

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum

IFG Life

Dana Hari Tua

Asuransi Purna Jabatan





IFG Life Dana Hari Tua

IFG Life Dana Hari Tua adalah produk asuransi jiwa yang bertujuan untuk memberikan perlindungan keuangan terhadap ahli waris Tertanggung atas risiko meninggal dunia yang dialami Tertanggung sebelum mencapai Usia tertentu dan sekaligus memberikan manfaat sebagai tabungan hari tua pada saat Tertanggung hidup mencapai Usia tertentu yang syarat dan ketentuannya diatur dalam Perjanjian Asuransi. Produk ini juga memberikan Manfaat Asuransi Cacat Tetap Total akibat kecelakaan dan Penyakit Kritis yang dapat dipilih oleh Pemegang Polis.

Berikut ini adalah Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Personal IFG Life Dana Hari Tua. Harap dibaca dan dipelajari dengan teliti.

PENTING: Anda dapat berkonsultasi dengan perencana/penasehat keuangan sebelum berkomitmen untuk membeli produk asuransi ini. Namun apabila Anda memilih untuk tidak melakukannya, maka Anda bertanggung jawab penuh dalam memastikan bahwa produk ini telah sesuai dengan kebutuhan dan tujuan asuransi Anda.

Fitur Utama Asuransi	
Usia Masuk Tertanggung	17 – 69 tahun Penentuan Usia Tertanggung dan Pemegang Polis berdasarkan usia terdekat (<i>Nearest birthday</i>) Diluar usia tersebut dapat diterima case per case sesuai dengan persetujuan Penanggung.
Masa Asuransi	Dimulai sejak Premi diterima oleh Penanggung sampai akhir Masa Asuransi, dimana akhir Masa Asuransi disesuaikan dengan ketentuan Perusahaan selaku Pemegang Polis. Masa Pertanggungan yaitu sampai dengan Usia Pensiun Tertanggung sesuai ketentuan Perusahaan selaku Pemegang Polis.
Uang Asuransi	Uang Asuransi Kematian Minimal Rp1.000.000 Maksimum Rp10.000.000.000
Masa Pembayaran Premi	Sampai dengan Usia Pensiun.
Cara Pembayaran Premi	Sekaligus atau Berkala (bulanan, kurtalan, semesteran, tahunan)

Manfaat Asuransi

Dengan tetap memperhatikan ketentuan yang diatur dalam Data Polis, Manfaat Asuransi menurut Syarat-syarat Polis adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Hidup

- Apabila Tertanggung/Peserta hidup sampai Tanggal Berakhir Asuransi, maka dibayarkan secara sekaligus sebesar Akumulasi Dana sampai Tanggal Berakhir Asuransi;
- Apabila Tertanggung/Peserta berhenti/keluar dari kepesertaan sebelum mencapai Tanggal Berakhir Asuransi, maka dibayarkan sebesar Akumulasi Dana dan selanjutnya asuransi berakhir untuk Tertanggung/Peserta.

2. Meninggal Dunia Sebab Apapun

Apabila sebelum mencapai Tanggal Berakhir Asuransi Tertanggung/Peserta Meninggal Dunia, maka kepada Ahli Waris dibayarkan secara sekaligus:

- Sebesar 100% Uang Asuransi Meninggal Dunia setelah klaim disetujui;
- Akumulasi Dana pada saat klaim disetujui.

Setelah Manfaat Asuransi Meninggal Dunia dibayarkan, maka secara otomatis asuransi berakhir untuk Tertanggung/Peserta.

3. Cacat Tetap Total (Jika Ada)

Apabila sebelum mencapai Tanggal Berakhir Asuransi Tertanggung/Peserta mengalami Cacat Tetap Total akibat Kecelakaan yang tidak dikecualikan dalam Polis, maka dibayarkan secara sekaligus:

- Sebesar 100% Uang Asuransi Cacat Tetap Total setelah klaim disetujui; dan
- Akumulasi dana pada saat klaim disetujui.

