RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN/ATAU LAYANAN UMUM
Salam Healthier Future Assurance (SHIFA) – Essential

Nama Perusahaan : **PT Sun Life Financial Syariah Indonesia ("Sunlife Syariah")**
Jenis produk : **Asuransi kesehatan**
Mata Uang : **Rupiah**

Deskripsi Produk:

SHIFA – Essential adalah produk asuransi kesehatan yang memberikan perlindungan kesehatan pada saat Peserta terdiagnosis salah satu dari 4 (empat) Penyakit Kritis utama yaitu stroke, kanker, penyakit kardiovaskular (penyakit jantung dan pembuluh darah jantung) dan gagal ginjal. Perlindungan yang diberikan berupa manfaat rawat inap, rawat jalan, dan pemulihan setelah perawatan. Produk ini memiliki 4 (empat) *Plan* yang dibedakan berdasarkan batasan tahunan per Penyakit Kritis dan wilayah cakupan perlindungan yaitu Indonesia dan Asia (tidak termasuk Hong Kong, Jepang dan Singapura).

FITUR UTAMA ASURANSI KESEHATAN

Usia masuk:
- Pemegang Polis: 18 – 80 tahun
- Peserta: 20 – 60 tahun

Santunan Asuransi:
Sesuai dengan Tabel Manfaat Asuransi dan Plan yang dipilih oleh Pemegang Polis

Masa Asuransi:
Satu tahun, dapat diperpanjang sampai Peserta berusia 100 tahun

Kontribusi:
Minimal Kontribusi yang dibayarkan mulai dari Rp1.478.000

Masa Pembayaran Kontribusi:
Maksimal sampai 99 tahun

Frekuensi Pembayaran Kontribusi:
Bulanan/Kuartalan/ Semesteran/Tahunan

Manfaat Produk:

a. **Manfaat Perawatan Penyakit Kritis**
Pengelola akan membayarkan sejumlah Nilai Manfaat Asuransi untuk Manfaat Rawat Inap, Rawat Jalan dan Pemulihan setelah Perawatan jika Peserta menderita Penyakit Kritis yang tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi di bawah.

b. **Manfaat Meninggal Dunia akibat Penyakit Kritis**
Pengelola akan membayarkan Santunan Asuransi sejumlah nilai perlindungan Manfaat Meninggal Dunia jika Peserta Meninggal Dunia dikarenakan Penyakit Kritis.

c. **Manfaat Santunan Penyakit Kritis**
Pengelola akan membayarkan Santunan Asuransi sejumlah nilai perlindungan jika tidak ada klaim yang diajukan dalam waktu 12 (dua belas) bulan sejak tanggal disetujuinya klaim Manfaat Asuransi yang terakhir oleh Pengelola.
Manfaat ini hanya dibayarkan 1 (satu) kali per Polis selama Polis berlaku.

d. **Manfaat Tunjangan Penyakit Kritis**
Pengelola akan membayarkan Santunan Asuransi apabila Peserta di-Diagnosis menderita Penyakit Kritis sebesar 50% (lima puluh persen) dari batas maksimum tagihan Rumah Sakit yang disetujui oleh Pengelola dikurangi dengan penggantian nilai klaim sebesar tagihan Rumah Sakit yang disetujui dari Koordinasi Manfaat (jika ada). Setiap pembayaran Manfaat Tunjangan Penyakit Kritis yang dibayarkan akan mengurangi Batas Tahunan per Penyakit Kritis sebagaimana yang tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi.

Risiko:
- **Risiko klaim** ditolak karena Peserta menderita Penyakit Kritis dan/atau meninggal dunia disebabkan oleh hal-hal yang termasuk dalam Pengecualian atau karena tidak menyampaikan riwayat sakit saat pengajuan asuransi.
- **Risiko ekses klaim** yaitu risiko tidak dibayarkannya ekses klaim karena telah melebihi batas manfaat asuransi.
- **Risiko pembatalan sepihak/ditutup oleh Pengelola** apabila Kontribusi Asuransi tidak dibayarkan dalam waktu 60 hari sejak tanggal jatuh tempo atau pembatalan akibat adanya informasi, keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang keliru atau tidak benar atau terdapat penyembunyian keadaan pada formulir pengajuan asuransi.

***Ujrah*:**
- Iuran Tabarru dan *Ujrah* dikenakan terhadap Kontribusi sebesar:
  a. **Iuran *Tabarru***: 45% (empat puluh lima persen) dari Kontribusi.
  b. ***Ujrah:*** 55% (lima puluh lima persen) dari Kontribusi.
- *Ujrah* Pencetakan Polis dikenakan sebesar Rp150.000 apabila Pemegang Polis menghendaki Polis dalam bentuk cetak (*hardcopy*).

