kepada agen Penanggung atau pihak Tertanggung tidak dianggap sebagai pemberitahuan kepada Penanggung.
- Penanggung menyampaikan pemberitahuan kepada pihak Tertanggung melalui surat atau mengantarkan pemberitahuan tersebut ke alamat pihak Tertanggung yang pertama kali disebut dalam Pokok 1 Jadwal Asuransi.

Pemberitahuan kepada agen atau pengetahuan yang dimiliki agen tertentu atau pihak lainnya tidak akan menyebabkan berlakunya surat pembebasan tuntutan atau 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, kecuali dengan pengesahan yang dilakukan oleh Penanggung dan dibuat sebagai bagian dari polis ini.

Jika pemberitahuan dikirim melalui pos, bukti pos (pos tercatat) tersebut sudah merupakan bukti pemberitahuan. Oleh karena itu bukti pos tersebut harus disimpan oleh pengirim.

4.9. 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.

4.10. Modifikasi Polis

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

4.11. 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 Jadwal Asuransi tidak dapat membayar premi pertama dalam waktu 28 (dua puluh delapan) hari sejak tanggal tersebut.

Dalam Pokok 8 Jadwal Asuransi menunjukkan bahwa premi adalah premi tetap/fiat, maka premi tersebut tidak akan mengalami penyesuaian.

4.12. Perpanjangan

Jika masa berlakunya asuransi sebagaimana disebut dalam Pokok 5 Jadwal Asuransi sedikitnya 1 (satu) tahun, maka pada akhir periode tersebut dan setiap hari jadinya, setelah menerima informasi dari underwriting yang diminta Penanggung dari pembayaran premi yang berlaku, 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.

4.13. Perubahan Risiko

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

4.14. Persyaratan

Semua pernyataan yang dibuat dalam surat permohonan penutupan asuransi untuk polis ini dan segala materi yang disampaikan bersamanya, sebagai kelengkapan atau yang sebagaimana diminta, merupakan dasar dari polis ini dan bersama-sama dengan Ikhtisar Pertanggungan dan pengesahan terhadap polis ini, dan dianggap sebagai materi dan digabungkan dan dijadikan bagian dari polis ini. Selanjutnya polis ini diterbitkan dengan mendasarkan pada surat permohonan penutupan asuransi dan materi lain yang terkait.

4.15. 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.

4.16. Pengalihan Hak dan Kewajiban Pihak Tertanggung dalam Polis ini

Hak dan Kewajiban pihak Tertanggung dalam polis ini tidak dapat dialihkan tanpa persetujuan tertulis Penanggung kecuali dalam hal adanya kematian dari individu yang merupakan pihak Tertanggung.

5. PERPANJANGAN PERIODE PELAPORAN

5.1. 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.

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.

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

5.3. 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 kali klaim tersebut diberikan kepada pihak Tertanggung. Sekali berlaku, perpanjangan periode pelaporan tidak dapat dibatalkan kecuali untuk hal tidak dibayarnya penyesuaian premi yang telah jatuh tempo sesuai dengan Bagian 4.11 dari polis ini.

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 maksudnya adalah cedera badanlah atau penyakit yang diderita pasien sebagai akibat perawatan medis dalam praktek pihak Tertanggung, termasuk kematian yang diakibatkannya pada saat itu.

6.2. Klaim adalah segala tuntutan tertulis, gugatan atau tata cara arbitrase yang dibuat atau diajukan 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.

Senala biaya yang dipajakkan terhadap pihak Tertanggung dalam melakukan gugatan.

Bunga sebelum pemberian keputusan yang diserahkan kepada pihak Tertanggung sebagai bagian dari segala keputusan yang dibayar Penanggung; jika Penanggung membuat penawaran membayar Batas Asuransi yang berlaku, Penanggung tidak perlu membayar bunga sebelum pemberian keputusan berdasarkan periode waktu setelah penawaran tersebut.

Bunga dalam jumlah penuh untuk setiap keputusan yang bertambah setelah masuknya keputusan dan sebelum Penanggung membayar, menawarkan untuk membayar, atau mendepositokan di pengadilan bagian dari keputusan yang termasuk dalam Batas Asuransi yang berlaku.

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

Untuk keperluan polis ini, dimana serangkaian kejadian dan/atau beberapa kelalaian yang terjadi atau diduga akan terjadi, kesalahan atau pengabaian yang timbul dari suatu sumber atau sebab yang orisinil atau yang langsung atau tidak langsung disebabkan oleh suatu sumber atau sebab yang orisinil, serangkaian dan beberapa kelalaian yang terjadi atau diduga akan terjadi, kesalahan atau pengabaian tersebut 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 sehubungan dengan masalah tersebut dimana kejadian tersebut timbul.