Setelah Manfaat Asuransi Cacat Tetap Total dibayarkan, maka secara otomatis asuransi berakhir untuk Tertanggung/Peserta.

4. Penyakit Kritis (Jika Ada)

Apabila dalam Masa Asuransi dan Masa Tunggu telah terlewati, Tertanggung menderita atau didiagnosis untuk pertama kalinya menderita salah satu Penyakit Kritis atau Kondisi Penyakit Kritis sebagaimana tercantum dalam Daftar Penyakit/Kondisi Kritis dan Tertanggung meyakini mengetahui untuk pertama kali adanya tanda-tanda atau gejala-gejala atas suatu keadaan yang mungkin berkaitan dengan Penyakit Kritis setelah Tanggal Berlaku Polis, maka Penanggung akan membayarkan Manfaat berupa Uang Pertanggungan sebagaimana tercantum dalam Polis.

Jenis Penyakit Kritis:

1. Penyakit Jantung

Infark atau matinya sebagian otot jantung sebagai akibat kurangnya suplai darah ke jantung. Diagnosis harus dikonfirmasi oleh dokter spesialis dibuktikan dengan kriteria dibawah ini:

- Adanya riwayat nyeri dada khas pada saat serangan;
- Terjadinya perubahan-perubahan gambaran electrokardiogram (EKG) yang khas untuk Infark Myocardial stadium dini;
- Terjadinya peningkatan pada kadar enzim jantung, troponin dan marker lainnya; yang dikecualikan dari definisi ini adalah:
 - non-ST elevasi infark miokardium (STEMI) dimana hanya adanya peningkatan troponin I atau troponin T- gejala coroner akut lainnya (*angina pectoris stabil*)
 - kondisi '*silent myocardial infarction*'

2. Penyakit Kanker

Karsinoma in situ pada organ tertentu yang ditanggung adalah yang terjadi pada organ berikut: payudara, rahim, tuba falopi, vulva, vagina, leher rahim, usus besar (colon), rectum, penis, testis, paru-paru, perut, nasofaring atau kandung kemih.

Karsinoma in situ berarti pertumbuhan baru yang bersifat focal autonomous dari sel-sel Carcinomatous yang terbatas pada sel dimana sel tersebut berasal dan belum mengakibatkan invasi dan/atau kerusakan jaringan sekitarnya. "invasi" berarti infiltrasi dan/atau pengrusakan aktif jaringan normal yang melewati membrane dasar. Diagnosis karsinoma in situ harus dibuktikan dengan laporan histopatologi. Selain itu, diagnosis karsinoma in situ harus berdasarkan pemeriksaan mikroskopik pada sediaan jaringan dan harus dibuktikan dengan hasil biopsy. Diagnosis klinis saja tidak memenuhi kriteria yang dapat dibayarkan.

Diagnosis klinis atau klasifikasi Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) dengan laporan CIN I, CIN II, CIN III (dysplasia hebat tanpa karsinoma in situ) tidak memenuhi persyaratan klaim dan dikecualikan.

- Carcinoma Insitu dan tumor yang secara histologi menggambarkan prekanker atau tidak invasif, termasuk hal ini adalah Garsinoma In Situ payudara, Cervical Dysplasia CIN 1, CIN 2 dan CIN 3.
- Hyperkeratoses. basal cell and squamous skin cancer, dan melanoma dengan ketebalan yang kurang dari 1,5 mm Breslow, atau kurang dari aark Level 3 kecuali ada bukti yang menunjukkan adanya penyebaran;
- Kanker Kelenjar Prostat yang berdasarkan pemeriksaan jaringan demikian juga dengan TNM klasifikasi T1a atau T1b atau kanker kelenjar prostat berdasarkan klasifikasi yang sama atau klasifikasi Lesser, TINOMO Papillary microcarcinoma kelenjar thyroid dengan diameter kurang dari 1 cm. Papillary microcarsinoma kantung kemih, dan Chronic Lymphocytic Leukemia kurang dari RAI stage 3; dan
- Semua tumor yang disebabkan Karena infeksi HIV.