Tabel Manfaat Asuransi SHIFA – Essential

Manfaat	Indo 1	Indo 2	Asia 1	Asia 2
Wilayah Perlindungan	Indonesia		Asia (Tidak termasuk: Hong Kong, Jepang, Singapura)	
Cakupan Penyakit Kritis	*Stroke* + Kanker + Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah Jantung + Gagal Ginjal			
Batas Tahunan per Penyakit Kritis	Rp500.000.000	Rp1.000.000.000	Rp1.000.000.000	Rp2.000.000.000
Manfaat Perawatan Penyakit Kritis terdiri dari:				
a. Manfaat Rawat Inap				
Kamar Rumah Sakit (per hari)	Kamar perawatan tarif terendah dengan dua tempat tidur atau kamar perawatan lainnya dengan harga maksimal:		Kamar perawatan tarif terendah dengan satu tempat tidur atau kamar perawatan lainnya dengan harga maksimal:	
	Rp1.000.000	Rp1.000.000	Rp1.500.000	Rp1.500.000
	Maksimal 150 hari per Tahun Polis			
Rawat Inap di Perawatan intensif	Sesuai tagihan			
	Maksimal 150 hari per Tahun Polis			
Kunjungan Dokter/Dokter Ahli selama Rawat Inap	Sesuai tagihan			
	Maksimal 2 kunjungan per hari			
Biaya Pembedahan	Sesuai tagihan			
Biaya Rumah Sakit Lainnya				
Rawat Inap Paliatif untuk Kanker				
Transplantasi Ginjal (per Polis per transplantasi)	Maksimal Rp750.000.000			
	Maksimal dibayarkan sebanyak 2 kali selama Polis berlaku (Pembayaran manfaat ini tidak mengurangi Batas Tahunan per Penyakit Kritis)			
b. Manfaat Rawat Jalan				
Pemeriksaan Penunjang	Sesuai tagihan			
Manfaat Pemantauan Kanker	Sesuai tagihan			
	Maksimal 5 tahun sejak tanggal penyelesaian perawatan yang aktif			
Pembedahan Pulang Hari	Sesuai tagihan			
Konsultasi Sebelum/Setelah Perawatan				
Rawat Jalan Kanker				
Rawat Jalan Paliatif karena Kanker				
Batas Tahunan Rawat Jalan Cuci Darah (per Tahun Polis)	Maksimal Rp200.000.000			
c. Manfaat Pemulihan setelah Perawatan				
Konsultasi ahli gizi (per kunjungan)	Rp300.000	Rp300.000	Rp450.000	Rp650.000
	Maksimal 1 kunjungan per hari dan 60 kunjungan per Penyakit Kritis			
Konseling psikolog (per kunjungan)	Rp400.000	Rp400.000	Rp650.000	Rp800.000
	Maksimal 1 kunjungan per hari, maksimal 30 kunjungan per Penyakit Kritis			
Konsultasi ahli fisioterapi, ahli terapi okupasi, ahli terapi wicara dengan rujukan Dokter Ahli (per kunjungan)	Rp300.000	Rp300.000	Rp450.000	Rp650.000
	Maksimal 1 kunjungan per hari, Maksimal 90 kunjungan per Penyakit Kritis			

Alat Bantu Medis (per Penyakit Kritis)	Rp25.000.000	Rp25.000.000	Rp35.000.000	Rp45.000.000
Perawatan di Rumah (per hari)	Rp500.000	Rp500.000	Rp700.000	Rp800.000
	Maksimal 60 hari per Penyakit Kritis			
Biaya rambut palsu karena Kanker (dibayarkan 1 kali)	Rp4.000.000	Rp4.000.000	Rp5.000.000	Rp5.000.000
Jasa Penilaian dan Pemasangan Peralatan Rumah untuk keselamatan penderita *Stroke* (dibayarkan 1 kali)	Rp30.000.000	Rp30.000.000	Rp50.000.000	Rp50.000.000
Manfaat Lain-lain				
Manfaat Meninggal Dunia akibat Penyakit Kritis	Rp200.000.000	Rp200.000.000	Rp300.000.000	Rp400.000.000
Manfaat Santunan Penyakit Kritis (*Celebration Benefit*)	Rp25.000.000	Rp25.000.000	Rp30.000.000	Rp35.000.000
	Pembayaran Manfaat ini tidak mengurangi Batas Tahunan per Penyakit Kritis			
Manfaat Tunjangan Penyakit Kritis	50% dari batas maksimum tagihan Rumah Sakit yang disetujui oleh Pengelola dikurangi nilai Koordinasi Manfaat yang dibayarkan (jika ada).			

Keterangan:
- Berlaku Masa Tunggu 180 (seratus delapan puluh) hari sejak tanggal berlaku asuransi ini atau tanggal pemulihan polis terakhir, mana yang paling akhir.
- Manfaat SHIFA – Essential dibayarkan untuk perawatan karena Penyakit Kritis yang diasuransikan dengan nilai manfaat tidak melebihi batas tahunan keseluruhan dalam satu tahun polis.
- Rawat Inap berarti adalah Perawatan di Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi Dokter dan/atau Dokter Ahli tempat Peserta dirawat karena Penyakit Kritis dengan dibuktikan tagihan atas kamar Rumah Sakit.
- Manfaat Pemulihan setelah Perawatan dan Manfaat Lain-lain akan dibayarkan apabila Manfaat Rawat Inap disetujui oleh Pengelola.
- Setiap pembayaran Manfaat Tunjangan Penyakit Kritis yang dibayarkan akan mengurangi Batas Tahunan per Penyakit Kritis sebagaimana yang tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi.