- 6.5. Kelalaian medik adalah suatu tindakan dokter dalam menjalankan profesinya melakukan sesuatu yang seharusnya baik dilakukan atau tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan oleh dokter lain yang memiliki kualifikasi yang sama pada suatu keadaan dan situasi yang sama. Kelalaian Medik harus ditandai dengan :
- adanya kewajiban dokter (hukum atau DISIPLIN profesi) untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu dari suatu hubungan dokter – pasien.
 - adanya pelanggaran atas kewajiban tersebut
 - adanya cedera badan atau kematian atau kerugian akibat tindakan dokter
 - adanya hubungan sebab akibat LANGSUNG antara pelanggaran kewajiban tersebut dengan cedera atau kematian atau kerugian tersebut
- 6.6. Profesi pihak Tertanggung adalah pemberian jasa ahli dalam menjalankan profesi sebagaimana disebut dalam Pokok 2 dari Jadwal Asuransi (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 adalah seorang yang telah menyelesaikan pendidikan dokter di Fakultas KEdokteran yang terakreditasi yang

dibuktikan dengan adanya ijazah dokter (sarjana kedokteran ditambah dengan pendidikan profesi dan internship/kepaniteraan klinik) baik di Indonesia ataupun di luar negeri, tercatat / teregistrasi sebagai dokter 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 adalah seorang dokter sebagaimana kriteria diatas, yang kemudian menyelesaikan pendidikan spesialisasi bidang kedokteran tertentu, memiliki sertifikat kompetensi sebagai dokter spesialis dari kolegium yang sama dan memiliki Surat Ijin Praktek Tenaga Medis sebagai dokter 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 diagnosis, terapi atau rehabilitasi serta keperluan tindakan medik lainnya meminta bantuan jasa medik seorang (atau lebih) dokter/dokter spesialis sehingga terjadi suatu hubungan dokter – pasien.
- 6.10. Jumlah yang menjadi tanggung jawab tertanggung adalah jumlah yang ditunjukkan 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 ditunjukkan pada Pokok 5 dari Jadwal, keduanya pada pukul 12.01 siang waktu standar di alamat pihak Tertanggung, selama tanggal berakhir tersebut tidak mengalami perubahan sehubungan dengan Bagian 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 ditunjukkan pada Tanggal berakhir dalam Pokok 5 Jadwal Asuransi. Jika masa antara tanggal mulai dan tanggal berakhir sebagaimana disebut dalam Pokok 5 Jadwal Asuransi lebih sedikit dari 1 (satu) tahun, maka periode seperti itu akan dianggap sebagai satu-satunya 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 ditunjukkan pada Pokok 5 Jadwal Asuransi.
- 6.13. Bahan-bahan polusi adalah segala zat hasil pencemaran, baik berupa benda padat, cairan, gas atau zat panas yang memedihkan mata, termasuk dan tidak terbatas pada asap, uap, jelaga, asam, alkali, bahan kimia dan limbah. Istilah "limbah" yang digunakan dalam definisi ini termasuk material yang akan atau sedang dibuang, didaur ulang, direkondisi atau diusahakan dibuat dapat dipakai kembali.
- 6.14. Kerugian harta benda adalah kerusakan terhadap harta benda milik pasien, termasuk semua kerugian yang terjadi akibat penggunaan harta benda tersebut.

**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 Jadwal Asuransi 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 dari 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 memiliki 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 mengenai nama, 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 mengenai nama 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 ketidakcakupan, 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 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 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.

KLAUSULA JAMINAN TAMBAHAN

Dengan ini dicatat dan disetujui bahwa menyimpang dari ketentuan lingkup pertanggungungan dalam polis asuransi tanggung jawab hukum profesi dokter bahwa pertanggungungan ini diperluas dengan jaminan atas :

1. Pendampingan Klaim, berupa :
 - a. Konsultasi untuk setiap peristiwa klaim pasien
 - b. Pendampingan dalam menghadapi klaim
2. Analisis Medikolegal, berupa :
 - a. Investigasi kasus atas klaim yang dihadapi
 - b. Opini medikolegal atas klaim yang dihadapi
3. Penyuluhan Medikolegal, berupa :
 - a. Manajemen Resiko Medis untuk pencegahan klaim
 - b. Teknik menghadapi klaim dengan benar

Ketiga jaminan tersebut di atas juga berlaku pada masa pra peradilan dengan syarat dan ketentuan dalam polis tetap berlaku.



PROSEDUR
LAYANAN PENGADUAN KONSUMEN
PT. ASURANSI UMUM BUMIPUTERA MUDA 1967

Berdasarkan ketentuan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 18/POJK.07/2018 tentang Layanan Pengaduan Konsumen di Sektor Jasa Keuangan yang kemudian didukung dengan adanya Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan No.17/SEOJK.07/2018 tentang Pedoman Pelaksanaan Layanan Pengaduan Konsumen di Sektor Jasa Keuangan pada tanggal 6 Desember 2018. Dengan diterbitkannya peraturan ini, OJK berusaha untuk meningkatkan perlindungan terhadap pemangku kepentingan dan juga nasabah dan sebagai pelaksanaan tata kelola perusahaan yang baik.