Termasuk adalah leukemia (selain lymphotic leukemia), tumor ganas semua organ tubuh kecuali semua tumor kulit (selain melanoma malignum) dan tumor jinak dan kanker stadium insitu tidak dipertanggungkan dalam pertanggungn ini.

3. Penyakit Stroke

Serangan serebrovaskuler apapun, yang mengakibatkan gejala neurologis yang permanen. Yang berlangsung lebih dari 24 (dua puluh empat) jam, termasuk infark jaringan otak, pendarahan otak, trombotosis atau embolisasi. Diagnosis ini harus didukung oleh beberapa kondisi tersebut dibawah :

- Bukti defisit neurologis permanent harus ditegakkan oleh dokter ahli syaraf dan gejala berlangsung paling sedikit selama 6 (enam) minggu setelah serangan;
- Penemuan dari pemeriksaan Magnetic Resonance Imaging, Computerised Tomography, atau pemeriksaan teknik imaging yang lain yang sesuai dengan diagnosa dari stroke yang baru.

Penyakit yang dikecualikan dari definisi ini adalah:

1. Transient Ischaemic attacks
2. Kerusakan otak karena kecelakaan atau injury, infeksi, vaskuler, hipoksia dan penyakit peradangan
3. Penyakit pembuluh darah yang mempengaruhi syaraf optik mata dan sistem vestibular
4. Reversible Ischaemic neural Disease
5. Gejala dan tanda cerebral dikarenakan migraine

Risiko

a. Risiko Ekonomi, Hukum, Regulasi, dan Perubahan Politik

Perubahan undang-undang dan peraturan yang meliputi namun tidak terbatas pada pasar modal, pasar uang, perpajakan dan peraturan akuntansi serta perubahan politik akan mempengaruhi kinerja perusahaan asuransi dalam memenuhi kewajiban.

b. Risiko Operasional

Gangguan sistem yang mempengaruhi penyelesaian transaksi, situasi force majeure (bencana alam, kebakaran, kerusakan, dan lain-lain), dan hal-hal lain di luar kontrol Penanggung yang dapat mempengaruhi operasional terkait produk ini.

c. Risiko Klaim

Risiko manfaat asuransi tidak dibayarkan jika risiko terjadi akibat hal-hal yang dikecualikan dalam Polis.

Pengecualian



Penanggung tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi dalam hal meninggalnya Tertanggung adalah sebagai akibat dari :

- Bunuh diri, atau percobaan bunuh diri baik disadari atau tidak disadari atau eksekusi hukuman mati oleh pengadilan apabila peristiwa itu terjadi dalam waktu 2 (dua) tahun terhitung sejak asuransi berlaku;*
- Perbuatan kejahatan yang disengaja baik langsung maupun tidak langsung yang dilakukan oleh Tertanggung atau/Pemegang Polis atau oleh orang yang ditunjuk atau orang/pihak yang berkepentingan dalam asuransi dan segala bentuk perbuatan melanggar hukum;*
- Bencana alam reaksi inti atom, wabah, epidemi, dan/atau pandemic*

Asuransi Total Permanent Disability (TPD) ini tidak berlaku jika cacat tetap terjadi sebagai akibat dari:

- Tertanggung terlibat dalam pertandingan kompetisi atau tertanggung melukai diri sendiri atau usaha untuk melukai diri sendiri atau bunuh diri baik dalam keadaan waras maupun tidak waras.*
- Terjadi perbuatan kejahatan yang dilakukan dengan sengaja oleh yang berkepentingan dalam polis ini dan atau oleh yang ditunjuk;*
- Tertanggung sebagai penumpang pesawat terbang :*
 - Yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan non komersil.*
 - Yang diselenggarakan oleh perusahaan penerbangan penumpang komersil (Commercial Passenger Airline) tetapi tidak sedang menjalani jalur penerbangan untuk pengangkutan umum yang berjadwal tetap dan teratur (charter flight).*
 - Helikopter*
- Pekerjaan/jabatan tertanggung menanggung risiko (occupational risk) sebagai militer, polisi, pilot*