Pengecualian

Hal – hal yang menyebabkan Manfaat Asuransi SHIFA – Essential tidak dibayarkan:
- Polis berakhir atau tidak aktif (*lapse*);
- Data pengajuan klaim tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya;
- Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya, kecuali ditentukan lain oleh Pengelola secara tertulis; atau
- Jika Peserta mengalami gejala-gejala, menjalani investigasi atau didiagnosis salah satu dari Penyakit Kritis dalam Masa Tunggu; atau
- Segala penggunaan dan / atau penyalahgunaan obat dan / atau alkohol; atau
- Bedah plastik / kosmetik, kacamata, alat bantu dan perawatan terhadap kelainan refraksi mata atau pembedahan opsional apapun; atau
- Pemeriksaan kesehatan / *Medical Check Up*, pemulihan, kustodian atau perawatan lain; atau
- Peserta terdiagnosis virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dan/atau yang berhubungan dengan Penyakit tersebut, termasuk AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) dan/atau mutasinya atau variasi dari virus tersebut; atau
- Segala teknologi, prosedur atau terapi medis yang bersifat eksperimental, belum terbukti atau tidak konvensional, atau novel drugs atau obat-obatan atau terapisel induk (*stem cell*) atau *Digital Subtraction Angiography* (DSA) dengan flushing heparin yang belum disetujui oleh pemerintah, otoritas terkait dan/atau asosiasi medis di Indonesia dan / atau negara atau daerah dimana perawatan dijalani; atau
- Segala kondisi medis atau komplikasi atau segala tambahan atau peningkatan biaya perawatan dari Peserta dari hasil perawatan yang bersifat eksperimental; atau
- Uji genetik yang dilakukan untuk menguji kecenderungan genetik terhadap Penyakit yang diasuransikan; atau
- Rawat Inap yang tidak sesuai dengan diagnosis dan perawatan untuk kondisi yang bersangkutan, dimana Rawat Inap diperlukan; atau
- Segala Rawat Inap, perawatan, prosedur, peralatan atau servis medis lainnya yang tidak diperlukan secara medis; atau
- *Screening* atau *check-up* untuk mengetahui adanya Penyakit Kritis dalam dasar untuk mencegah atau dimana tidak ada gejala atau sejarah adanya Penyakit Kritis meskipun dengan rekomendasi dokter; atau
- Segala perawatan yang berlangsung tanpa diagnosis yang jelas atas adanya Penyakit Kritis pada tubuh Peserta seperti yang didefinisikan; atau

- Vaksinasi dan imunisasi terhadap Peserta untuk mencegah Penyakit Kritis; atau
- Akibat Kontaminasi nuklir, biologis atau kimia, perang dan terorisme kecuali dalam Masa Tunggu akibat karena Kecelakaan dan/atau Keadaan Kahar; atau
- Perawatan untuk segala kondisi mental atau psikiatrik, termasuk tapi tidak terbatas pada kegilaan, kelainan / gangguan mental atau nervous, depresi, dementia, atau penyakit *Alzheimer*; atau
- Rawat Inap atau perawatan medis yang lebih dari batas kewajaran, sebagaimana ditentukan oleh pihak asuransi; atau
- Perawatan yang terkait terhadap kehamilan, persalinan atau segala kondisi yang muncul dari kehamilan dan persalinan, termasuk penghentian kehamilan karena alasan apapun; atau
- Perawatan secara langsung atau tidak langsung yang muncul atau atas akibat dari perang, invasi, permusuhan suatu negara dengan negara lain, pertempuran (dengan atau tanpa pernyataan perang), perang saudara, terorisme, pemberontakan, partisipasi aktif dalam pemogokan, huru hara atau kerusuhan, revolusi, pemberontakan atau kudeta atau perebutan kekuasaan kecuali dalam Masa Tunggu akibat karena Kecelakaan dan/atau Keadaan Kahar; atau
- Perawatan untuk cedera fisik akibat kecelakaan atau penyakit yang disebabkan oleh perbuatan diri sendiri yang disengaja; atau segala percobaan bunuh diri dalam keadaan waras atau tidak waras; atau pemaparan terhadap bahaya yang disengaja (kecuali untuk menyelamatkan nyawa seseorang); atau
- Perawatan untuk cedera fisik akibat kecelakaan atau penyakit yang disebabkan oleh tindakan pelanggaran hukum atau percobaan melakukan pelanggaran hukum, atau penolakan untuk ditahan; atau
- Perawatan untuk kondisi apa pun yang telah dinyatakan sebagai epidemi atau pandemi oleh badan hukum yang diakui setempat atau Organisasi Kesehatan Dunia; atau
- Perawatan untuk cedera fisik akibat kecelakaan atau penyakit yang disebabkan oleh olahraga professional, segala macam balapan, menyelam dengan menggunakan alat pernafasan, olahraga udara, aktivitas seperti layang gantung, ballooning, dan segala macam aktivitas atau olahraga yang berbahaya, kecuali dengan persetujuan tertentu.
- Manfaat Asuransi dan/atau Manfaat Asuransi Tambahan (jika ada) tidak akan dibayarkan oleh Pengelola apabila Pemegang Polis dan/atau Peserta menyampaikan Informasi Nasabah sebagaimana dimaksud dalam Ketentuan Polis yang tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya atau dengan sengaja dipalsukan.