Penerapan Kebijakan dan Prosedur tersebut di atas bertujuan agar PT. Asuransi Umum Bumiputera Muda 1967 ("Bumida 1967") dapat memberikan pelayanan yang baik bagi para konsumen dalam menjalankan kegiatan usahanya sesuai dengan visi dan misi PT. Asuransi Umum Bumiputera Muda 1967 serta melindungi kepentingan nasabahnya sesuai ketentuan yang berlaku, maka disusun Pedoman Layanan Pengaduan Nasabah ini dengan prosedur sebagai berikut:

1. Bertanggung jawab dapat menyampaikan pengaduan dengan cara :
 - a. **Lisan** : bertanggung jawab dapat mendatangi kantor cabang terdekat dan menyampaikan pengaduan melalui *customer service* / Petugas pelayanan nasabah atau melalui telepon dengan menginformasikan identitas bertanggung jawab, nomor polis, alamat, telepon, serta permasalahan yang diadukan.
 - b. **Tertulis** : Pengaduan secara tertulis dapat disampaikan melalui surat, email dan formulir online yang tertera di *website* perusahaan (www.bumida.co.id) dan dapat juga melalui Aplikasi Portal Perlindungan Konsumen yaitu <https://kontak157.ojk.go.id>.
2. Setiap informasi pengaduan Konsumen akan diregistrasi dalam dokumen pengaduan Konsumen.
3. Konsumen akan menerima Bukti Tanda Terima Pengaduan yang memuat informasi tentang nomor registrasi pengaduan, tanggal penerimaan pengaduan dan nomor telepon PIC (*Person In Charge*) unit Layanan Pengaduan yang dapat dihubungi.
4. Setiap pengaduan Konsumen yang diterima akan diverifikasi dan akan dikonfirmasi kembali kepada Konsumen.
5. Setiap pengaduan Konsumen harus melampirkan dokumen pendukung yang berkaitan langsung dengan permasalahan yang diadukan.



6. Pengaduan Konsumen tidak dapat ditindaklanjuti, jika:
 - a. Konsumen dan/atau Perwakilan Konsumen tidak melengkapi persyaratan dokumen sesuai dengan jangka waktu yang telah ditetapkan.
 - b. Pengaduan tidak terkait dengan kerugian dan/atau potensi kerugian materiil, wajar, dan secara langsung sebagaimana tercantum dalam perjanjian dan/atau dokumen Transaksi Keuangan.
7. Pengaduan Konsumen yang disampaikan secara lisan (melalui telepon atau datang langsung) akan ditindaklanjuti dan diselesaikan paling lambat 5 (lima) hari kerja setelah dokumen lengkap; Dalam hal dokumen pendukung belum dilengkapi oleh Konsumen, maka Konsumen harus menyampaikan pengaduan secara tertulis dengan melampirkan dokumen pendukung yang diperlukan.
8. Dalam hal pengaduan disampaikan secara lisan, maka Tanggapan Pengaduan akan dilakukan secara lisan dan/atau tertulis.
9. Pengaduan secara tertulis akan ditangani dan diselesaikan dalam 20 (dua puluh) hari kerja setelah tanggal penerimaan pengaduan diterima secara lengkap oleh Penanggung dan dapat diperpanjang sampai dengan paling lama 20 (dua puluh) hari kerja berikutnya apabila Penanggung memerlukan perpanjangan waktu untuk penyelesaian pengaduan tertanggung yang disebabkan oleh kondisi tertentu dengan memperhatikan ketentuan hukum yang berlaku. Dalam hal ini Penanggung akan memberitahukan secara tertulis kepada tertanggung sebelum jangka waktu 20 (dua puluh) hari kerja yang pertama berakhir.

Dalam hal pengaduan diajukan secara tertulis, maka tertanggung wajib melampirkan fotokopi identitas dan dokumen pendukung lainnya diantaranya :

- a. Foto copy KTP tertanggung dan/atau perwakilannya (jika diwakilkan).
 - b. Surat kuasa dari tertanggung yang diwakilkan (jika diwakilkan).
 - c. Foto copy polis.
 - d. Foto copy dokumen pendukung lainnya terkait permasalahan yang diadukan.
10. Dalam hal pengaduan disampaikan secara tertulis, maka Tanggapan Pengaduan akan dilakukan secara tertulis.
 11. Dalam hal Konsumen dan/atau Perwakilan Konsumen menolak Tanggapan atau menolak upaya penyelesaian Pengaduan, maka Konsumen wajib diberikan informasi mengenai upaya penyelesaian sengketa yang dapat dilakukan melalui pengadilan atau di luar pengadilan (Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa yang dimuat dalam Daftar Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa yang ditetapkan oleh Otoritas Jasa Keuangan).