- pesawat terbang non komersial, buruh tambang, dan pekerjaan/jabatan lainnya yang berisiko tinggi.
- Olah raga atau hobby tertanggung mengandung bahaya seperti balap mobil, balap sepeda motor, balap kuda, terbang layang, berlayar atau berenang di laut lepas, mendaki gunung, bertinju, bergulat serta olah raga atau hobby lain sejenisnya yang mengandung bahaya dan risiko tinggi.
 - Tertanggung menderita sakit mental, gangguan sistem syaraf, mabuk (terlalu banyak minum alkohol) menggunakan narkotik dan atau obat-obat terlarang.
 - Penyakit yang telah diidap sebelumnya yang dapat menyebabkan Cacat Tetap Total sehingga Tertanggung menerima perawatan, diagnosa, konsultasi atau pengobatan dalam waktu 180 hari sebelum tanggal berlakunya polis.
 - AIDS dan penyakit kelamin.
 - Kehamilan atau melahirkan.

Asuransi Penyakit Kritis ini tidak berlaku apabila terjadi sebagai akibat secara langsung atau tidak langsung, keseluruhan atau sebagian dari:

- Penyakit-penyakit bawaan sejak lahir/kongenital;
- Penyakit yang disebabkan baik langsung maupun tidak langsung oleh AIDS atau penyakit yang berhubungan dengan AIDS dan komplikasinya;
- Penyakit/cedera yang timbul akibat percobaan bunuh diri, atau luka yang dilakukan dengan sengaja;
- Penyakit telah pernah didiagnosa pertama kali sebelum pertanggungan dimulai atau dalam masa tunggu setelah polis berjalan.

Biaya

Premi Proteksi

Diperhitungkan terhadap Akumulasi Dana setiap periode bulan berjalan selama Masa Asuransi. Besarnya Premi Proteksi atas pertanggungan ini ditentukan berdasarkan Usia Tertanggung dari waktu ke waktu, jenis kelamin Tertanggung, besarnya Uang Asuransi, kondisi Kesehatan Tertanggung, Pekerjaan Tertanggung dan Hobi dan/atau kebiasaan Tertanggung.

Biaya Administrasi

1,75% dari Premi yang dibayarkan

Management Fee

0,1% dari Akumulasi Dana setiap akhir bulan

Biaya Penebusan Polis (Surrender Fee)

Dikenakan apabila pemegang Polis melakukan penebusan dengan ketentuan sebagai berikut:

Tahun ke-	1	2	3	4	5	S+
% dari Akumulasi Dana	5%	4%	3%	2%	1%	0%

Biaya penebusan Polis ini dapat ditentukan lain sepanjang disetujui oleh Penanggung secara tertulis.

Persyaratan dan Tata Cara

Tata cara pembelian produk asuransi

1. Melengkapi dokumen yang dibutuhkan :
 - a. Melakukan pengisian Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJK)/Formulir elektronik/formulir melalui media lainnya yang disediakan Penanggung dengan benar dan lengkap oleh Calon Pemegang Polis.
 - b. Foto/Fotokopi kartu identitas asli yang masih berlaku.
2. Seluruh keterangan atas calon Tertanggung yang disebutkan dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJK) dan formulir-formulir lainnya yang berkaitan dengan pertanggungan jiwa menjadi dasar dari kontrak Polis ini dan menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Polis.

Pembayaran Premi

1. Calon Pemegang Polis wajib membayar Premi kepada Penanggung sesuai dengan besaran Premi dan cara pembayaran Premi sebagaimana yang tercantum dalam Polis.
2. Pembayaran Premi dianggap sah apabila dana sudah diterima penuh oleh Penanggung.