PERSYARATAN DAN TATA CARA

Cara Pembelian



* Dokumen:

- Formulir Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah (SPAJ Syariah).
- Salinan identitas diri seperti KTP/Paspor.
- Kuesioner tambahan, jika diperlukan.
- Sun *Financial Check Up*.
- Formulir *Alteration of Application* untuk perubahan pada SPAJ Syariah.
- Bukti pembayaran Kontribusi.

Pusat Layanan Nasabah

Hubungi Pusat Layanan Nasabah untuk menyampaikan pertanyaan seputar syarat dan ketentuan lebih lanjut mengenai Produk Asuransi ini atau keluhan sesuai informasi yang dapat dilihat pada website: www.sunlife.co.id/id/about-us/contact-us/client-service-center/ atau dengan menghubungi langsung pada jam kerja dari hari Senin sampai Jumat, kecuali hari libur nasional, melalui informasi berikut:

Call Center
021 50995121

E-mail
sli_care.syariah@sunlife.com

***Whatsapp* Interaktif (WAI)**
08132-1500786

Surat-menyurat
PT Sun Life Financial Syariah Indonesia
Pusat Layanan Nasabah
Menara Sun Life Indonesia, Lantai 11
Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung
Blok 6.3
Kawasan Mega Kuningan
Jakarta Selatan 12950

SIMULASI PRODUK

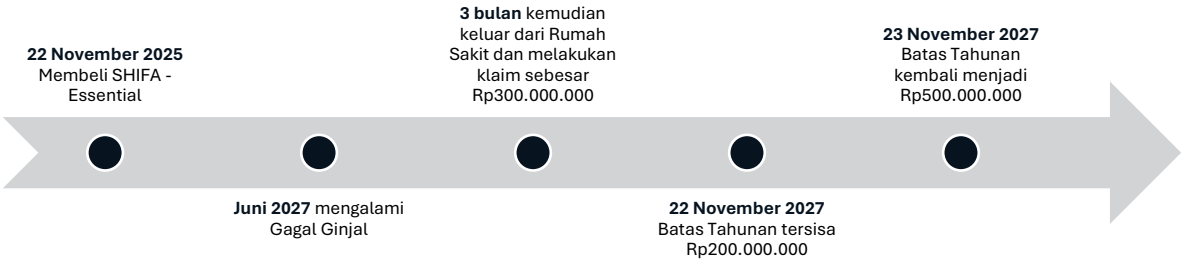
Peserta	: Bpk Abdul
Polis Terbit	: 22 November 2025
Usia	: 40 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Plan	: Indo 1
Kontribusi Tahunan	: Rp2.024.000
Batas Tahunan per Penyakit Kritis	: Rp500.000.000
Manfaat Meninggal Dunia akibat Penyakit Kritis	: Rp200.000.000
Wilayah Cakupan Perlindungan	: Indonesia

Contoh 1 – Klaim dalam Masa Tunggu

Bpk Abdul terkena Stroke* dan membutuhkan Rawat Inap pada tanggal 15 Januari 2026 dan terhitung Masa Tunggu (180 hari). Pengelola tidak membayarkan Manfaat Asuransi SHIFA – Essential sesuai ketentuan Polis dan tidak akan dicover seterusnya untuk penyakit Stroke yang terjadi. Namun perlindungan masih berjalan untuk 3 Penyakit Kritis lainnya.

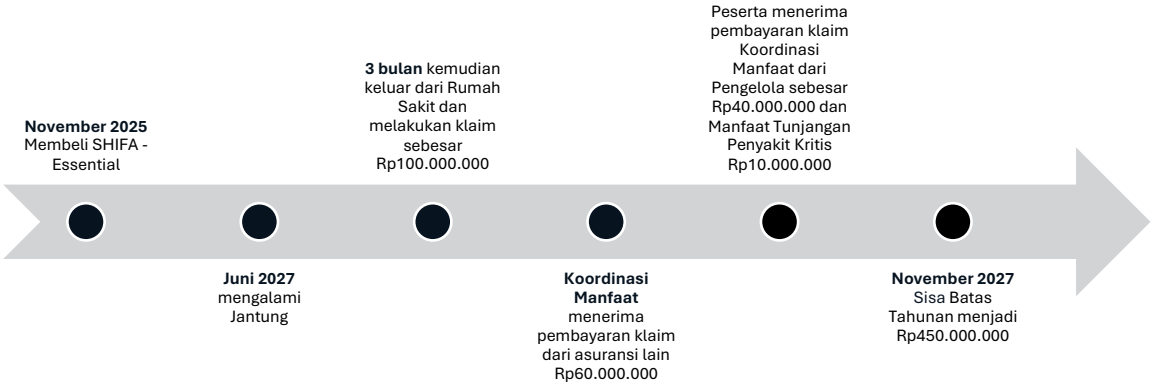
Contoh 2 – Klaim setelah Masa Tunggu

Bpk Abdul berusia 40 tahun membeli produk SHIFA - Essential untuk *Plan* Indo 1. Setahun kemudian Bpk Abdul mengalami Gagal Ginjal* dan dibawa ke rumah sakit untuk menjalani perawatan. Jumlah keseluruhan biaya total perawatan adalah Rp300.000.000 dan Bpk Abdul melakukan klaim berdasarkan polis SHIFA – Essential untuk *Plan* Indo 1, pembayaran dilakukan sesuai dengan manfaat dan pengecualian sesuai klaim, sehingga pada tahun berjalan jumlah batas tahunan Bpk Abdul yang tersisa adalah Rp200.000.000 dan di bulan November tahun berikutnya batas Tahunan Bpk Abdul kembali menjadi Rp500.000.000.