Pengajuan Klaim

1. Mempersiapkan dokumen klaim, mengisi dengan lengkap dan menandatangani formulir pengajuan klaim. Formulir pengajuan klaim dapat diunduh melalui website <https://ifg-life.id/unduh-formulir-2/>
2. Mengirimkan seluruh dokumen klaim sesuai persyaratan pengajuan klaim ke kantor Penanggung atau dapat langsung mengunjungi walk in customer & Kantor Representatif Penanggung.
3. Penanggung menerima, memeriksa dan menganalisis dokumen klaim yang diajukan. Untuk dapat mengetahui status klaim, Anda dapat menghubungi Call Centre 1500176 atau nomor perubahannya.
4. Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan dibayarkan oleh Penanggung paling lambat 14 (empat belas) Hari Kerja sejak keputusan klaim disetujui.

Dokumen Klaim

Dokumen persyaratan yang diperlukan untuk menerima manfaat asuransi adalah:

1. Dalam hal Tertanggung/Peserta berhenti/keluar atas permintaan sendiri atau diberhentikan dari pekerjaannya dalam Masa Asuransi, maka pengajuan persyaratan Klaim oleh Tertanggung/Peserta melalui Pemegang Polis antara lain harus melengkapi:
 - a. Surat pengajuan Klaim dari Pemegang Polis;
 - b. Asli Sertifikat Tanda Peserta;
 - c. Fotokopi Surat Keputusan pemberhentian/Pensiun yang dikeluarkan oleh Pemegang Polis;
 - d. Fotokopi halaman depan buku rekening Tertanggung/Peserta yang dituju; dan
 - e. Fotokopi identitas diri Tertanggung/Peserta.
2. Dalam hal Tertanggung/Peserta meninggal dunia dalam Masa Asuransi, maka pengajuan persyaratan Klaim oleh Ahli Waris melalui Pemegang Polis antara lain harus melengkapi:
 - a. Surat pengajuan Klaim dari Pemegang Polis;
 - b. Asli Sertifikat Tanda Peserta;
 - c. Fotokopi halaman depan buku rekening Ahli Waris;
 - d. Surat Keterangan meninggal dari Dokter Rumah Sakit/instansi Kesehatan yang berwenang; dan/atau
 - e. Fotokopi Surat keterangan Kematian dari instansi pemerintah yang berwenang yang telah dilegalisir (minimal Kelurahan domisili Tertanggung/Peserta);
 - f. Berita Acara Kecelakaan dari Kepolisian/pihak yang berwenang jika Tertanggung/Peserta meninggal dunia karena Kecelakaan;

- g. Fotokopi Kartu Keluarga dan Identitas Ahli Waris; dan
 - h. Penetapan Pengadilan setempat dalam hal Tertanggung/Peserta hilang baik karena kematian/ meninggal maupun tidak diketahui keberadaannya, sesuai dengan peraturan atau undang-undang tentang orang yang tidak diketahui keberadaannya;
3. Dalam hal Tertanggung/Peserta Cacat Tetap Total atau Sebagian dalam Masa Asuransi, maka pengajuan persyaratan Klaim oleh Tertanggung/Peserta melalui Pemegang Polis antara lain harus melengkapi:
- a. Surat pengajuan Klaim dari Pemegang Polis;
 - b. Asli Sertifikat Tanda Peserta;
 - c. Fotokopi identitas diri Tertanggung/Peserta;
 - d. Asli Formulir Klaim Cacat Tetap Total yang telah diisi dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat;
 - e. Asli atau fotokopi legalisir Resume Medis dari Dokter yang merawat;
 - f. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya;
 - g. Untuk Kecelakaan dilengkapi dengan asli atau fotokopi legalisir Berita Acara Kecelakaan dari Instansi yang berwenang.
 - h. Untuk pengobatan / perawatan di luar wilayah Negara Republik Indonesia harus disertai dengan surat rujukan dari Dokter / Rumah Sakit di Indonesia (nama dan alamat Dokter / RS harus jelas).
4. Dalam hal Tertanggung/Peserta untuk pertama kalinya didiagnosa salah satu Penyakit Kritis atau Kondisi Penyakit Kritis sebagaimana tercantum dalam Daftar Penyakit/Kondisi Kritis (Critical Illness), maka pengajuan persyaratan Klaim oleh Tertanggung/Peserta melalui Pemegang Polis antara lain harus melengkapi:
- a. Surat pengajuan Klaim dari Pemegang Polis;
 - b. Fotokopi Sertifikat Tanda Peserta;
 - c. Fotokopi Identitas Tertanggung/Peserta;
 - d. Asli Surat Keterangan diagnosa penyakit kritis yang telah diisi dan ditandatangani oleh Dokter yang mengobati atau merawat Tertanggung/Peserta;
 - e. Asli atau fotokopi legalisir Resume Medis dari dokter yang memeriksa atau mengobati atau merawat Tertanggung/Peserta.
5. Penanggung wajib memberitahukan kekurangan persyaratan dokumen pengajuan Klaim, sebagaimana diatur pada Syarat-Syarat Umum Polis (SUP) IFG Life Dana Hari Tua dan/atau Ketentuan Khusus Asuransi Dasar ini kepada Pemegang Polis selambat-lambatnya 5 (lima) Hari Kerja setelah pengajuan Klaim diterima Penanggung.
6. Apabila Penanggung tidak memberitahukan kekurangan persyaratan dokumen pengajuan Klaim, maka dokumen pengajuan Klaim yang telah diberikan oleh Pemegang Polis dianggap lengkap dan benar.
7. Manfaat Asuransi tidak akan dibayarkan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis atau Tertanggung/Peserta atau Ahli Waris apabila Klaim yang diajukan ternyata tidak benar atau terdapat kecurangan untuk mengambil keuntungan dari Penanggung. Apabila di kemudian hari Penanggung mengetahui bahwa Klaim dibayarkan berdasarkan dokumen-dokumen yang tidak benar/palsu atau berdasarkan itikad buruk, maka Penanggung berhak mengambil segala tindakan hukum untuk menuntut dikembalikannya seluruh Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan tersebut dan Pemegang Polis atau Tertanggung/Peserta atau Ahli Waris wajib memenuhi tuntutan Penanggung tersebut.
8. Apabila Tertanggung/Peserta tidak dapat menyerahkan dokumen asli terkait pengajuan Klaim, sebagaimana diatur pada Syarat-Syarat Umum Polis (SUP) IFG Life Dana Hari Tua dan/atau Ketentuan Khusus Asuransi Dasar ini, dikarenakan dokumen tersebut telah diserahkan kepada perusahaan asuransi lain sehubungan dengan Tertanggung/Peserta terdaftar sebagai Tertanggung/Peserta pada perusahaan asuransi lain tersebut, maka persyaratan dokumen asli dapat diganti menjadi fotokopi

- yang dilegalisir oleh instansi berwenang yang mengeluarkannya dan ditambahkan surat keterangan dari Tertanggung/Peserta atau Ahli Waris. Khusus untuk Surat Pengajuan Klaim dari Pemegang Polis dan Sertifikat Tanda Peserta wajib tetap asli dan bukan fotokopi.
9. Penanggung berhak meminta bukti-bukti lain yang dianggap perlu untuk mendukung/melengkapi bukti-bukti pada pasal ini atau meminta keterangan tambahan dari Instansi yang berwenang sehubungan dengan meninggalnya Tertanggung/Peserta atau Kecelakaan yang dialami Tertanggung/Peserta atau melakukan investigasi klaim jika diperlukan.
 10. Dokumen-dokumen kelengkapan pengajuan klaim harus dibuat atau diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris. Apabila dilakukan penerjemahan ke dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris, maka penerjemahan tersebut harus dilakukan oleh penerjemah di bawah sumpah.
 11. Penanggung berhak untuk meminta hasil outopsi dan/atau **visum et repertum** atau keterangan lain yang diperlukan.
 12. Pengajuan klaim adalah sah apabila syarat-syarat pengajuan klaim sebagaimana disebutkan diatas telah dipenuhi seluruhnya dan Penanggung mempunyai hak untuk menolak klaim yang diajukan atau menolak untuk membayar Manfaat Asuransi apapun apabila syarat-syarat tersebut tidak dipenuhi atau telah dipalsukan dan/atau dimanipulasi.
 13. Batas waktu pengajuan klaim paling lambat 90 x 24 jam sejak tanggal Tertanggung meninggal dunia.
 14. Terbukti akibat adanya tindakan fraud (penipuan) juga dapat mengakibatkan klaim tidak disetujui oleh Penanggung.