Contoh 3 - Klaim Manfaat Tunjangan Penyakit Kritis

Bpk Abdul membeli produk SHIFA – Essential untuk Plan Indo 1. Setahun kemudian Bpk Abdul ter-Diagnosis penyakit Jantung* yang menyebabkan Bpk Abdul dirawat inap. Berjalannya waktu Bpk Abdul keluar dari Rumah Sakit dengan jumlah tagihan Rumah Sakit sebesar Rp100.000.000. Bpk Abdul melakukan koordinasi atas produk asuransi kesehatan lainnya dan menerima sebesar Rp60.000.000 dari pembayaran Koordinasi Manfaat perusahaan lain. Total nilai klaim dari tagihan rumah sakit yang disetujui oleh Pengelola adalah Rp.100.000.000. Maka, Pengelola akan membayarkan Santunan Asuransi dari Koordinasi Manfaat sebesar Rp40.000.000 yang merupakan selisih biaya total tagihan Rumah Sakit. Kemudian, Pengelola akan membayarkan Manfaat Tunjangan Penyakit Kritis sebesar Rp10.000.000 yang merupakan 50% (lima puluh persen) Total Tagihan Rumah Sakit yang disetujui Pengelola dikurangi dengan nilai Koordinasi Manfaat yang dibayarkan.



*) Sesuai dengan ketentuan Polis

Contoh 4 - Klaim Manfaat Meninggal Dunia akibat Penyakit Kritis
Bpk Abdul membeli produk SHIFA – Essential untuk *Plan* Indo 1. Setahun kemudian Bpk Abdul ter Diagnosis penyakit Kanker* yang menyebabkan Bpk Abdul Meninggal Dunia di Masa Berlaku Polis maka Pengelola akan membayar Manfaat Meninggal Dunia akibat Penyakit Kritis kepada ahli waris sebesar Rp200.000.000.

INFORMASI TAMBAHAN

Pengertian umum atas istilah-istilah sebagai berikut:

- **Pemegang Polis**
  Individu atau badan yang mengadakan perjanjian dengan PT Sun Life Financial Syariah Indonesia (Sunlife Syariah).
- **Pengelola**
  PT Sun Life Financial Syariah Indonesia (Sunlife Syariah).
- **Santunan Asuransi**
  adalah sejumlah uang yang merupakan nilai dari Manfaat Asuransi yang diambil dari Dana *Tabarru'* yang akan dibayarkan pada saat Peserta mengalami Musibah yang diasuransikan sebagaimana tercantum dalam Polis.
- **Peserta**
  Individu yang atas dirinya diberikan perlindungan asuransi atas risiko sesuai dengan manfaat produk.
- **Polis**
  Perjanjian asuransi antara Pemegang Polis dengan Sunlife Syariah.
- **Penerima Manfaat**
  Individu atau badan yang menerima manfaat atas produk.
- **Batas Tahunan per Penyakit Kritis**
  Batas nilai maksimal yang diasuransikan per Penyakit Kritis untuk setiap Tahun Polis sesuai Plan Manfaat Asuransi yang dipilih sebagaimana tercantum dalam Tabel Manfaat Asuransi SHIFA - Essential.
- **Kontribusi**
  adalah sejumlah uang yang harus dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Pengelola selama Masa Pembayaran Kontribusi, sehubungan dengan diadakannya Polis sebagaimana tercantum dalam Ringkasan Polis.
- **Dana *Tabarru'***
  Kumpulan dana yang berasal dari Kontribusi para Pemegang Polis dan hasil pengembangannya, yang mekanisme penggunaannya sesuai dengan Akad Tabarru' yang disepakati.

Hal – hal yang perlu diperhatikan:

1. Kontribusi

- Kontribusi yang dibayarkan menggunakan faktor pengali terhadap Kontribusi bulanan sebagai berikut:

Frekuensi Pembayaran Kontribusi	Modal Faktor x Kontribusi Bulanan
Tahunan	10
Semesteran	5,2
Kuartalan	2,7
Bulanan	1

- Kontribusi yang dibayarkan sudah memperhitungkan komponen biaya-biaya dan/atau komisi yang diberikan oleh Sunlife Syariah sebagai perusahaan asuransi kepada tenaga pemasar dan Bank sebagai mitra kerjasama.