Layanan Pengaduan

Prosedur Singkat Layanan Pengaduan



*) Kekurangan dokumen diterima selambat-lambatnya 20 (dua puluh) Hari Kerja sejak awal pengajuan.

Syarat dan ketentuan berlaku, untuk informasi produk, keluhan, layanan klaim, dan informasi lainnya, Anda dapat menghubungi:



Call Center
1500 176



Whatsapp
0811 1372 848



Email
customer_care@ifg-life.id



Walk in Customer
& Kantor Representatif

ILUSTRASI PERHITUNGAN ASURANSI PURNAJABATAN



Data Peserta

Nama	: Tuan B
Jabatan	: Direktur Utama
Tanggal Lahir	: 28/12/1969
Tanggal Dinas	: 01/06/2024
Tanggal Mulai Asuransi	: 01/06/2024
Akhir Kepesertaan	: 01/06/2029
Gaji Dasar Asuransi	: Rp177.610.230
Cara Bayar Premi	: Tahunan
Usia Masuk	: 54 Tahun
Masa Kerja Total	: 5 Tahun 0 Bulan
UP Meninggal Dunia	: Rp125.000.000
Management Fee	: 0,1% dari akumulasi dana per bulan
Biaya Administrasi	: 1,75% dari Premi
Tingkat Pengembangan	: 4% p.a

Simulasi Perkiraan Uang Pertanggungan dan Akumulasi Dana

Akhir Tahun ke-	Akhir Bulan ke -	Akumulasi Premi di Bayar	Uang Asuransi Meninggal Dunia	Manfaat	
				Perkiraan Akumulasi Dana*)	Meninggal Dunia + Akumulasi Dana
1	55	Rp177.610.230	Rp125.000.000	Rp178.085.425	Rp303.085.425
2	56	Rp355.220.460	Rp125.000.000	Rp361.002.902	Rp486.002.902
3	57	Rp532.830.690	Rp125.000.000	Rp548.896.950	Rp673.896.950
4	58	Rp710.440.920	Rp125.000.000	Rp741.976.722	Rp866.976.722
5	59	Rp888.051.150	Rp125.000.000	Rp940.288.883	Rp1.065.288.883

*) Catatan:

1. Ilustrasi ini menggunakan asumsi bahwa semua Premi telah dibayar lunas pada saat Tanggal Jatuh Tempo pembayaran Premi dan bukan kondisi pembayaran premi terhenti selama Masa Asuransi serta biaya yang digunakan tidak mengalami perubahan.
2. Peserta yang dilaporkan oleh Pemegang Polis, akan diterima sesuai dengan Ketentuan Underwriting yang berlaku di Penanggung.
3. Nilai akumulasi dana dikembangkan secara harian berdasarkan tanggal diterimanya premi oleh Penanggung dan meningkat tergantung pada Tingkat Pengembangan yang diberikan.
4. Penanggung akan menginformasikan Tingkat Pengembangan kepada Pemegang Polis secara periodik.
5. Premi Proteksi diperhitungkan dari Akumulasi Dana setiap bulan. Besaran Premi Proteksi sesuai dengan Uang Pertanggungan dan kenaikan Usia Tertanggung.
6. Tingkat Pengembangan dana berlaku dan digaransi selama 1 tahun yang ditetapkan sesuai dengan periode pelunasan premi.
7. Tingkat Pengembangan di tahun berikutnya mengikuti tingkat pengembangan yang berlaku di Penanggung yang akan diinformasikan kepada Pemegang Polis melalui instrumen tertulis yang merupakan bagian dari Polis.