2. Toleransi dan Kelebihan Biaya

- Jika Peserta memilih kelas Kamar Rumah Sakit di atas kelas yang sesuai hak, maka penggantian manfaat akan dibayarkan secara prorata sejak hari pertama rawat inap dengan ketentuan sebagai berikut:
  a. Untuk kamar Rumah Sakit penggantian maksimal sesuai dengan hak Peserta.
  b. Untuk manfaat-manfaat lainnya, penggantian diberikan sesuai dengan rumusan dibawah ini, atau sesuai manfaat yang tertera pada Polis, mana yang lebih rendah

$$\frac{\text{Harga Kamar sesuai hak Peserta}}{\text{Harga Kamar yang digunakan Peserta}} \times \text{Tagihan yang diasuransikan}$$

3. Koordinasi Manfaat

Apabila Peserta memiliki lebih dari satu perlindungan asuransi kesehatan yang memiliki manfaat yang sama maka Pengelola akan membayarkan selisih tagihan Rumah Sakit sebesar yang telah disetujui Pengelola setelah melakukan koordinasi atas produk asuransi kesehatan lainnya baik itu yang diterbitkan oleh Pengelola, perusahaan asuransi lain, atau asuransi program pemerintah yang dimiliki Peserta.

4. Perpanjangan Polis

Polis akan diperpanjang secara otomatis pada setiap Ulang Tahun Polis untuk tahun Polis berikutnya berdasarkan syarat dan ketentuan baru (jika ada) yang ditentukan oleh Pengelola serta Kontribusi telah dibayarkan pada Tanggal Jatuh Tempo Kontribusi, kecuali Pengelola memutuskan tidak memperpanjang Polis.

5. Perubahan Manfaat

- Perubahan manfaat asuransi SHIFA – Essential dapat dilakukan pada saat ulang tahun Polis, dengan memenuhi ketentuan yang berlaku.
- Perubahan Manfaat Asuransi yang dapat dilakukan adalah dengan mengubah pemilihan batasan nilai Manfaat Asuransi yang lebih besar atau lebih kecil dan perubahan tersebut akan mengubah nilai manfaat lainnya yang diasuransikan dalam Ketentuan Polis.

6. Setiap 1 (satu) Peserta hanya dapat memilliki 1 (satu) produk SHIFA – Essential

7. Surplus *Underwriting*

Surplus *Underwriting* adalah selisih lebih dari total kontribusi Pemegang Polis ke dalam Dana *Tabarru'* ditambah total *recovery* klaim dari reasuransi dikurangi pembayaran santunan asuransi/klaim/manfaat, kontribusi reasuransi, dan kenaikan penyisihan teknis, dalam satu periode tertentu.

Pemegang Polis berhak atas Surplus *Underwriting* dengan ketentuan bahwa:

a. Polis masih dan telah berlaku sekurang-kurangnya 12 (dua belas) bulan pada saat perhitungan Surplus *Underwriting* yaitu pada akhir tahun keuangan;
b. Surplus *Underwriting* akan dihitung setelah 12 (dua belas) bulan Polis berlaku;
c. Pemegang Polis tidak pernah mengajukan klaim atau menerima pembayaran Santunan Asuransi selama periode perhitungan Surplus *Underwriting*;
d. Seluruh Kontribusi telah dibayar lunas pada saat perhitungan Surplus *Underwriting*; dan
e. Polis masih berlaku pada tanggal pembayaran Surplus *Underwriting*.

Surplus *Underwriting* pada setiap akhir tahun keuangan (jika ada) akan dibagikan setelah dikurangi *Qardh* (jika ada) sesuai dengan persentase pembagian (nisbah) sebagai berikut:

- Pemegang Polis : 50%
- Pengelola : 40%
- Dana *Tabarru'* : 10%

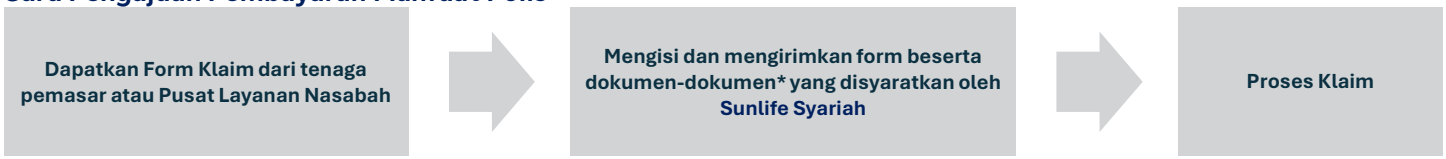
Dalam hal Surplus *Underwriting* yang menjadi hak Pemegang Polis lebih kecil dari Rp50.000 maka akan disalurkan kepada lembaga sosial yang memiliki izin dari lembaga pemerintah Indonesia yang berwenang.

8. Pemulihan Polis*

Pemulihan Polis apabila Polis tidak aktif (*Lapse*) selama tidak lebih dari 1 (satu) tahun dari tanggal berakhirnya asuransi.

*) Ketentuan Pemulihan Polis lebih lengkap mengacu kepada Ketentuan Polis.

Cara Pengajuan Pembayaran Manfaat Polis



1. Biaya–biaya yang ditimbulkan oleh Pemegang Polis/Penerima Manfaat untuk mendapatkan dokumen-dokumen dalam mengajukan permintaan Manfaat Asuransi seluruhnya menjadi beban Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.

2. Seluruh dokumen yang merupakan bukti permintaan pembayaran Manfaat Asuransi yang diajukan kepada Pengelola harus menggunakan Bahasa Indonesia atau Inggris. Apabila dilakukan penerjemahan ke dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris maka penerjemahan tersebut harus dilakukan oleh penerjemah tersumpah, atas biaya Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.

3. Manfaat Perawatan Penyakit Kritis dapat diajukan dengan cara *Reimbursement* dan *Cashless*.

4. Pengajuan klaim Manfaat Perawatan Penyakit Kritis untuk pertama kali, Peserta wajib melakukan pembayaran terlebih dahulu atas seluruh biaya Perawatan kepada Rumah Sakit dan kemudian mengajukan *Reimbursement* dengan melengkapi dokumen klaim Manfaat Perawatan Penyakit Kritis sebagaimana yang tercantum dalam ketentuan Polis.

5. Pengajuan klaim *Reimbursement* harus disampaikan kepada Pengelola secara tertulis dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak Peserta selesai menjalani perawatan.

6. Setelah klaim Rawat Inap pertama disetujui dan dibayarkan oleh Pengelola, Peserta dapat menggunakan Cashless di Rumah Sakit rekanan Pengelola untuk Manfaat Perawatan Penyakit Kritis selanjutnya sesuai ketentuan yang berlaku.

*** Dokumen-dokumen klaim:**

7. Pengajuan klaim manfaat Meninggal Dunia dilakukan selambat-lambatnya 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak tanggal Peserta Meninggal Dunia dengan dilengkapi dokumen-dokumen sebagai berikut:
   a. Formulir pengajuan klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap dan telah ditandatangani oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat atau kuasanya (asli);
   b. Formulir Surat Keterangan Dokter yang diisi dengan lengkap dan benar oleh Dokter yang sah dan berwenang (asli);
   c. Polis (salinan);
   d. Tanda bukti diri Peserta (fotokopi);
   e. Tanda bukti diri Penerima Manfaat atau yang mengajukan klaim bila klaim diajukan oleh kuasa dari Pemegang Polis atau Penerima Manfaat (fotokopi);
   f. Surat kuasa mengajukan klaim apabila klaim diajukan oleh kuasa dari Penerima Manfaat (asli);
   g. Surat keterangan Meninggal Dunia dari Dokter wajib dilegalisasi minimal oleh Kedutaan atau Konsulat Jenderal RI setempat, apabila Peserta Meninggal Dunia di luar negeri (fotokopi);
   h. Akta Meninggal Dunia dari catatan sipil (fotokopi yang dilegalisasi);
   i. Laporan pemeriksaan jenazah *(visum et repertum)* atau autopsi dari Dokter yang sah dan berwenang apabila disyaratkan oleh Pengelola (fotokopi yang dilegalisasi);
   j. Surat keterangan dari Kepolisian jika Peserta Meninggal Dunia karena Kecelakaan atau hal lain yang tidak wajar (fotokopi yang dilegalisasi);
   k. Penetapan pengadilan dalam hal Peserta dinyatakan hilang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan (fotokopi); dan
   l. Riwayat kesehatan Peserta yang dikeluarkan oleh rumah sakit dimana Peserta yang Meninggal Dunia pernah melakukan pengecekan kesehatan atau menerima pengobatan atau perawatan, termasuk salinan seluruh hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi, catatan medis/resume medis Peserta (apabila disyaratkan oleh Pengelola); dan
   m. Dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu oleh Pengelola yang berkaitan dengan klaim Manfaat Asuransi.

8. Pengajuan klaim Manfaat Perawatan Penyakit Kritis wajib dilakukan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal Peserta menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit baik karena Kecelakaan maupun karena Penyakit, dengan dilengkapi dokumen-dokumen sebagai berikut:
   a. Formulir pengajuan klaim yang telah dilengkapi oleh Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat apabila Pemegang Polis telah Meninggal Dunia (asli);
   b. Formulir Surat Keterangan Dokter asli yang diisi dengan benar dan lengkap oleh Dokter yang sah dan berwenang;
   c. Kuitansi biaya Perawatan yang dikeluarkan Rumah Sakit yang bersangkutan untuk Peserta yang menjalani Rawat Inap dengan/atau tanpa Pembedahan yang dikeluarkan Rumah Sakit bersangkutan (asli);
   d. Rincian biaya Perawatan Rumah Sakit dan/atau Dokter yang merawat (asli atau salinan yang dilegalisasi oleh Rumah Sakit);
   e. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang medis (laboratorium, radiologi dan lain sebagainya);
   f. Bukti diri dari Peserta dan Pemegang Polis (fotokopi);
   g. Surat Berita Acara dari Kepolisian dalam hal Perawatan disebabkan oleh Kecelakaan (asli);
   h. Surat keterangan dari Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) atau Konsulat Jenderal setempat dalam hal Kecelakaan di luar negeri (asli); dan
   i. Dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu oleh Pengelola terkait dengan klaim Manfaat Santunan harian Rawat Inap.