Simulasi:

1. Peserta hidup sampai dengan Tanggal Berakhir Asuransi

Apabila Tertanggung/Peserta hidup sampai Tanggal Berakhir Asuransi, maka dibayarkan secara sekaligus sebesar Akumulasi Dana sampai Tanggal Berakhir Asuransi yaitu Rp940.288.883,- dan Pertanggungan berakhir.

2. Peserta Meninggal Dunia

Apabila Tertanggung/Peserta Meninggal Dunia sebelum mencapai Tanggal Berakhir misal pada usia 57 tahun 5 bulan (01/06/2027), maka kepada Ahli Waris dibayarkan secara sekaligus:

- Sebesar 100% Uang Asuransi Meninggal Dunia setelah klaim disetujui.
- Akumulasi Dana pada saat klaim disetujui.

Yaitu sebesar Rp125.000.000,- ditambah Rp548.896.950,-

Setelah Manfaat Asuransi Meninggal Dunia dibayarkan, maka secara otomatis asuransi berakhir untuk Tertanggung/Peserta.

3. Peserta Berhenti

Apabila Tertanggung/Peserta berhenti/keluar dari kepesertaan sebelum mencapai Tanggal Berakhir Asuransi misal pada akhir tahun ke 4 (empat) masa jabatan, maka dibayarkan sebesar Akumulasi Dana sebesar Rp741.976.722,- dan selanjutnya asuransi berakhir untuk Tertanggung/Peserta.

Informasi Tambahan

Definisi:

- (1) Penanggung adalah PT Asuransi Jiwa IFG.
- (2) Polis adalah Dokumen perjanjian asuransi yang berbentuk cetak, digital dan/atau elektronik yang dikeluarkan oleh Penanggung termasuk Syarat-Syarat Polis dan ketentuan lainnya (apabila ada) beserta segala tambahan/perubahannya yang memuat syarat-syarat perjanjian asuransi yang merupakan lampiran yang tidak terpisahkan dari Polis.
- (3) Premi adalah sejumlah uang yang tercantum dalam Polis dan wajib dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sebagai dasar berlakunya Polis.
- (4) Tertanggung adalah perorangan yang atas jiwanya diadakan perjanjian asuransi berdasarkan Polis.

Disclaimer (penting untuk dibaca)

- PT Asuransi Jiwa IFG dapat menolak permohonan produk Anda apabila tidak mematuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku
- Anda telah membaca, menerima penjelasan, dan memahami produk IFG Life Dana Hari Tua sesuai Ringkasan Informasi Produk dan Layanan.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini merupakan penjelasan singkat dari produk IFG Life Dana Hari Tua dan bukan merupakan bagian dari Polis. Ketentuan lengkap mengenai Produk dapat Anda pelajari pada Polis yang diterbitkan Penanggung.
- Anda wajib untuk tetap membaca, memahami, dan menandatangani aplikasi pengajuan asuransi dan polis.
- Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini sebelum menyetujui pembelian produk dan berhak bertanya kepada Tenaga Pemasar PT Asuransi Jiwa IFG atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan Umum ini.
- Pemegang Polis wajib melakukan pembayaran premi asuransi melalui kanal/channel pembayaran resmi yang telah disediakan oleh Perusahaan.
- Perusahaan hanya mengakui pembayaran premi asuransi yang dilakukan Pemegang Polis melalui kanal/channel pembayaran resmi yang disediakan Perusahaan.
- Keputusan klaim sepenuhnya merupakan keputusan Penanggung dengan mengikuti ketentuan yang tercantum pada ketentuan Polis.
- Produk Asuransi ini tercatat dan disetujui Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

_____, _____ 2025



PT Asuransi Jiwa IFG berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

RIPLAY Umum - IFG Life Dana Hari Tua