9. Pengajuan klaim Manfaat Tunjangan Penyakit Kritis wajib dilakukan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal Peserta menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit karena Penyakit Kritis, dengan dilengkapi dokumen-dokumen sebagai berikut:
   a. Formulir pengajuan klaim yang telah dilengkapi oleh Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat apabila Pemegang Polis telah Meninggal Dunia;
   b. Formulir Surat Keterangan Dokter asli yang diisi dengan benar dan lengkap oleh Dokter yang sah dan berwenang;
   c. Kuitansi biaya Perawatan yang dikeluarkan Rumah Sakit yang bersangkutan untuk Peserta yang menjalani Rawat Inap dengan/atau tanpa Pembedahan yang dikeluarkan Rumah Sakit bersangkutan (asli);
   d. Surat keterangan Koordinasi Manfaat biaya Perawatan dari perusahaan asuransi lain atau asuransi program pemerintah yang telah membayarkan Manfaat Asuransi yang sama untuk Peserta.
   e. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang medis (laboratorium, radiologi dan lain sebagainya);
   f. Bukti diri dari Peserta dan Pemegang Polis (fotokopi); dan
   g. Dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu oleh Pengelola terkait dengan klaim Manfaat Tunjangan Penyakit Kritis.

10. Pengelola akan membayar Manfaat Asuransi setelah seluruh persyaratan klaim sebagaimana diatur dalam Polis telah diterima secara lengkap dan disetujui oleh Pengelola. Pengelola mempunyai hak untuk menolak klaim yang diajukan atau menolak untuk membayar Manfaat Asuransi apabila klaim yang diajukan tidak memenuhi syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan dalam Polis.

- Pengelola wajib untuk menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum efektif berlakunya perubahan.
- Pemegang Polis akan menerima penawaran produk Sunlife Syariah lainnya dan peningkatan kapasitas pelayanan apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi.
- Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan ini serta Informasi lain mengenai promosi, biaya, manfaat, dan risiko dapat diakses melalui tautan https://www.sunlife.co.id/id/syariah/products-overview/bank-muamalat-indonesia/health-protection/shifa-essential/.

Catatan Penting

- Calon Pemegang Polis harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan ini dan berhak bertanya kepada tenaga pemasar Sunlife Syariah atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan ini.
- Pembelian produk asuransi merupakan komitmen jangka panjang. Pengakhiran/Penebusan Polis akan menyebabkan hilangnya Manfaat Asuransi dan Kontribusi yang telah dibayarkan kepada Sunlife Syariah tidak dapat ditarik kembali.
- Sunlife Syariah dapat menolak permohonan produk asuransi ini apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
- Syarat dan ketentuan mengenai produk ini berlaku sesuai dengan Polis.
- Simulasi produk atas manfaat pada Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan ini yang akan calon Peserta terima di masa yang akan datang dapat terdampak faktor inflasi yang dapat menyebabkan penurunan daya beli mata uang, termasuk namun tidak terbatas pada inflasi biaya medis dan pengalaman klaim sehingga nilai manfaat yang akan diterima di masa mendatang menjadi berbeda dengan saat ini.
- Kontribusi yang dinyatakan pada Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan ini tidak dijamin. Sunlife Syariah dapat melakukan perubahan atas Kontribusi tersebut sewaktu-waktu dengan mempertimbangan kondisi dan asumsi risiko, termasuk namun tidak terbatas pada inflasi biaya medis dan pengalaman klaim. Pemberitahuan atas perubahan Kontribusi tersebut akan disampaikan kepada Pemegang Polis dalam waktu tidak kurang dari 30 (tiga puluh) hari kerja sebelum perubahan Kontribusi diberlakukan.
- Dalam hal Pemegang Polis membatalkan Perlindungan dalam masa mempelajari polis (*Free Look Period*) maka Polis akan dibatalkan dan Kontribusi yang telah dibayarkan kepada Sunlife Syariah akan dikembalikan dikurangi biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan penerbitan Polis termasuk biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada) yang ditetapkan oleh Pengelola.
- Sunlife Syariah dapat melakukan peninjauan atas kondisi Peserta setiap Ulang Tahun Polis. Persyaratan tambahan, termasuk pemeriksaan Kesehatan dapat dimintakan tergantung pada kondisi Peserta saat ulang tahun Polis.
- Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan ini merupakan penjelasan singkat mengenai produk asuransi yang dipasarkan oleh Sunlife Syariah, yang bukan merupakan bagian dari Polis dan bukan merupakan perjanjian antara Pemegang Polis dan Sunlife Syariah.
- Untuk informasi lebih lanjut terkait dengan Produk dan Layanan maka dapat menghubungi Tenaga Pemasar atau Pusat Layanan.
- PT Bank Muamalat Indonesia, Tbk hanya bertindak sebagai pihak yang mereferensikan produk asuransi dari Sunlife Syariah, sehingga PT Bank Muamalat Indonesia, Tbk tidak bertanggung jawab atas Polis asuransi yang diterbitkan oleh Sunlife Syariah dan setiap klaim serta risiko yang timbul dari pengelolaan produk ini.
- Produk asuransi ini telah disetujui dan tercatat oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

- PT Sun Life Financial Syariah Indonesia berizin dan diawasi oleh OJK.
- Penjelasan selengkapnya dapat Pemegang Polis pelajari pada Polis yang akan diterbitkan apabila pengajuan asuransi disetujui.

PT Sun Life Financial Syariah Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan