

# WorldCare Members' Handbook Product Summary

*Buku  
Panduan  
Peserta  
WorldCare*

---

*Companies / Perusahaan*



Everything you need to know  
about your international  
health insurance

*Segala sesuatu yang perlu Anda  
ketahui tentang asuransi kesehatan  
internasional Anda*

---

Effective 1 April 2019

*Berlaku 1 April 2019*

## Introduction

---

Welcome to WorldCare. **Your** company or employer has chosen **Us** to provide **Your** international health insurance **Group Plan**.

**We** have designed WorldCare based on **Our** understanding of what people who buy international health insurance want and need. At the heart of this is **Our** commitment to provide clear information about how **Your Group Plan** works and how to use it. Please read this handbook carefully.

### How to use this handbook

This handbook is an important document. It sets out **Your** rights and **Our** obligations to **You**. Along with the **Benefit Schedule** in section 4, it explains **Your** WorldCare **Group Plan** and the terms of **Your** cover.

Inside **You** will find details of:

- The cover **You** have (both **Benefits** and exclusions)
- **Your** rights and responsibilities
- How to make a claim
- How **Your Group Plan** is administered
- How to make a complaint
- Other services available to **You** under **Your Group Plan**

Throughout the handbook certain words and phrases appear in bold type. This indicates that they have a special medical or legal meaning – these are defined in section 1.

The **Benefits** of **Your Group Plan** are detailed in section 4 of this handbook. **Your Certificate of Insurance** shows the cover that is available, **Your** period and level of cover. As with any healthcare insurance contract, there are exclusions. These are **Medical Conditions and Treatments** that are not covered – they are listed in section 5 of this handbook.

### Our service for You

When **You** need to use **Your** WorldCare Insurance here's what **You** can expect from **Us**:

- A commitment to process **Your** claim as quickly as possible
- A 24-hour customer service team
- Help to find suitable healthcare providers in **Your** area
- **Pre-authorisation** of certain claims where possible, to reduce **Your** out-of-pocket expenses
- An international claims management team with the medical expertise to support **You** in making decisions about **Your** healthcare

If **You** require more details about this **Group Plan**, or if **You** would like to tell **Us** about any changes in **Your** personal circumstances, please contact **Us** at:

PT Sampo Insurance Indonesia in association  
with Now Health International

Toll-free 0800 1 889900 | Toll +62 21 2783 6910  
F +62 21 515 7639 | IndonesiaService@now-health.com

## Pendahuluan

---

Selamat datang di WorldCare. Perusahaan atau pemberi kerja **Anda** telah memilih **Kami** untuk menyediakan **Polis Grup** untuk asuransi kesehatan internasional **Anda**.

**Kami** telah merancang WorldCare berdasarkan pemahaman **Kami** tentang apa yang diinginkan dan dibutuhkan oleh orang-orang yang membeli asuransi kesehatan internasional. Intinya adalah komitmen **Kami** untuk memberikan informasi yang jelas tentang cara kerja dari **Polis Grup** dan cara menggunakannya. Silahkan baca buku panduan ini dengan cermat.

### Cara Menggunakan Buku Panduan Ini

Buku panduan ini adalah dokumen penting. Buku ini menetapkan hak **Anda** dan kewajiban **Kami** kepada **Anda**. Beserta **Daftar Manfaat** pada bab 4, buku ini menjelaskan **Polis Grup** Worldcare **Anda** dan syarat-syarat pertanggunganaan **Anda**.

Di dalam buku ini **Anda** akan menemukan rincian:

- Pertanggunganaan yang **Anda** dapatkan (baik **Manfaat** maupun pengecualian)
- Hak dan tanggung jawab **Anda**
- Cara mengajukan klaim
- Administrasi **Polis Grup Anda**
- Cara pengaduan
- Layanan lain yang tersedia untuk **Anda** menurut **Polis Grup Anda**

Sepanjang buku ini kata-kata dan frasa tertentu dicetak tebal. Hal ini menunjukkan bahwa mereka memiliki arti medis atau hukum khusus – ini didefinisikan pada bab 1.

**Manfaat** dari **Polis Grup Anda** dirinci pada bab 4 dari buku ini. **Sertifikat Asuransi Anda** menunjukkan pertanggunganaan yang tersedia, masa dan tingkat pertanggunganaan **Anda**. Sebagaimana halnya dengan kontrak asuransi kesehatan, ada pengecualian. Pengecualian ini adalah **Kondisi Medis dan Pengobatan** yang tidak ditanggung – mereka tercantum pada bab 5 dari buku ini.

### Layanan kami untuk Anda

Saat **Anda** perlu menggunakan asuransi WorldCare **Anda**, inilah yang **Anda** dapat harapkan dari **Kami**:

- Komitmen untuk memproses klaim **Anda** secepat mungkin
- Suatu tim layanan nasabah milik **Kami** yang tersedia 24 jam
- Bantuan untuk mendapatkan penyedia layanan kesehatan yang sesuai di daerah **Anda**
- **Pra-otorisasi** klaim tertentu bila mungkin, untuk mengurangi biaya tunai **Anda**
- Tim manajemen klaim internasional yang memiliki keahlian medis untuk mendukung **Anda** dalam mengambil keputusan tentang kesehatan **Anda**

Jika **Anda** memerlukan keterangan lebih lanjut tentang **Polis Grup** ini, atau jika **Anda** ingin memberitahu **Kami** tentang perubahan keadaan pribadi **Anda**, silahkan hubungi **Kami** di:

PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi  
dengan Now Health International

Telepon bebas pulsa 0800 1 889900 | Telepon +62 21 2783 6910  
F +62 21 515 7639 | IndonesiaService@now-health.com

## Contacting Us

While it is important that **You** read and understand this **Group Plan** members' handbook, **We** understand that there are times when it is easier to call **Us** for information. **Our** customer service team is ready to help with any queries **You** may have.

If **You** have any questions about **Your Group Plan**, **You** can contact **Us** on Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 or email [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com). For example, if **You** need **Treatment**, **You** can contact **Us** first so **We** can explain the extent of **Your** cover before **You** incur any costs. If **You** need to let **Us** know about any changes in **Your** personal circumstances, **You** can do so using the contact details above, or write to **Us** at:

PT Sampo Insurance Indonesia in association  
with Now Health International

Please note that **We** may record and/or monitor calls for quality assurance and training and as a record of **Our** conversation.

## Customer service team

**Our** team is available Monday to Friday from 9am to 5pm. Thereafter **Our** other customer service teams are available 24-hours a day.

Toll-free 0800 1 889900/Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639

## Assistance team for Emergency Evacuation or Repatriation

**Our** multilingual team is available 24 hours a day, 365 days a year. For details on how to use **Our Emergency Evacuation** and **Repatriation** service see section 3.3.

T +62 21 2783 6940

If **You** have any questions about **Your** membership or would like to request information on the progress of a claim, **You** can log in to **Your** secure online portfolio at [www.now-health.com](http://www.now-health.com) or contact **Us** via email at [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com).

---

## Cara Menghubungi Kami

Meski **Anda** perlu membaca dan memahami buku panduan peserta **Polis Grup** ini, **Kami** memahami bahwa ada kalanya lebih mudah untuk menelpon **Kami** untuk mendapatkan informasi. Tim layanan nasabah **Kami** siap membantu dengan menjawab pertanyaan yang **Anda** mungkin miliki.

Jika **Anda** memiliki pertanyaan tentang **Polis Grup Anda**, **Anda** dapat menghubungi **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 atau email [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com). Sebagai contoh, jika **Anda** membutuhkan **Pengobatan**, **Anda** dapat menghubungi **Kami** terlebih dahulu sehingga **Kami** dapat menjelaskan sejauh mana pertanggungjawaban **Anda** sebelum **Anda** mengeluarkan biaya apapun.

Jika **Anda** perlu memberitahu **Kami** tahu tentang perubahan keadaan pribadi **Anda**, **Anda** dapat melakukannya dengan menggunakan rincian kontak di atas, atau menulis surat kepada **Kami** di:

PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi  
dengan Now Health International

Harap dicatat **Kami** mungkin merekam dan/atau mengawasi telepon untuk jaminan kualitas dan pelatihan dan sebagai rekaman dari percakapan **Kita**.

## Tim Layanan Nasabah

Tim **Kami** siap melayani Senin sampai Jumat pukul 09:00-17:00. Maka layanan nasabah milik **Kami** tersedia 24 jam sehari.

Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639

## Tim Bantuan untuk Evakuasi Darurat dan Repatriasi

Tim multilingual **Kami** siap melayani 24 jam sehari, 365 hari setahun. Untuk keterangan mengenai cara menggunakan layanan **Evakuasi Darurat** dan **Repatriasi Kami**, lihat bab 3.3.

T +62 21 2783 6940

Jika **Anda** mempunyai pertanyaan apapun tentang kepesertaan **Anda** atau ingin meminta informasi mengenai kemajuan klaim, **Anda** dapat log in ke portofolio online **Anda** yang aman di [www.now-health.com](http://www.now-health.com) atau hubungi **Kami** via email di [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com).

## Contents

---

1. Definitions . . . . .	08
2. Manage <b>Your Group Plan</b> online . . . . .	18
3. How to claim. . . . .	20
Product Information	
4. <b>Benefits:</b> What is covered?. . . . .	34
Key Product Provisions	
5. Exclusions: What is not covered? . . . . .	96
6. <b>Group Plan</b> administration. . . . .	104
7. Dispute resolution . . . . .	108
8. Rights and responsibilities . . . . .	112
9. Provision of compulsory standard agreement . . . . .	118

## Daftar Isi

---

1. Definisi . . . . .	09
2. Mengelola <b>Polis Grup Anda</b> secara online . . . . .	19
3. Cara mengajukan klaim. . . . .	21
Informasi Produk	
4. <b>Manfaat:</b> Apa saja yang ditanggung?. . . . .	35
Ketentuan Produk Penting	
5. Pengecualian: Apa saja yang tidak ditanggung? . . . . .	97
6. Administrasi <b>Polis Grup</b> . . . . .	105
7. Penyelesaian Sengketa . . . . .	109
8. Hak dan tanggung jawab . . . . .	113
9. Ketentuan perjanjian baku . . . . .	119



# 1. Definitions

---

The following words and phrases used anywhere within **Your Group Plan** have specific meanings. They are always shown in bold with a capital letter at the beginning wherever they appear in **Your Group Plan**.

<b>Accident</b>	A sudden, unexpected, unforeseen and involuntary external event resulting in identifiable physical injury occurring to an <b>Insured Person</b> while <b>Your Group Plan</b> is in force.
<b>Acute Condition</b>	A disease, illness or injury that is likely to respond quickly to <b>Treatment</b> which aims to return <b>You</b> to the state of health <b>You</b> were in immediately before suffering the disease, illness or injury, or which leads to <b>Your</b> full recovery.
<b>Act of Terrorism</b>	Any clandestine use of violence by an individual terrorist or a terrorist group to coerce or intimidate the civilian population to achieve a political, military, social or religious goal.
<b>Agreement</b>	An agreement <b>We</b> have with each of the <b>Hospitals, Day-Patient</b> units and scanning centres listed in the <b>Provider Network</b> .
<b>Alternative Therapies</b>	Refers to therapeutic and diagnostic <b>Treatment</b> that exists outside the institutions where conventional medicine is taught. Such medicine includes Chinese medicine, chiropractic <b>Treatment</b> , osteopathy, dietician, homeopathy and acupuncture as practised by approved therapists.
<b>Apicoectomy</b>	Is a dental surgery performed to remove the root tip and the surrounding infected tissue of an abscessed tooth, when inflammation or infection persists in the bony area around the end of a tooth after a root canal procedure. Apicoectomy is done to treat the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fractured tooth root</li> <li>• A severely curved tooth root</li> <li>• Teeth with caps or posts</li> <li>• Cyst or infection which is untreatable with root canal therapy</li> <li>• Root perforations</li> <li>• Recurrent pain and infection</li> <li>• Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays</li> <li>• Calcification</li> <li>• Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery</li> </ul>
<b>Benefits</b>	Insurance cover provided by this <b>Group Plan</b> and any extensions or restrictions shown in the <b>Certificate of Insurance</b> or in any endorsements (if applicable) and subject always to <b>Us</b> having received the premium due.
<b>Benefit Schedule</b>	The table of <b>Benefits</b> applicable to this <b>Group Plan</b> showing the maximum <b>Benefits We</b> will pay.
<b>Cancer</b>	A malignant tumour, tissues or cells, characterised by the uncontrolled growth and spread of malignant cells and invasion of tissue.
<b>Certificate of Insurance</b>	The certificate giving details of the <b>Planholder</b> , the <b>Insured Persons</b> , the <b>Period of Cover</b> , the <b>Underwriters</b> , the <b>Entry Date</b> , the level of cover and any endorsements that may apply.
<b>Congenital Disorder</b>	A <b>Medical Condition</b> that is present at birth or is believed to have been present since birth, whether it is inherited or caused by environmental factors.
<b>Co-Insurance</b>	Is the uninsured percentage of the costs, which the <b>Insured Person</b> must pay towards the cost of a claim.
<b>Country of Nationality</b>	The country for which <b>You</b> hold a passport.
<b>Country of Residence</b>	The country in which <b>You</b> habitually reside (usually for a period of no less than six months per <b>Period of Cover</b> ) at the <b>Group Plan Start Date</b> or <b>Entry Date</b> or at each subsequent <b>Renewal Date</b> .

# 1. Definisi

---

Kata-kata dan frasa-frasa berikut yang digunakan di manapun di dalam **Polis Grup Anda** mempunyai makna khusus. Kata-kata dan frasa-frasa ini selalu dicetak tebal dengan huruf besar di awal di manapun mereka muncul dalam **Polis Grup Anda**.

<b>Kecelakaan</b>	Kejadian eksternal mendadak, tak terduga, tak dapat diramalkan dan di luar kesadaran yang mengakibatkan cedera fisik teridentifikasi yang terjadi pada <b>Tertanggung</b> saat <b>Polis Grup Anda</b> berlaku.
<b>Kondisi Akut</b>	Penyakit, kesakitan atau cedera yang cenderung cepat ditanggapi dengan <b>Pengobatan</b> yang bertujuan untuk mengembalikan <b>Anda</b> ke keadaan kesehatan <b>Anda</b> semula sesaat sebelum menderita penyakit, kesakitan atau cedera, atau yang menyebabkan <b>Anda</b> pulih sepenuhnya.
<b>Perbuatan Terorisme</b>	Setiap penggunaan kekerasan secara diam-diam oleh teroris perorangan atau kelompok teroris untuk memaksa atau mengintimidasi penduduk sipil untuk mencapai tujuan politik, militer, sosial atau agama.
<b>Perjanjian</b>	Perjanjian yang <b>Kami</b> miliki dengan masing-masing <b>Rumah Sakit</b> , unit <b>Rawat Sehari</b> dan pusat pemindaian yang tercantum dalam <b>Jaringang Penyedia</b> .
<b>Terapi Alternatif</b>	Mengacu pada <b>Pengobatan</b> terapi dan diagnostik yang ada di luar lembaga dimana <b>Pengobatan</b> konvensional diajarkan. Pengobatan tersebut meliputi <b>Pengobatan</b> Cina, <b>Pengobatan</b> Chiropraktik, osteopati, ahli gizi, homeopati dan akupunktur seperti yang dilakukan oleh terapis yang disetujui.
<b>Apikoektomi</b>	Adalah operasi gigi yang dilakukan untuk mengangkat ujung akar dan jaringan yang terinfeksi di sekitarnya pada gigi bengkok, saat peradangan atau infeksi berlanjut di daerah tulang sekitar ujung gigi setelah prosedur saluran akar. Apikoektomi dilakukan untuk mengobati berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraktur akar gigi</li> <li>• akar gigi sangat melengkung</li> <li>• Gigi dengan mahkota gigi tiruan</li> <li>• Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar</li> <li>• Perforasi akar</li> <li>• Nyeri berulang dan infeksi</li> <li>• Gejala yang terus menerus yang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X</li> <li>• Pengapuran</li> <li>• Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi</li> </ul>
<b>Manfaat</b>	Pertanggung asuransi yang disediakan oleh <b>Polis Grup</b> ini dan setiap perpanjangan atau pembatasan yang ditunjukkan dalam <b>Sertifikat Asuransi</b> atau dalam setiap adendum (jika ada) dan selalu tunduk pada telah diterimanya premi yang jatuh tempo oleh <b>Kami</b> .
<b>Ikhtisar Manfaat</b>	Tabel <b>Manfaat</b> yang berlaku untuk <b>Polis Grup</b> ini yang menunjukkan <b>Manfaat</b> maksimal yang <b>Kami</b> akan bayar.
<b>Kanker</b>	Tumor, jaringan atau sel ganas, yang ditandai dengan pertumbuhan tidak terkendali dan penyebaran sel-sel ganas dan invasi jaringan.
<b>Sertifikat Asuransi</b>	Sertifikat yang memberikan rincian dari <b>Pemegang Polis</b> , <b>Tertanggung</b> , <b>Masa Pertanggung</b> , <b>Penanggung</b> , <b>Tanggal Masuk</b> , tingkat pertanggung dan setiap adendum yang mungkin berlaku.
<b>Kelainan Bawaan</b>	<b>Kondisi medis</b> yang ada pada saat lahir atau diyakini telah ada sejak lahir, baik diwariskan atau disebabkan oleh faktor lingkungan.
<b>Ko-Asuransi</b>	Adalah persentase biaya yang tidak ditanggung, yang harus dibayar oleh <b>Tertanggung</b> terhadap biaya klaim.
<b>Negara Kewarganegaraan</b>	Negara yang <b>Anda</b> pegang paspornya.
<b>Negara Tempat Tinggal</b>	Negara di mana <b>Anda</b> biasa tinggal (biasanya untuk jangka waktu tidak kurang dari enam bulan per <b>Masa Pertanggung</b> ) pada <b>Tanggal Mulai</b> atau <b>Tanggal Masuk Polis Grup</b> ini atau pada setiap <b>Tanggal Pembaharuan</b> berikutnya.

---

<b>Chronic Condition</b>	<p>A disease, illness or injury which has at least one of the following characteristics:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• It needs ongoing or long-term monitoring through consultations examination, check-ups, <b>Drugs and Dressings</b> and/or tests</li> <li>• It needs ongoing or long-term control or relief of symptoms</li> <li>• It requires <b>Your Rehabilitation</b> or for <b>You</b> to be specially trained to cope with it</li> <li>• It continues indefinitely</li> <li>• It has no known cure</li> <li>• It comes back or is likely to come back</li> </ul>
<b>Day-Patient</b>	A patient who is admitted to a <b>Hospital</b> or day-patient unit because they need a period of medically supervised recovery but does not occupy a bed overnight.
<b>Deductible</b>	An uninsured amount payable by an <b>Insured Person</b> in respect of <b>In-Patient</b> and <b>Day-Patient</b> expenses incurred before any <b>Benefits</b> are paid under the <b>Group Plan</b> , as specified in <b>Your Certificate of Insurance</b> . The <b>Group Plan Deductible</b> applies per <b>Insured Person</b> , per <b>Period of Cover</b> .
<b>Dental Practitioner</b>	A person who is legally licensed to carry out this profession by the relevant licensing authority to practise dentistry in the country where the dental <b>Treatment</b> is given.
<b>Dependants</b>	One spouse or adult partner and/or unmarried children who are not more than 18 years old and residing with <b>You</b> , or up to 28 years old if in full-time education (written proof may be required from the educational institute where they are enrolled), at the <b>Start Date</b> or any subsequent <b>Renewal Date</b> . The term partner shall mean husband, wife, civil partner or the person permanently living with <b>You</b> in a similar relationship. All <b>Dependants</b> must be named as <b>Insured Persons</b> in the <b>Certificate of Insurance</b> .
<b>Diagnostic Tests</b>	Investigations, such as x-rays or blood tests, to find or to help to find the cause of <b>Your</b> symptoms.
<b>Drugs and Dressings</b>	Essential prescription drugs, dressings and medicines administered by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> needed to relieve or cure a <b>Medical Condition</b> .
<b>Eligible</b>	Those <b>Treatments</b> and charges, which are covered by <b>Your Group Plan</b> . In order to determine whether a <b>Treatment</b> or charge is covered, all sections of <b>Your Group Plan</b> should be read together, and are subject to all the terms (including payment of premium due), <b>Benefits</b> and exclusions set out in this <b>Group Plan</b> .
<b>Entry Date</b>	The date shown on the <b>Certificate of Insurance</b> on which an <b>Insured Person</b> was included under this <b>Group Plan</b> . <b>We</b> must have received premium payment in order for <b>Your Benefits</b> to start.
<b>Emergency</b>	A sudden, serious, and unforeseen acute <b>Medical Condition</b> or injury requiring immediate medical <b>Treatment</b> , that without <b>Treatment</b> commencing within 48 hours of the emergency event could result in death or serious impairment of bodily function.
<b>Evacuation or Repatriation Service</b>	Moving <b>You</b> to a <b>Hospital</b> which has the necessary <b>In-Patient</b> and <b>Day-Patient</b> medical facilities either in the country where <b>You</b> are taken ill or in another nearby country (evacuation) or bringing <b>You</b> back to either <b>Your principal Country of Nationality</b> or <b>Your principal Country of Residence</b> (repatriation). The service includes any <b>Medically Necessary Treatment</b> administered by the international assistance company appointed by <b>Us</b> while they are moving <b>You</b> .
<b>Expatriate</b>	Any persons living and/or working outside of the country for which they hold a passport. Usually for a period of more than 180 days per <b>Period of Cover</b> .

<b>Kondisi Kronis</b>	<p>Penyakit, kesakitan atau cedera yang setidaknya memiliki salah satu dari karakteristik berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perlu pemantauan terus-menerus atau jangka panjang melalui pemeriksaan, konsultasi, check-up, <b>Obat-obatan dan Perban</b> dan/atau percobaan</li> <li>• Perlu kontrol atau peredaan gejala secara terus-menerus atau jangka panjang</li> <li>• Mengharuskan <b>Anda</b> untuk <b>direhabilitasi</b> atau dilatih secara khusus untuk mengatasinya</li> <li>• Berlanjut terus tanpa batas waktu</li> <li>• Tidak diketahui obatnya</li> <li>• Muncul kembali atau mungkin muncul kembali</li> </ul>
<b>Pasien Rawat Sehari</b>	<p>Pasien yang dirawat di <b>Rumah sakit</b> atau unit rawat sehari karena mereka membutuhkan masa pemulihan yang diawasi secara medis tetapi tidak menempati tempat tidur semalam.</p>
<b>Risiko Sendiri</b>	<p>Jumlah tidak ditanggung yang dibayar oleh <b>Tertanggung</b> sehubungan biaya <b>Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b> yang terjadi sebelum <b>Manfaat</b> dibayar berdasarkan <b>Polis</b>, sebagaimana ditentukan dalam <b>Sertifikat Asuransi Anda</b>. <b>Risiko Sendiri</b> untuk <b>Polis</b> berlaku per <b>Tertanggung</b>, per <b>Masa Pertanggungan</b>.</p>
<b>Praktisi Gigi</b>	<p>Seseorang yang mendapat izin secara sah untuk melaksanakan profesi ini dari otoritas perizinan yang relevan untuk berpraktik sebagai dokter gigi di negara dimana <b>Pengobatan</b> gigi diberikan.</p>
<b>Tanggung</b>	<p>Satu pasangan atau mitra dewasa dan/atau anak-anak yang belum menikah yang berumur tidak lebih dari 18 tahun dan tinggal dengan <b>Anda</b>, atau hingga 28 tahun jika sedang menjalani pendidikan penuh (bukti tertulis mungkin dipersyaratkan dari lembaga pendidikan di mana mereka terdaftar), pada <b>Tanggal Mulai</b> atau <b>Tanggal Pembaharuan</b> berikutnya. Istilah mitra berarti suami, istri, Pasangan sejenis atau orang yang tinggal tetap bersama <b>Anda</b> dalam hubungan yang sama. Semua tanggungan harus dinamai <b>Tertanggung</b> dalam <b>Sertifikat Asuransi</b>.</p>
<b>Tes Diagnostik</b>	<p>Pemeriksaan, seperti sinar-X atau tes darah, untuk menemukan atau untuk membantu menemukan penyebab gejala <b>Anda</b>.</p>
<b>Obat dan Perban</b>	<p>Obat resep, perban dan obat-obatan penting yang diberikan oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> yang diperlukan untuk meringankan atau menyembuhkan <b>Kondisi Medis</b>.</p>
<b>Memenuhi Syarat</b>	<p><b>Pengobatan</b> dan biaya, yang ditanggung oleh <b>Polis Grup Anda</b>. Untuk menentukan apakah suatu <b>Pengobatan</b> atau biaya ditanggung atau tidak, semua bab dari <b>Polis Grup Anda</b> harus dibaca bersama-sama, dan tunduk pada semua syarat (termasuk pembayaran premi yang jatuh tempo), <b>Manfaat</b> dan pengecualian yang ditetapkan dalam <b>Polis Grup</b> ini.</p>
<b>Tanggal Masuk</b>	<p>Tanggal yang ditunjukkan pada <b>Sertifikat Asuransi</b> dimana <b>Tertanggung</b> disertakan dalam <b>Polis Grup</b> ini. <b>Kami</b> sudah harus menerima pembayaran premi agar <b>Manfaat Anda</b> dimulai.</p>
<b>Darurat</b>	<p><b>Kondisi Medis</b> akut mendadak, serius, dan tak terduga atau cedera yang memerlukan <b>Pengobatan</b> medis segera, yang tanpa <b>Pengobatan</b> dimulai dalam waktu 48 jam semenjak kejadian darurat tersebut bisa mengakibatkan kematian atau kerusakan serius fungsi tubuh.</p>
<b>Layanan Evakuasi atau Repatriasi</b>	<p>Memindahkan <b>Anda</b> ke <b>Rumah Sakit</b> yang memiliki fasilitas medis <b>Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b> yang diperlukan baik di negara di mana <b>Anda</b> jatuh sakit atau di negara terdekat lainnya (evakuasi) atau membawa <b>Anda</b> kembali ke <b>Negara Kewarganegaraan</b> utama <b>Anda</b> atau <b>Negara Tempat Tinggal Anda</b> (repatriasi). Layanan ini mencakup setiap <b>Pengobatan</b> yang <b>secara Medis Diperlukan</b> yang diberikan oleh perusahaan bantuan internasional yang ditunjuk oleh <b>Kami</b> saat mereka memindahkan <b>Anda</b>.</p>
<b>Ekspatriat</b>	<p>Setiap orang yang tinggal dan/atau bekerja di luar negeri yang mereka pegang paspornya. Biasanya untuk jangka waktu lebih dari 180 hari per <b>Masa Pertanggungan</b>.</p>

---

<b>Geographic Area</b>	The geographic area used to calculate the premium that will apply to <b>You</b> based on <b>Your</b> principal <b>Country of Residence</b> at the <b>Start Date</b> or any subsequent <b>Renewal Date</b> of this <b>Group Plan</b> .
<b>Group Plan</b>	The contract between the <b>Planholder</b> and <b>Us</b> which sets out terms and conditions of the cover provided. The full terms and conditions consist of the Group Employee FMU application form (if applicable), <b>Certificate of Insurance</b> , <b>Benefit Schedule</b> and this members' handbook.
<b>Hospital</b>	Any establishment, which is licensed as a medical or surgical hospital under the laws of the country where it operates. The following establishments are not considered hospitals: rest and nursing homes, spas, cure-centres and health resorts.
<b>Hospital Accommodation</b>	Refers to standard private or semi-private accommodation as indicated in the <b>Benefit Schedule</b> . Deluxe, executive rooms and VIP suites are not covered.
<b>In Network Medical Provider</b>	An in network medical provider is one contracted with <b>Your Group Plan</b> to provide services to <b>Group Plan</b> members for specific pre-negotiated rates.
<b>In-Patient</b>	A patient who is admitted to <b>Hospital</b> and who occupies a bed overnight or longer, for medical reasons.
<b>Insured Person/You/Your</b>	<b>You</b> and/or the <b>Dependants</b> named on the <b>Certificate of Insurance</b> who are covered under this <b>Group Plan</b> .
<b>Medical Condition</b>	Any disease, injury, or illness, including <b>Psychiatric Illness</b> .
<b>Medical Practitioner</b>	A person who has attained primary degrees in medicine or surgery following attendance at a <b>WHO</b> -recognised medical school and who is licensed to practise medicine by the relevant authority in the country where the <b>Treatment</b> is given. By "recognised medical school" <b>We</b> mean a medical school, which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the <b>WHO</b> .
<b>Medically Necessary</b>	<b>Treatment</b> , which in the opinion of a qualified <b>Medical Practitioner</b> is appropriate and consistent with the diagnosis and which in accordance with generally accepted medical standards could not have been omitted without adversely affecting the <b>Insured Person's</b> condition or the quality of medical care rendered. Such <b>Treatment</b> must be required for reasons other than the comfort or convenience of the patient or <b>Medical Practitioner</b> and provided only for an appropriate duration of time. As used in this definition, the term "appropriate" shall mean taking patient safety and cost effectiveness into consideration. When specifically applied to <b>In-Patient Treatment</b> , medically necessary also means that diagnosis cannot be made, or <b>Treatment</b> cannot be safely and effectively provided on an <b>Out-Patient</b> basis.
<b>New Born</b>	A baby who is within the first 16 weeks of its life following birth.
<b>Provider Network</b>	<b>Our</b> published list of medical providers where <b>We</b> have a <b>Direct Billing Agreement</b> .
<b>Out-Patient Per Visit Excess</b>	An uninsured amount payable by an <b>Insured Person</b> in respect of <b>Out-Patient</b> expenses before any <b>Benefits</b> are paid under the <b>Group Plan</b> , as specified in <b>Your Certificate of Insurance</b> . Each visit refers to each consultation. The <b>Group Out-Patient Per Visit Excess</b> applies per <b>Insured Person</b> , per <b>Out-Patient</b> consultation, when <b>You</b> receive <b>Eligible Out-Patient Treatment</b> inside and outside of the <b>Now Health International Provider Network</b> .
<b>Out of Network Medical Provider</b>	An out of network medical provider is one not contracted with <b>Your Group Plan</b> .

<b>Daerah Geografis</b>	Daerah geografis digunakan untuk menghitung premi yang akan dikenakan pada <b>Anda</b> berdasarkan <b>Negara Tempat Tinggal Utama Anda</b> pada <b>Tanggal Mulai</b> atau <b>Tanggal Pembaharuan</b> berikutnya dari <b>Polis Grup</b> ini.
<b>Polis Grup</b>	Kontrak antara <b>Pemegang Polis</b> dan <b>Kami</b> yang menetapkan ketentuan dan persyaratan pertanggungan yang disediakan. Persyaratan dan ketentuan lengkap terdiri dari formulir permohonan seleksi risiko medis penuh Karyawan Grup (jika ada), <b>Sertifikat Asuransi</b> , <b>Ikhtisar Manfaat</b> dan buku panduan peserta ini.
<b>Rumah Sakit</b>	Setiap lembaga, yang diberi izin sebagai rumah sakit medis atau bedah berdasarkan hukum negara di mana ia beroperasi. Lembaga berikut tidak dianggap sebagai rumah sakit: rumah istirahat dan panti jompo, spa, pusat penyembuhan dan resort kesehatan.
<b>Akomodasi Rumah Sakit</b>	Mengacu pada akomodasi pribadi atau semi-pribadi standar seperti ditunjukkan dalam <b>Ikhtisar Manfaat</b> . Kamar deluxe, executive dan VIP suite tidak ditanggung.
<b>Penyedia Medis dalam Jaringan</b>	Penyedia medis dalam jaringan adalah penyedia medis yang mengadakan kontrak dengan <b>Polis Grup</b> untuk menyediakan layanan kepada peserta <b>Polis Grup</b> dengan tarif tertentu yang telah dinegosiasikan sebelumnya.
<b>Pasien Rawat Inap</b>	Pasien yang dirawat di <b>Rumah Sakit</b> dan yang menempati tempat tidur semalam atau lebih lama, karena alasan medis.
<b>Tertanggung/Anda</b>	<b>Anda</b> dan/atau <b>Tanggung</b> yang disebutkan pada <b>Sertifikat Asuransi</b> yang ditanggung menurut <b>Polis Grup</b> ini.
<b>Kondisi Medis</b>	Setiap penyakit, cedera atau kesakitan, termasuk <b>Penyakit Kejiwaan</b> .
<b>Praktisi Medis</b>	Seorang yang telah mencapai gelar utama dalam bidang kedokteran atau bedah sesudah belajar di sekolah kedokteran yang diakui oleh <b>WHO</b> dan yang diberi izin untuk berpraktik kedokteran oleh lembaga yang berwenang di negara di mana <b>Pengobatan</b> diberikan. Yang <b>Kami</b> maksud dengan "sekolah kedokteran yang diakui" adalah sekolah kedokteran, yang tercantum dalam Direktori Dunia Sekolah Medis saat ini yang diterbitkan oleh <b>WHO</b> .
<b>Secara Medis Diperlukan</b>	<b>Pengobatan</b> , yang menurut pendapat dari <b>Praktisi Medis</b> yang memenuhi syarat, tepat dan sesuai dengan diagnosa dan yang sesuai dengan standar medis yang berlaku umum tidak boleh dihilangkan tanpa secara merugikan mempengaruhi kondisi <b>Tertanggung</b> atau kualitas perawatan medis yang diberikan. <b>Pengobatan</b> tersebut harus diperlukan untuk alasan selain kenyamanan pasien atau <b>Praktisi Medis</b> dan disediakan hanya untuk durasi waktu yang tepat. Sebagaimana digunakan dalam definisi ini, istilah "tepat" berarti mempertimbangkan keselamatan pasien dan efektivitas biaya. Bila secara khusus diterapkan pada <b>Pengobatan Rawat Inap</b> , secara medis diperlukan juga berarti bahwa diagnosis tidak dapat dibuat, atau <b>Pengobatan</b> tidak dapat diberikan secara aman dan efektif secara <b>Rawat Jalan</b> .
<b>Bayi Baru Lahir</b>	Bayi yang berumur 16 minggu pertama sesudah lahir.
<b>Jaringan Penyedia</b>	Daftar penyedia medis yang <b>Kami</b> terbitkan dimana <b>Kami</b> mempunyai <b>Perjanjian Penagihan Langsung</b> .
<b>Biaya risiko sendiri per kunjungan Rawat jalan</b>	Jumlah tidak ditanggung yang dibayar oleh <b>Tertanggung</b> sehubungan biaya <b>Rawat Jalan</b> sebelum <b>Manfaat</b> dibayar berdasarkan <b>Polis</b> , sebagaimana ditentukan dalam <b>Sertifikat Asuransi Anda</b> . Setiap kunjungan berlaku untuk setiap konsultasi. Biaya <b>Risiko Sendiri</b> per <b>kunjungan Rawat Jalan</b> berlaku per <b>Tertanggung</b> , per <b>konsultasi Rawat Jalan</b> , ketika <b>Anda</b> menerima <b>Perawatan Rawat Jalan</b> memenuhi syarat di dalam dan di luar <b>Jaringan Penyedia Now Health International</b> .
<b>Penyedia Medis di Luar Jaringan</b>	Penyedia di luar jaringan adalah penyedia medis yang tidak mengadakan kontrak dengan <b>Polis Grup Anda</b> .

---

<b>Out-Patient</b>	A patient who attends a <b>Hospital</b> , consulting room, or out-patient clinic and is not admitted as a <b>Day-Patient</b> or an <b>In-Patient</b> .
<b>Out-Patient Direct Billing</b>	<b>Our</b> published list of medical providers where <b>We</b> have a <b>Direct Billing Provider Network</b> .
<b>Period of Cover</b>	The period of cover set out in the <b>Certificate of Insurance</b> . This will be a 12-month period starting from the <b>Start Date</b> or any subsequent <b>Renewal Date</b> as applicable.
<b>Physiotherapist</b>	A practising physiotherapist who is registered and licensed to practise medicine in the country where <b>Treatment</b> is provided.
<b>Pre-Authorisation</b>	Means a process whereby an <b>Insured Person</b> seeks approval from <b>Us</b> prior to undertaking any <b>Treatment</b> or incurring costs. Such <b>Benefits</b> requiring pre-authorisation from <b>Us</b> will denote <b>Pre-Authorisation</b> ( in the <b>Benefit Schedule</b> and as detailed in section 4.
<b>Plan Administrator</b>	The person appointed by the <b>Planholder</b> to administer the <b>Insured Person's Group Plan</b> , and to act as a coordinator with <b>Us</b> .
<b>Planholder</b>	The first <b>Insured Person</b> named on the <b>Certificate of Insurance</b> , or the company.
<b>Pregnancy</b>	Refers to the period of time from the date of the first diagnosis until delivery.
<b>Private Room</b>	Single occupancy accommodation in a private <b>Hospital</b> . Deluxe, executive rooms and VIP suites are not covered.
<b>Psychiatric Illness</b>	The mental or nervous disorder that meets the criteria for classification under an international classification system such as Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) or the International Classification of Diseases (ICD). The disorder must be associated with present distress, or substantial impairment of the individual's ability to function in a major life activity (e.g. employment). The aforementioned condition must be clinically significant and not merely an expected response to a particular event such as bereavement, relationship or academic problems and acculturation.
<b>Related Conditions</b>	A <b>Related Condition</b> is any disease, injury or illness including <b>Psychiatric Illness</b> that is caused by a <b>Pre-Existing Medical Condition</b> or results from the same underlying cause as a <b>Pre-Existing Medical Condition</b> .
<b>Qualified Nurse</b>	A nurse whose name is currently on any register or roll of nurses, maintained by any Statutory Nursing Registration Body within the country where <b>Treatment</b> is provided.
<b>Reasonable and Customary Charges</b>	The standard fee that would typically be made in respect of <b>Your Treatment</b> costs, in the country <b>You</b> received <b>Treatment</b> . <b>We</b> may require such fees to be substantiated by an independent third party, such as a practising Surgeon/Physician/ <b>Specialist</b> or government health department.
<b>Rehabilitation</b>	<b>Medically Necessary Treatment</b> aimed at restoring independent activities of daily living and the normal form and/or function of an <b>Insured Person</b> following a <b>Medical Condition</b> .
<b>Renewal Date</b>	The anniversary of the <b>Start Date</b> of the <b>Group Plan</b> .



---

Pasien Rawat Jalan	Pasien yang mendatangi <b>Rumah Sakit</b> , ruang konsultasi, atau klinik rawat jalan dan tidak dirawat sebagai <b>Pasien Rawat Sehari</b> atau <b>Pasien Rawat Inap</b> .
Penagihan Langsung Rawat Jalan	Daftar penyedia medis yang <b>Kami</b> terbitkan dimana <b>Kami</b> mempunyai <b>Jaringan Penyedia Penagihan</b> Langsung.
Masa Pertanggungungan	Masa pertanggungungan yang ditetapkan dalam <b>Sertifikat Asuransi</b> . Ini adalah masa 12 bulan mulai dari <b>Tanggal Mulai</b> atau <b>Tanggal Pembaharuan</b> berikutnya yang berlaku.
Fisioterapis	Fisioterapis praktik yang terdaftar dan mendapat izin untuk berpraktik di negara di mana <b>Pengobatan</b> disediakan.
Pra-Otorisasi	Berarti suatu proses di mana <b>Tertanggung</b> meminta persetujuan dari <b>Kami</b> sebelum menjalani <b>Pengobatan</b> apapun atau mengeluarkan biaya. <b>Manfaat</b> yang mensyaratkan pra-otorisasi dari <b>Kami</b> tersebut akan menunjukkan <b>Pra-Otorisasi</b> ( dalam <b>Ikhtisar Manfaat</b> dan seperti yang dijelaskan pada bab 4.
Administrator Polis	Orang yang ditunjuk oleh <b>Pemegang Polis</b> untuk mengurus <b>Polis Grup</b> dari <b>Tertanggung</b> , dan untuk bertindak sebagai koordinator dengan <b>Kami</b> .
Pemegang Polis	<b>Tertanggung</b> pertama yang disebutkan dalam Sertifikat Asuransi, atau perusahaan.
Kehamilan	Mengacu pada kurun waktu dari tanggal diagnosa pertama sampai melahirkan.
Ruang Pribadi	Akomodasi hunian sendiri di <b>Rumah Sakit</b> swasta. Kamar deluxe, executive dan VIP suite tidak ditanggung.
Penyakit Kejiwaan	Kelainan mental atau saraf yang memenuhi kriteria untuk diklasifikasikan menurut sistem klasifikasi internasional seperti Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) atau International Classification of Diseases (ICD). Kelainan harus terkait dengan kesulitan saat ini, atau gangguan yang cukup besar dalam hal kemampuan individu untuk berfungsi dalam aktivitas hidup utama (misalnya kerja). Kondisi tersebut harus menunjukkan secara klinis, bukan sekedar tanggapan yang diperkirakan terhadap kejadian tertentu seperti berkabung, masalah hubungan atau masalah akademik dan akulturasi.
Kondisi Terkait	<b>Kondisi Terkait</b> adalah penyakit, cedera atau kesakitan termasuk <b>Penyakit Kejiwaan</b> yang disebabkan oleh <b>Kondisi Medis yang Sudah Diderita</b> atau diakibatkan oleh penyebab dasar yang sama dengan <b>Kondisi Medis yang Sudah Diderita</b> .
Perawat Berjajah	Perawat yang namanya saat ini tercantum dalam setiap buku daftar pencatatan atau daftar nama perawat, dikelola oleh Badan Registrasi Perawat Resmi di negara di mana <b>Pengobatan</b> disediakan.
Biaya Wajar dan Layak	Biaya standar yang biasanya akan dikeluarkan dalam hal biaya <b>Pengobatan Anda</b> , di negara dimana <b>Anda</b> mendapat <b>Pengobatan</b> . <b>Kami</b> mungkin mensyaratkan biaya tersebut harus dibenarkan oleh pihak ketiga yang independen, misalnya Dokter Bedah praktik/Dokter/ <b>Dokter Spesialis</b> atau departemen kesehatan pemerintah.
Rehabilitasi	<b>Pengobatan yang secara Medis Diperlukan</b> yang dimaksudkan untuk memulihkan kegiatan yang dapat berdiri sendiri untuk kehidupan sehari-hari dan bentuk dan/atau fungsi normal dari <b>Tertanggung</b> setelah <b>Kondisi Medis</b> .
Tanggal Pembaharuan	Ulang tahun <b>Tanggal Mulai Polis Grup</b> .



---

<b>Semi-Private Room</b>	Dual occupancy accommodation in a private <b>Hospital</b> . Deluxe, executive rooms and VIP suites are not covered.
<b>Specialist</b>	A surgeon, anaesthetist or physician who has attained primary degrees in medicine or surgery following attendance at a <b>WHO</b> -recognised medical school and who is licensed to practise medicine by the relevant authority in the country where the <b>Treatment</b> is given, and is recognised as having a specialised qualification in the field of, or expertise in the <b>Treatment</b> of the disease, illness or injury being treated. By "recognised medical school" <b>We</b> mean a medical school which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the <b>WHO</b> .
<b>Start Date</b>	The start date shown on <b>Your Certificate of Insurance</b> .
<b>Surgical Procedure</b>	An operation requiring the incision of tissue or other invasive surgical intervention.
<b>Terminal</b>	Following the diagnosis that the condition is terminal and <b>Treatment</b> can no longer be expected to cure the condition with death anticipated within 12 months of diagnosis.
<b>Treatment</b>	Surgical or medical services (including <b>Diagnostic Tests</b> ) that are needed to diagnose, relieve or cure a <b>Medical Condition</b> .
<b>Underwriters</b>	Those insurance companies named as underwriters in the <b>Certificate of Insurance</b> . PT Sampo Insurance Indonesia is the underwriter.
<b>Vaccinations</b>	Refers to all basic immunisations and booster injections required under regulation of the country in which <b>Treatment</b> is being given, any <b>Medically Necessary</b> travel vaccinations and malaria prophylaxis.
<b>Waiting Period</b>	Is a period of time starting on the <b>Entry Date</b> of the <b>Insured Person</b> , during which the <b>Insured Person</b> is not entitled to cover for particular <b>Benefits</b> . <b>Your Benefit Schedule</b> will indicate which <b>Benefits</b> are subject to waiting periods.
<b>We/Our/Us</b>	PT Sampo Insurance Indonesia
<b>WHO</b>	The World Health Organisation.

---

<b>Ruang Semi-Pribadi</b>	Akomodasi hunian berdua di <b>Rumah Sakit</b> swasta. Kamar deluxe, executive dan VIP suite tidak ditanggung.
<b>Dokter Spesialis</b>	Dokter bedah, dokter anestesi atau dokter yang telah mencapai gelar utama dalam bidang kedokteran atau bedah sesudah mengikuti sekolah kedokteran yang diakui <b>WHO</b> dan yang mendapat izin untuk berpraktik kedokteran dari instansi yang berwenang di negara di mana <b>Pengobatan</b> diberikan, dan diakui memiliki kualifikasi khusus dalam bidang atau keahlian <b>Pengobatan</b> penyakit, kesakitan atau cedera yang sedang diobati. Yang <b>Kami</b> maksud dengan “sekolah kedokteran yang diakui” adalah sekolah kedokteran yang tercantum dalam Direktori Dunia Sekolah Medis saat ini yang diterbitkan oleh <b>WHO</b> .
<b>Tanggal Mulai</b>	Tanggal mulai yang ditunjukkan pada <b>Sertifikat Asuransi Anda</b> .
<b>Prosedur Bedah</b>	Operasi yang membutuhkan sayatan jaringan atau intervensi bedah invasif lainnya.
<b>Terminal</b>	Setelah diagnosa bahwa kondisinya terminal dan <b>Pengobatan</b> tidak bisa lagi diharapkan untuk menyembuhkan kondisi tersebut dengan kematian diperkirakan terjadi dalam waktu 12 bulan setelah diagnosa.
<b>Pengobatan</b>	Layanan bedah atau medis (termasuk <b>Tes Diagnostik</b> ) yang diperlukan untuk mendiagnosa, meringankan atau menyembuhkan <b>Kondisi Medis</b> .
<b>Penanggung</b>	Perusahaan-perusahaan asuransi yang disebutkan sebagai penanggung dalam <b>Sertifikat Asuransi</b> . PT Sampo Insurance Indonesia adalah penanggung asuransinya.
<b>Vaksinasi</b>	Mengacu pada semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang dipersyaratkan dalam peraturan negara di mana <b>Pengobatan</b> yang diberikan, setiap vaksinasi perjalanan yang secara <b>Medis Diperlukan</b> dan profilaksis malaria.
<b>Masa Tunggu</b>	Adalah kurun waktu yang dimulai pada <b>Tanggal Masuk Tertanggung</b> , di mana <b>Tertanggung</b> tidak berhak atas pertanggungan untuk <b>Manfaat</b> tertentu. <b>Ikhtisar Manfaat Anda</b> akan menunjukkan <b>Manfaat</b> apa saja yang tunduk pada masa tunggu.
<b>Kami</b>	PT Sampo Insurance Indonesia
<b>WHO</b>	Organisasi Kesehatan Dunia.

## 2. Manage your Group Plan online

---

### A guide to the secure online portfolio area

The simplest way to manage **Your Group Plan** is via the secure online portfolio area which **You** can access at [www.now-health.com](http://www.now-health.com). To access it **You** need the unique username and password **You** were supplied with when **You** joined. If **You** need help to retrieve this information, contact **Us** on Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910.

#### About me

In this section **You** can view and update **Your** personal contact and login details, **Your** document delivery settings and tell **Us** how **You** would like **Us** to pay **Your** claims.

#### My Plan

**You** can view **Your Group Plan** details and download **Your Certificate of Insurance**, members' handbook and claim form from here. **You** can order replacement membership cards and view **Your Benefit** limits.

#### Your Claims

Here **You** can make a claim online and track **Your** claims in real time. **You** can view information about all **Your** claims, past and present, including claim status, the medical provider and the amounts claimed and settled, in the currency **You** have selected. All updates are displayed as they happen so **You** always have the latest information. **You** can also submit a **Pre-Authorisation** request from here.

#### Other features

In addition to the above, **You** can use the secure online portfolio to download forms, introduce **Us** to **Your** preferred medical provider and find a medical provider in the **Now Health International Provider Network**.

For more information, visit the FAQ section of the website, which **You** can access from **Our** homepage [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

#### Download our mobile app

**Our** mobile app, which is available for both iPhone and Android has many useful functions including the ability to find a medical provider with the **Now Health International Provider Network** and submit a claim for **Treatment** **You** have already paid for in a few simple touches.



## 2. Mengelola Polis Grup anda secara online

---

### Panduan ke area portofolio online yang aman

Cara paling mudah untuk mengelola **Polis Grup Anda** adalah melalui area portofolio online aman yang dapat **Anda** akses di [www.now-health.com](http://www.now-health.com). Untuk mengaksesnya **Anda** membutuhkan nama pengguna dan kata sandi unik yang telah diberikan saat **Anda** bergabung. Jika **Anda** memerlukan bantuan untuk mengambil informasi ini, hubungi **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910.

#### Tentang saya

Di bagian ini, **Anda** dapat melihat dan memperbarui rincian kontak pribadi dan rincian login dan mengatur pengaturan pengiriman dokumen **Anda** dan memberitahu **Kami** mengenai cara pembayaran klaim yang **Anda** inginkan.

#### Polis Saya

**Anda** dapat melihat rincian **Polis Anda** dan mengunduh Sertifikat Asuransi **Anda**, buku Panduan peserta, dan formulir klaim dari sini. **Anda** dapat meminta penggantian kartu peserta dan melihat limit **Manfaat Anda**.

#### Klaim Anda

Di sini **Anda** dapat mengajukan klaim secara online dan menelusuri klaim **Anda** secara langsung. **Anda** dapat melihat informasi tentang semua klaim **Anda**, yang terdahulu dan sekarang, termasuk status klaim, penyedia layanan medis dan jumlah yang diklaim dan dibayar, dalam mata uang yang telah **Anda** pilih. Semua pembaruan ditampilkan sesuai yang terjadi sehingga **Anda** selalu memiliki informasi terbaru. **Anda** juga dapat mengajukan permintaan **Pra-Otorisasi** dari sini.

#### Fitur lainnya

Selain di atas, **Anda** dapat menggunakan portofolio online aman untuk mengunduh formulir, memperkenalkan **Kami** dengan penyedia layanan medis yang **Anda** pilih dan menemukan penyedia layanan medis di **Jaringan Penyedia Now Health International**.

Untuk informasi lebih lanjut, kunjungi bagian FAQ dari situs Web ini, yang dapat **Anda** akses dari situs **Kami**: [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

#### Unduh aplikasi mobile kami

Aplikasi mobile **Kami**, yang tersedia untuk iPhone dan Android memiliki banyak fungsi yang berguna termasuk kemampuan untuk menemukan penyedia medis dengan **Jaringan Penyedia Now Health International** dan mengajukan klaim untuk perawatan yang sudah **Anda** bayar dengan sentuhan mudah.



### 3. How to claim

As soon as **You** join, **You** can contact **Our** Customer Service team for support. **You** also have access to **Our** Helpline, which is open 24 hours a day, 365 days a year.

**Your** online secure portfolio area has a dedicated claims section with the latest information on past and present claims. **You** can also use this area to make a claim.

To log in, **You** just need **Your** username and password.

To help **Us** process **Your** claim as quickly as possible, please follow these simple steps:

#### 3.1 Claiming for Treatment You have already paid for

##### Step 1

###### Choose how **You** would like to claim

**You** can claim using the secure online portfolio at [www.now-health.com](http://www.now-health.com), the mobile app or if **You** prefer a more traditional solution, **You** can send **Us** a claim form using email, fax or post.

**You** can download a claim form from the secure online portfolio or the 'How to claim' page of [www.now-health.com](http://www.now-health.com). Alternatively call **Us** on Toll-free 0800 1 889900 /Toll +62 21 2783 6910 to request a form or if **You** need help to access the secure online portfolio area.

##### Step 2

###### For all Out-Patient claims and In-Patient/Day-Patient claims under USD 500 per Medical Condition:

###### Using the claim form (printed or pdf):

Complete sections 1 and 2, sign it and send it to **Us** with the receipt(s) and any other relevant information such as diagnostic reports, discharge reports and medical reports.

- Email to [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com), or
- Fax to +62 21 515 7639, or
- Post to PT Now Health International Indonesia 17/F, Indonesia Stock Exchange, Menara II Jl. Jend. Sudirman Kav. 52 – 53 Jakarta 12190, Indonesia

###### Using the mobile app:

Complete all the fields in the form, upload the requested images, accept the declaration and authorisation and click 'Submit'. **We** will save the information **You** include in **Your** settings.

###### Using the secure online portfolio:

Select the **Insured Person** from the dropdown list, complete all the fields in the form, upload the requested images, accept the declaration and authorisation and click 'Submit form'.

##### Step 2

###### For In-Patient/Day-Patient claims over USD 500 per Medical Condition:

###### Using the claim form (printed or pdf):

**You** and **Your Medical Practitioner** must complete all the relevant sections before **You** submit **Your** claim. Sign the claim form and send it to **Us** with the receipt(s) and any other relevant information such as diagnostic reports, discharge reports and medical reports.

- Email to [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com), or
- Fax to +62 21 515 7639, or
- Post to PT Now Health International Indonesia 17/F, Indonesia Stock Exchange, Menara II Jl. Jend. Sudirman Kav. 52 – 53 Jakarta 12190, Indonesia

###### Using the mobile app:

**You** cannot use the mobile app to submit a claim of this value.

###### Using the secure online portfolio:

Scan the completed claim form and upload it along with the receipt(s) and any other relevant information such as diagnostic reports, discharge reports and medical reports, and click 'Submit form'.

##### Step 3

**We** will assess **Your** claim. Provided **We** have all the information **We** need, **We** will process all **Eligible** claims within five working days of receipt.

##### Step 4

**You** can track all **Your** claims using **Your** online secure portfolio area. Log in at any time using **Your** username and password to see how **Your** claim is progressing. **You** will be able to view the status, the medical provider, the currency claimed and settled and the **Benefit** for each individual claim, as well as any **Deductible, Co-Insurance or Out-Patient Per Visit Excess** applied.

All updates are displayed as they happen so **You** always have the latest information on **Your** claims. **We** will email or SMS **You** every time there is a change to the claims status on **Your** account so **You** know the most relevant time to log in.

###### Important notes:

**You** must send **Us** **Your** claim within six months of **Treatment** (unless this is not reasonably possible).

Please keep original records if **You** are sending **Us** a copy, as **We** may ask **You** to forward these at a later date. If **We** do, it will be within six months of when **You** told **Us** about the claim.

If the total amount **You** are claiming now or have claimed for **Day-Patient** and **In-Patient** (per **Insured Person**, per **Medical Condition**, per **Period of Cover**) is over USD 500, please ensure Section 3 of the claim form is completed by the treating **Medical Practitioner**.

If **You** don't know if **Your** claim falls within the USD 500 per **Medical Condition** guideline, please complete all sections of the claim form and ask **Your Medical Practitioner** to complete their section send it to **Us** to using one of the options in Step 2.

For all claims where **We** reimburse **You**, **You** can choose which currency **You** would like **Your** claims to be settled in and how **You** would like them to be paid.

Please note that the above process applies to claims against both the maternity, dental and wellness, optical and **Vaccinations Benefits**, should **You** have opted for a **Plan** with those **Benefits**.

### 3. Cara mengajukan klaim

Segera setelah **Anda** bergabung sebagai nasabah, **Anda** dapat menghubungi tim Layanan Nasabah **Kami** untuk memperoleh bantuan. **Anda** juga dapat menghubungi Telepon Bantuan **Kami** yang buka 24 jam sehari, 365 hari setahun.

Area portofolio online yang aman memiliki bagian klaim khusus yang memuat informasi terbaru tentang klaim terdahulu dan sekarang. **Anda** juga dapat menggunakan area ini untuk mengajukan klaim.

Untuk login **Anda** hanya perlu nama pengguna dan kata sandi.

Untuk membantu **Kami** memproses klaim **Anda** secepat mungkin, silahkan ikuti langkah-langkah mudah ini:

#### 3.1 Mengajukan klaim untuk Pengobatan yang **Anda** telah bayar

##### Langkah 1

###### Pilih cara pengajuan klaim yang **Anda** inginkan

**Anda** dapat mengajukan klaim dengan menggunakan portofolio online aman di [www.now-health.com](http://www.now-health.com), aplikasi ponsel atau jika **Anda** lebih menyukai cara tradisional, **Anda** dapat mengirimkan formulir klaim lewat email, faks atau pos.

**Anda** dapat mengunduh formulir klaim dari portofolio online aman atau laman "Cara Mengajukan Klaim" di [www.now-health.com](http://www.now-health.com). Sebagai alternative, hubungi **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 untuk meminta formulir atau jika **Anda** memerlukan bantuan untuk mengakses area portofolio online aman.

##### Langkah 2

###### Untuk semua klaim Rawat Jalan dan Rawat Inap/Perawatan Sehari di bawah USD 500 per Kondisi Medis:

*Gunakan formulir klaim (cetak atau pdf):*

Lengkapi bagian 1 dan 2 formulir tersebut, tandatangi dan kirim kepada **Kami** beserta kwitansi-kwitansi dan informasi terkait lainnya seperti laporan diagnostik, laporan keluar rumah sakit dan laporan medis.

- Kirim lewat email ke [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com), atau
- Kirim lewat faks ke +62 21 515 7639, atau
- Kirim lewat pos ke PT Now Health International Indonesia 17/F, Indonesia Stock Exchange, Menara II Jl. Jend. Sudirman Kav. 52 – 53 Jakarta 12190, Indonesia

*Menggunakan aplikasi ponsel:*

Lengkapi semua kolom dalam formulir, unggah gambar yang diminta, terima pernyataan dan otorisasi dan klik 'Kirim'. **Kami** akan menyimpan informasi yang **Anda** masukkan dalam pengaturan **Anda**.

*Menggunakan portofolio online aman:*

Pilih **Tertanggung** dari daftar dropdown, lengkapi semua kolom dalam formulir, unggah gambar yang diminta, terima pernyataan dan otorisasi dan klik 'Kirim'.

##### Langkah 2

###### Untuk semua klaim Rawat Jalan dan Rawat Inap/Perawatan Sehari di atas USD 500 per Kondisi Medis:

*Gunakan formulir klaim (cetak atau pdf):*

**Anda** dan Praktisi Medis **Anda** harus melengkapi semua bagian yang relevan sebelum **Anda** mengajukan klaim **Anda**. Tandatangi formulir klaim dan kirim kepada **Kami** beserta kwitansi-kwitansi dan informasi terkait lainnya seperti laporan diagnostik, laporan keluar rumah sakit dan laporan medis.

- Kirim lewat email ke [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com), atau
- Kirim lewat faks ke +62 21 515 7639, atau
- Kirim lewat pos ke PT Now Health International Indonesia 17/F, Indonesia Stock Exchange, Menara II Jl. Jend. Sudirman Kav. 52 – 53 Jakarta 12190, Indonesia

*Menggunakan aplikasi ponsel:*

**Anda** tidak dapat menggunakan aplikasi ponsel untuk pengajuan klaim dengan nilai ini (di atas USD 500).

*Menggunakan portofolio online aman:*

Pindai formulir klaim yang telah dilengkapi dan unggah beserta kwitansi dan informasi terkait lainnya seperti laporan diagnostik, laporan keluar rumah sakit dan laporan medis, lalu klik "Kirim Formulir".

##### Langkah 3

**Kami** akan menilai klaim **Anda**. Dengan catatan **Kami** memiliki semua informasi yang **Kami** butuhkan, **Kami** akan memproses semua klaim yang **Memenuhi Syarat** dalam waktu lima hari kerja setelah diterima.

##### Langkah 4

**Anda** dapat menelusuri semua klaim **Anda** menggunakan area portofolio online yang aman. Silahkan login setiap saat menggunakan nama pengguna dan kata sandi **Anda** untuk mengetahui perkembangan klaim **Anda**. **Anda** dapat melihat status, penyedia medis, mata uang yang diklaim dan diselesaikan dan **Manfaat** untuk masing-masing klaim, serta setiap **Biaya Risiko Sendiri**, **Ko-Asuransi**, **Biaya Risiko sendiri per Kunjungan Rawat Jalan**.

Semua pembaruan yang ditampilkan adalah sesuai yang telah terjadi sehingga **Anda** selalu memiliki informasi terbaru tentang klaim **Anda**. **Kami** akan mengirimkan email atau SMS kepada **Anda** setiap saat adanya perubahan status klaim pada akun **Anda** sehingga **Anda** mengetahui waktu yang paling relevan untuk masuk (login).

**Catatan penting:**

**Anda** harus mengirimkan klaim **Anda** kepada **Kami** dalam waktu enam bulan sesudah **Pengobatan** (kecuali hal ini tidak mungkin secara wajar). Harap simpan catatan asli jika **Anda** akan mengirim salinan kepada **Kami**, karena **Kami** mungkin meminta **Anda** untuk mengirimkan catatan ini di kemudian hari.

Jika total jumlah klaim yang diajukan sekarang atau telah mengajukan klaim untuk **Perawatan Sehari** dan **Rawat Inap** per **Tertanggung**, per **Kondisi Medis**, per **Period Pertanggung** lebih dari USD 500, harap pastikan Bagian 3 dalam formulir klaim telah dilengkapi oleh **Praktisi Medis** yang merawat.

Jika **Anda** tidak tahu apakah klaim **Anda** masuk dalam pedoman USD 500 per **Kondisi Medis**, silahkan isi semua bagian dari formulir klaim dan mintalah **Praktisi Medis** **Anda** untuk mengisi bagian mereka kemudian kirimkan ke **Kami** dengan menggunakan salah satu pilihan pada Langkah 2.

Untuk semua klaim di mana **Kami** mengembalikan uang **Anda**, **Anda** dapat memilih mata uang yang **Anda** inginkan untuk menyelesaikan klaim **Anda** dan cara pembayaran yang **Anda** inginkan.

Harap dicatat bahwa proses di atas berlaku untuk klaim terhadap **Manfaat** asuransi persalinan maupun gigi, **Pemeriksaan Kesehatan**, **Optik** dan **Vaksinasi** jika **Anda** telah memilih **Polis Grup** dengan **Manfaat-Manfaat** tersebut.

## 3.2 Arranging Direct Settlement

### 3.2.1 For In-Patient and Day-Patient Treatment

If **You** are referred for **In-Patient** or **Day-Patient Treatment**, **We** will try to arrange to settle the bill directly with the medical provider.

#### Step 1

Five working days before **You** are admitted (or whenever possible), contact **Our** customer service team on Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com)  
Tell **Us** the **Hospital** name, telephone number, fax number, the contact name at the **Hospital** and the name of the **Medical Practitioner**.

#### Step 2

**Your Medical Practitioner** should complete a **Pre-Authorisation** Request Form. **You** can download this form from the 'How to claim' page of the website or from the secure online portfolio area.

Once **Your Medical Practitioner** has completed the form, they can return it to **Us** directly or **You** can do so using one of the methods on the form or using the secure online portfolio area in the My Claims page.

**We** will contact **You** once the arrangements have been made.

#### Step 3

When **You** arrive at the medical provider on the day of **Your Treatment**, show **Your** membership card and tell them that **Direct Billing** has been arranged.

**We** may also ask **You** to fill in some extra forms. **You** can access all the forms **You** need from **Your** online secure portfolio area at [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

**You** will need to pay any **Deductible** on **Your Group Plan** to the medical provider before **You** leave.

#### Step 4

When **You** leave, ask the medical provider to send the original claim form and bill to **Us** for payment. **You** can track all subsequent claims activity in **Your** online secure portfolio area. Log in using **Your** username and password at [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

#### Important notes:

For **In-Patient Treatment**, **Day-Patient Treatment** or major **Out-Patient Treatment**, please contact **Us** before **You** get **Treatment**. If **You** don't make contact before **Your** admission, **We** may not be able to arrange to pay the medical provider directly. This might mean that **You** have to pay a deposit to the medical provider or pay **Your** bill in full.

If **You** need repeat **In-Patient** or **Day-Patient Treatment**, **We** need a new claim form for each stay, even if it's for the same **Medical Condition**.

**You** will need to pay any **Deductible** on **Your Group Plan** to the medical provider before **You** leave.

## 3.2 Mengurus Penyelesaian Langsung

### 3.2.1 Untuk Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari

Jika **Anda** dirujuk untuk **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari**, **Kami** akan berusaha untuk mengatur pelunasan tagihan secara langsung dengan penyedia medis.

#### Langkah 1

Lima hari kerja sebelum **Anda** dirawat (atau bila memungkinkan), hubungi tim layanan pelanggan **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com)  
Beritahu **Kami** nama **Rumah Sakit**, nomor telepon, nomor fax, nama kontak di **Rumah Sakit** dan nama **Praktisi Medis**.

#### Langkah 2

**Praktisi medis Anda** harus melengkapi Formulir Permintaan **Pra-otorisasi**. **Anda** dapat mengunduh formulir ini dari halaman 'Cara Mengajukan Klaim' dari website atau dari area portofolio online aman.

Setelah **Praktisi Medis Anda** telah melengkapi formulir, mereka dapat mengembalikannya ke **Kami** secara langsung atau **Anda** dapat melakukannya dengan menggunakan salah satu metode dalam formulir atau menggunakan area portofolio online di halaman My Claim.

**Kami** akan menghubungi **Anda** setelah dilakukan pengurusan.

#### Langkah 3

Saat **Anda** tiba di penyedia medis pada hari **Pengobatan Anda**, tunjukkan kartu kepesertaan **Anda** dan beritahu mereka bahwa **Penagihan Langsung** telah diurus.

**Kami** juga mungkin meminta **Anda** untuk mengisi beberapa formulir tambahan, misalnya pelepasan informasi medis oleh penyedia medis. **Anda** dapat mengakses semua formulir yang **Anda** butuhkan dari area portofolio online yang aman **Anda** di [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

**Anda** perlu membayar **Biaya Risiko Sendiri** pada **Polis Grup Anda** ke penyedia medis sebelum **Anda** pergi.

#### Langkah 4

Saat **Anda** pergi, mintalah penyedia medis untuk mengirimkan formulir klaim asli dan tagihan kepada **Kami** untuk dibayar. **Anda** dapat melacak semua aktivitas klaim berikutnya di area portofolio online yang aman **Anda**. Lakukan login menggunakan nama pengguna dan kata sandi **Anda** di [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

#### Catatan penting:

Untuk **Pengobatan Rawat Inap**, **Pengobatan Rawat Sehari** atau **Pengobatan Rawat Jalan** besar, silahkan hubungi **Kami** sebelum **Anda** mendapatkan **Pengobatan**. Jika **Anda** tidak menghubungi **Kami** sebelum **Anda** dirawat, **Kami** mungkin tidak dapat mengurus pembayaran penyedia medis secara langsung. Hal ini bisa berarti **Anda** harus membayar uang jaminan ke penyedia medis atau membayar tagihan **Anda** secara penuh.

Jika **Anda** perlu mengulang **Pengobatan Rawat Inap** atau **Pengobatan Rawat Sehari**, **Kami** memerlukan formulir klaim baru untuk setiap opname, meski itu untuk **Kondisi Medis** yang sama.

**Anda** perlu membayar **Biaya Risiko Sendiri** pada **Polis Grup Anda** ke penyedia medis sebelum **Anda** pergi.



## 3.2 Arranging Direct Settlement

### 3.2.2 Out-Patient Treatment within the WorldCare Plan Direct Billing Network

If **You** have a **Deductible** this does not apply to **Treatment You** receive on an **Out-Patient** basis in **Our Out-Patient Direct Billing Network**.

**Your Eligible Out-Patient Treatment** is subject to any selected **Out-Patient Per Visit Excess** option or **Co-Insurance Out-Patient Treatment** option.

- If **You** have selected an **Out-Patient Per Visit Excess** option, **You** need to pay the first USD 25 or USD 15 (depending on the option chosen) per consultation on **Eligible Out-Patient Treatment** to the medical provider upfront through **Our Out-Patient Direct Billing Network**. If **You** have this option, it will say so on **Your Membership card**.
- If **You** have selected a **Co-Insurance Out-Patient Treatment** option, **You** must pay the **Co-Insurance** amount on **Eligible Out-Patient Treatment** to the medical provider upfront through **Our Out-Patient Direct Billing Network**.

If the **Out-Patient Per Visit Excess** or **Co-Insurance Out-Patient Treatment** is selected this will apply per **Insured Person** when **You** receive **Eligible Out-Patient Treatment** inside and outside of the **Now Health International Provider Network**.

**Out-Patient Direct Billing** is not available if **You** have chosen the **WorldCare Essential Plan** with the **Out-Patient Charges** option.

#### Step 1

To find an **Out-Patient Direct Billing** facility, log in to **Your** online secure portfolio area at [www.now-health.com](http://www.now-health.com) or use the mobile app. Here **You** can locate an appropriate medical facility within the **Out-Patient Direct Billing Network**.

If **You** can't find an **Out-Patient Direct Billing** facility near **You**, **Our** customer service team will be happy to help.

**You** can contact them on Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com)

#### Step 2

When **You** arrive at the medical facility, please show **Your** membership card. Please also take a form of identification such as an ID card or passport. The medical facility may ask **You** to complete and sign an authorisation form or disclaimer.

#### Step 3

The medical facility will check **Out-Patient Per Visit Excess** and any **Co-Insurance** before arranging for **You** to see a doctor.

If **Your** cover is not **Eligible**, they will still arrange for **You** to see a doctor but will ask **You** to pay for the **Treatment**.

#### Step 4

When **You** leave, the medical facility may ask **You** to sign a confirmation that **You** have received **Treatment**.

#### Step 5

If **You** need to return for further **Treatment**, **You** will have to complete the same procedure again.

#### Important notes:

If **You** receive **Treatment** that is not **Eligible** under **Your Group Plan** through the **Now Health International Provider Network**, **You** are liable for the costs incurred and **You** must refund **Us** or **We** may suspend **Your Benefits** until the **Planholder** or **You** have settled the outstanding amounts in full. If **We** determine that a claim was fraudulent, **We** may terminate **You** from the **Group Plan** with immediate effect without refund of premiums.

If **You** receive **Eligible Treatment** within the **Now Health International Provider Network** but pay and claim for the **Treatment** received, the standard **Out-Patient Per Visit Excess** or **Co-Insurance** will apply.

**Out-Patient Direct Billing** is not available for dental, maternity and wellness, optical and **Vaccinations Benefits** unless it is specified on **Your Membership Card**.

## 3.2 Mengurus Penyelesaian Langsung

### 3.2.2 Pengobatan Rawat Jalan dalam Jaringan Penagihan Langsung Program WorldCare

Jika **Anda** memiliki **Risiko Sendiri**, hal ini tidak berlaku untuk **Perawatan** yang **Anda** terima secara **Rawat Jalan** dalam Jaringan Penagihan Langsung Rawat Jalan Kami.

**Pengobatan Rawat Jalan Anda** yang memenuhi syarat mengacu pada pilihan **Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan Rawat Jalan** yang dipilih atau pilihan **Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi**.

- Jika **Anda** telah memilih opsi **Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan Rawat Jalan**, **Anda** perlu membayar USD 25 atau USD 15 yang pertama (tergantung pada Opsi yang dipilih) per konsultasi atas **Pengobatan Rawat Jalan yang Memenuhi Syarat** kepada penyedia medis di muka melalui Jaringan **Penagihan Langsung Rawat Jalan Kami**. Jika **Anda** memiliki opsi ini, hal ini akan tertera pada kartu kepesertaan **Anda**.
- Jika **Anda** telah memilih opsi **Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi**, **Anda** harus membayar jumlah **Ko-Asuransi** untuk **Pengobatan Rawat Jalan yang Memenuhi Syarat** kepada penyedia medis dimuka melalui Jaringan **Penagihan Langsung Rawat Jalan Kami**.

Jika **Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan Pengobatan Rawat Jalan** atau **Rawat Jalan Ko-Asuransi** dipilih, hal ini akan berlaku per **Tertanggung** saat **Anda** menerima **Pengobatan Rawat Jalan yang Memenuhi Syarat** di dalam dan di luar Jaringan Penyedia **Now Health International**.

**Penagihan langsung Rawat Jalan** tidak tersedia jika **Anda** telah memilih **Polis Worldcare Essential** Opsi **Biaya Rawat Jalan**.

#### Langkah 1

Untuk menemukan fasilitas **Penagihan Langsung Rawat Jalan**, log in ke area portofolio online yang aman **Anda** di [www.now-health.com](http://www.now-health.com) atau menggunakan aplikasi mobile **Kami**. Di sini **Anda** dapat menemukan fasilitas medis yang tepat dalam Jaringan **Penagihan Langsung Rawat Jalan**.

Jika **Anda** tidak dapat menemukan fasilitas **Penagihan Langsung Rawat Jalan** di dekat **Anda**, tim layanan nasabah **Kami** akan dengan senang hati membantu.

**Anda** dapat menghubungi tim ini di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com).

#### Langkah 2

Saat **Anda** tiba di fasilitas medis, silahkan tunjukkan kartu kepesertaan Program **WorldCare Anda**. Silahkan juga ambil formulir identifikasi seperti KTP atau paspor. Fasilitas medis mungkin meminta **Anda** untuk mengisi dan menandatangani formulir otorisasi atau penolakan.

#### Langkah 3

Fasilitas medis akan memeriksa **Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan** dan setiap **Ko-Asuransi** sebelum mengatur **Anda** untuk berkonsultasi dengan dokter.

Jika pertanggung **Anda** tidak **Memenuhi** syarat, mereka tetap akan mengurus **Anda** berkonsultasi ke dokter tetapi akan meminta **Anda** untuk membayar **Pengobatan**.

#### Langkah 4

Saat **Anda** pergi, fasilitas medis mungkin meminta **Anda** untuk menandatangani konfirmasi bahwa **Anda** telah menerima **Pengobatan**.

#### Langkah 5

Jika **Anda** perlu kembali untuk **Pengobatan** lebih lanjut, **Anda** harus menyelesaikan prosedur yang sama lagi.

#### Catatan penting:

Jika **Anda** menerima **Pengobatan** yang tidak **Memenuhi** syarat dalam **Polis Grup Anda** melalui Jaringan Penyedia **Now Health International**, maka **Anda** bertanggung jawab atas biaya yang terjadi dan **Anda** harus membayar kembali kepada **Kami** atau **Kami** dapat menagih **Manfaat Anda** hingga **Planholder** atau **Anda** telah melunasi jumlah tersebut secara penuh. Jika **Kami** menemukan bahwa klaim tersebut adalah tidak benar, **Kami** dapat mengakhiri **Polis Anda** dari **Polis Grup** dengan segera tanpa pengembalian premi.

Jika **Anda** menerima **Pengobatan yang Memenuhi Syarat** dalam Jaringan Penyedia **Now Health International** tetapi membayar dan mengklaim untuk **Pengobatan** yang diterima, maka **Biaya Risiko Sendiri** standar **Per Kunjungan Rawat Jalan** atau **Ko-Asuransi** akan berlaku.

**Penagihan langsung Rawat Jalan** tidak tersedia untuk **Manfaat** gigi, persalinan dan pemeriksaan kesehatan, optik dan **Vaksinasi** kecuali ditentukan pada Kartu Kepesertaan **Anda**.

### 3.3 When You need Emergency medical Treatment

If a **Hospital** admits **You** for **Emergency** medical **Treatment** or if the **Hospital** that is treating **Your Emergency Medical Condition** tells **You** that **You** need to be evacuated to another medical facility for **Treatment**, **You**, the treating **Medical Practitioner** or the **Hospital**, must contact **Our** 24 hour **Emergency** assistance service as soon as possible.

By contacting **Our Emergency** assistance service **You** will give **Us** the opportunity to arrange to settle **Your Hospital** bills directly where possible. It will also ensure that **Your** claim can be processed without any delays.

#### Step 1

Contact **Our Emergency** assistance service on +62 21 2783 6940 or email [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com). This service is available 24 hours a day, 365 days a year.

They will need **Your** name and membership number as well as the **Hospital** name, telephone number and fax number, a contact name at the **Hospital** and the name of the **Medical Practitioner**.

#### Step 2

**Our Emergency** assistance service will verify whether the **Medical Condition** **You** are claiming for is **Eligible** under **Your Group Plan**.

#### Step 3

If **Your** claim is **Eligible**, **Our Emergency** assistance service staff will consider **Your Emergency** admission or **Your** request for **Evacuation** in relation to **Your** medical needs.

#### Step 4

If **Our Emergency** assistance service agrees that **Your Medical Condition** meets all of the following:

- is life-threatening
- is covered by **Your Group Plan**
- cannot be treated adequately locally, and
- requires immediate **In-Patient Treatment**

They will make all the necessary to have **You** moved by air and/or surface transportation to the nearest **Hospital** where appropriate medical **Treatment** is available.

**Our** assistance service will also ensure that any **Eligible** costs at the destination, such as admission costs, are settled directly with the **Hospital**.

#### Step 5

Once **You** have received **Your** medical **Treatment**, if **Our Emergency** assistance service agrees that it is necessary, they will make all the necessary arrangements to repatriate **You** to **Your** appropriate destination, provided that **You** are medically fit to travel.

#### Important notes:

**We** will only pay for **Evacuation** costs that have been authorised and arranged by **Our Emergency** assistance service.

**We** will not pay for **Your Evacuation** costs if the **Evacuation** is directly or indirectly related to a **Medical Condition** which has been specifically excluded on **Your Certificate of Insurance**, or to any other **Medical Condition** or event specifically excluded in **Your Group Plan**.

### 3.3 Saat Anda memerlukan Pengobatan medis Darurat

Jika **Rumah Sakit** menerima **Anda** untuk **Pengobatan** medis **Darurat** atau jika **Rumah Sakit** yang mengobati **Kondisi Medis Darurat Anda** mengatakan bahwa **Anda** harus dievakuasi ke fasilitas medis lain untuk **Pengobatan**, maka **Anda**, **Praktisi Medis** yang mengobati atau **Rumah Sakit**, harus menghubungi layanan bantuan darurat 24 jam **Kami** secepat mungkin.

Dengan menghubungi layanan bantuan darurat **Kami** maka **Anda** akan memberi **Kami** kesempatan untuk mengurus penyelesaian tagihan **Rumah Sakit Anda** langsung jika memungkinkan. Hal ini juga akan memastikan bahwa klaim **Anda** dapat diproses tanpa penundaan.

#### Langkah 1

Hubungi layanan bantuan **Darurat Kami** di +62 21 2783 6940 atau email [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com). Layanan ini tersedia 24 jam sehari, 365 hari setahun.

Mereka akan membutuhkan nama dan nomor kepesertaan **Anda** serta nama, nomor telepon dan nomor faks **Rumah Sakit**, nama kontak di **Rumah Sakit** dan nama **Praktisi Medis**.

#### Langkah 2

Layanan bantuan **Darurat Kami** akan memverifikasi apakah **Kondisi Medis** yang **Anda** klaim **Memenuhi syarat** menurut **Polis Grup Anda**.

#### Langkah 3

Jika klaim **Anda Memenuhi syarat**, staf layanan bantuan **Darurat Kami** akan mempertimbangkan opname **Darurat Anda** atau permintaan **Evakuasi Anda** dalam kaitannya dengan kebutuhan medis **Anda**.

#### Langkah 4

Jika layanan bantuan **Darurat Kami** setuju bahwa **Kondisi Medis Anda** memenuhi semua hal berikut:

- mengancam nyawa
- ditanggung oleh **Polis Grup Anda**
- tidak dapat diobati secara memadai secara lokal, dan
- membutuhkan **Pengobatan Rawat Inap** segera

Mereka akan mengurus semua hal yang diperlukan untuk memindahkan **Anda** melalui transportasi udara dan/atau darat ke **Rumah Sakit** terdekat dimana **Pengobatan** medis yang tepat tersedia.

Layanan bantuan **Kami** juga akan memastikan bahwa setiap biaya yang **Memenuhi syarat** di tempat tujuan, seperti biaya masuk **Rumah Sakit**, diselesaikan langsung dengan **Rumah Sakit**.

#### Langkah 5

Setelah **Anda** menerima **Pengobatan** medis **Anda**, jika layanan bantuan **Darurat Kami** setuju bahwa hal itu perlu, mereka akan mengurus semua hal yang diperlukan untuk memulangkan **Anda** ke tujuan yang tepat bagi **Anda**, asalkan **Anda** bugar secara medis untuk melakukan perjalanan.

#### Catatan penting:

**Kami** hanya akan membayar biaya **Evakuasi** yang telah disahkan dan diurus oleh layanan bantuan **Darurat Kami**.

**Kami** tidak akan membayar biaya **Evakuasi Anda** jika **Evakuasi** secara langsung atau tidak langsung berhubungan dengan **Kondisi Medis** yang telah secara khusus dikecualikan dalam **Sertifikat Asuransi Anda**, atau berhubungan dengan **Kondisi Medis** apapun lainnya atau kejadian yang secara khusus dikecualikan dalam **Polis Grup Anda**.

### 3.4 Accessing elective Treatment in the USA

If **You** have selected the USA Elective **Treatment** option and need referral to a **Medical Practitioner** or **Hospital** in the USA, please follow the steps below.

If **You** are referred for **Out-Patient** diagnostics and surgery, **Day-Patient** or **In-Patient Treatment** in the USA, **You** must contact **Us** as soon as **You** can. **We** will confirm that the facility is an **In Network Medical Provider** and will try to arrange to settle the bill directly with the medical provider. If the medical provider **You** have selected is out of network, **We** will make arrangements to find an equivalent medical provider that is in network.

#### Step 1

Five working days before **Your Treatment** (or as early as possible), contact **Our** customer service team on Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com)

A Clinical Adviser will verify **Your** entitlement to **Benefits** for the proposed **Treatment** and give **You** details on how to claim. Tell **Us** the name of the medical facility, telephone number, fax number, contact name and the name of the **Medical Practitioner**.

#### Step 2

**Your Medical Practitioner** should complete a **Pre-Authorisation Request Form**. **You** can download this form from the 'How to claim' page of the website or from the secure online portfolio area.

Once **Your Medical Practitioner** has completed the form, they can return it to **Us** directly or **You** can do so using one of the methods on the form or using the secure online portfolio area in the My Claims page.

**We** will contact **You** once the arrangements have been made.

#### Step 3

When **You** arrive at the medical provider on the day of **Your Treatment**, show **Your** membership card and tell the medical provider that **We** have arranged **Direct Billing** through **Our** agents.

**We** may also ask **You** to fill in some extra forms, such as an agreement that the medical provider can release information about **You** to **Us**. **You** can access all forms from **Your** online secure portfolio area at [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

**You** will need to pay any **Deductible, Co-Insurance** or **Out-Patient Per Visit Excess** on **Your Group Plan** to the medical provider before **You** leave.

#### Step 4

When **You** leave, ask the medical provider to send the original claim form and bill to **Us** for payment. **You** can track all subsequent claims activity on **Your** online secure portfolio area. Log in at [www.now-health.com](http://www.now-health.com) using **Your** username and password.

#### Important notes:

Please contact **Us** before **You** receive any **In-Patient Treatment, Day-Patient Treatment** or major **Out-Patient Treatment**. If **You** don't contact **Us** before **Your** admission, **We** may not be able to arrange to pay the medical provider directly. This might mean that **You** have to pay a deposit to the **Hospital** or pay **Your** bill in full.

If **You** go to an **Out of Network Medical Provider**, **We** will apply a **Co-Insurance** of 50% to any **Eligible Treatment** as per **Your Benefit Schedule**. **You** will be responsible for the difference, which **You** will have to pay directly to the **Out of Network Medical Provider**.

**We** reserve the right to refuse to cover any medical expenses that **You** incur in the USA that **We** have not authorised.

If **We** pay the medical provider directly for any **Treatment** that is not **Eligible** under **Your Group Plan**, **You** must refund the equivalent sum to **Us**.

**You** will need to pay any **Deductible, Co-Insurance** or **Out-Patient Per Visit Excess** on **Your Group Plan** to the medical provider before **You** leave.

### 3.4 Mengakses Pengobatan Elektif di Amerika Serikat

Jika **Anda** telah memilih pilihan **Pengobatan Elektif** di Amerika Serikat dan perlu rujukan ke **Praktisi Medis** atau **Rumah Sakit** di Amerika Serikat, ikuti langkah-langkah di bawah ini.

Jika **Anda** dirujuk untuk diagnostik dan operasi **Rawat Jalan, Pengobatan Rawat Sehari** atau **Rawat Inap** di Amerika Serikat, **Anda** harus menghubungi **Kami** sesegera yang **Anda** bisa. **Kami** akan mengkonfirmasi apakah fasilitas tersebut merupakan **Penyedia Layanan Medis Dalam Jaringan** dan akan berusaha mengurus penyelesaian tagihan secara langsung dengan penyedia medis. Jika penyedia medis yang **Anda** telah pilih ternyata di luar jaringan, maka **Kami** akan mengurus untuk menemukan penyedia medis yang setara yang masuk dalam jaringan.

#### Langkah 1

Lima hari kerja sebelum **Pengobatan Anda** (atau sedini mungkin), hubungi tim layanan nasabah **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com). Seorang Penasihat Klinis akan memverifikasi hak **Anda** atas **Manfaat** untuk **Pengobatan** yang diusulkan dan memberi **Anda** rincian tentang cara mengajukan klaim. Beritahu **Kami** nama fasilitas medis, nomor telepon, nomor faks, nama kontak dan nama **Praktisi Medis**.

#### Langkah 2

**Praktisi medis Anda** harus melengkapi Formulir Permintaan **Pra-otorisasi**. **Anda** dapat mengunduh formulir ini dari halaman 'Cara Mengajukan Klaim' dari website atau dari area portofolio online aman.

Setelah **Praktisi Medis Anda** telah melengkapi formulir, mereka dapat mengembalikannya ke **Kami** secara langsung atau **Anda** dapat melakukannya dengan menggunakan salah satu metode dalam formulir atau menggunakan area portofolio online di halaman My Claim.

**Kami** akan menghubungi **Anda** setelah dilakukan pengurusan.

#### Langkah 3

Saat **Anda** tiba di penyedia medis pada hari **Pengobatan Anda**, tunjukkan kartu kepesertaan **Anda** dan beritahu mereka bahwa **Penagihan Langsung** telah diurus melalui agen **Kami**.

**Kami** juga mungkin meminta **Anda** untuk mengisi beberapa formulir tambahan, misalnya perjanjian bahwa penyedia medis boleh melepaskan informasi tentang **Anda** kepada **Kami**. **Anda** dapat mengakses semua formulir dari area portofolio online yang aman **Anda** di [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

**Anda** harus membayar **Biaya Risiko Sendiri, Ko-Asuransi** atau **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan** pada **Polis Grup Anda** kepada penyedia medis sebelum **Anda** pergi.

#### Langkah 4

Saat **Anda** pergi, mintalah penyedia medis untuk mengirimkan formulir klaim asli dan tagihan kepada **Kami** untuk dibayar. **Anda** dapat menelusuri semua aktivitas klaim berikutnya di area portofolio aman online **Anda**. Lakukan login di [www.now-health.com](http://www.now-health.com). menggunakan nama pengguna dan kata sandi **Anda**.

#### Catatan penting:

Silahkan hubungi **Kami** sebelum **Anda** menerima **Pengobatan Rawat Inap, Pengobatan Rawat Sehari** atau **Pengobatan Rawat Jalan** besar. Jika **Anda** tidak menghubungi **Kami** sebelum **Anda** masuk **Rumah Sakit**, **Kami** mungkin tidak dapat mengurus pembayaran penyedia medis secara langsung. Hal ini bisa berarti bahwa **Anda** harus membayar uang jaminan kepada **Rumah Sakit** atau membayar tagihan **Anda** secara penuh.

Jika **Anda** pergi ke **Penyedia Medis di Luar Jaringan**, **Kami** akan memberlakukan **Ko-Asuransi** sebesar 50% untuk setiap **Pengobatan** yang **Memenuhi syarat** sesuai **Ikhtisar Manfaat Anda**. **Anda** akan bertanggung jawab untuk selisihnya, yang **Anda** akan harus bayar langsung kepada **Penyedia Medis di Luar Jaringan**.

**Kami** berhak untuk menolak untuk menanggung biaya medis yang **Anda** keluarkan di Amerika Serikat yang **Kami** belum izinkan.

Jika **Kami** membayar penyedia medis langsung untuk setiap **Pengobatan** yang tidak **Memenuhi syarat** menurut **Polis Grup Anda**, maka **Anda** harus mengembalikan jumlah yang setara kepada **Kami**.

**Anda** harus membayar **Biaya Risiko Sendiri, Ko-Asuransi** atau **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan** pada **Polis Grup Anda** kepada penyedia medis sebelum **Anda** pergi.

### 3.5 What must I provide when making a claim?

Please make sure that **You** complete all the forms **We** ask **You** to.

**You** must send **Us** all **Your** claim information within six months of the first day of **Treatment** (unless this is not reasonably possible).

If the total amount **You** are claiming now or have claimed for **Day-Patient** and **In-Patient** (per **Insured Person**, per **Medical Condition**, per **Period of Cover**) is over USD 500, please ensure Section 3 of the claim form is completed by the treating **Medical Practitioner**.

### 3.6 Do I need to provide any other information?

It may not always be possible to assess the eligibility of **Your** claim from the claim form alone, which means **We** may sometimes ask **You** for additional information. This will only ever be reasonable information that **We** need to assess **Your** claim.

**We** may request access to **Your** medical records including medical referral letters. If **You** don't reasonably allow **Us** access to this important information, **We** will have to refuse **Your** claim. This means that **We** will also recoup any previous payments that **We** have made for that **Medical Condition**. There may be instances where **We** are uncertain about the eligibility of a claim. If this is the case, **We** may, at **Our** own cost, ask a **Medical Practitioner** chosen by **Us** to review the claim. They may review the medical facts relating to a claim or ask to examine **You** in connection with the claim. In choosing a relevant **Medical Practitioner**, **We** will take into account **Your** personal circumstances. **You** must co-operate with any **Medical Practitioner** chosen by **Us** or **We** will not pay **Your** claim.

### 3.7 What should I do if I also have cover on another insurance policy?

If **You** are making a claim, **You** must tell **Us** if **You** are able to claim any costs from another insurance policy. If another insurance policy is involved, **We** will only pay **Our** proper share.

### 3.8 What should I do if the Benefits I am claiming relate to an injury or Medical Condition caused by another person?

**You** must tell **Us** on the claim form if **You** are able to claim any of the cost from another person.

If **You** are claiming for **Treatment** for a **Medical Condition** caused by another person, **We** will still pay for **Benefits** that **You** can claim under the **Group Plan**.

If **You** are claiming for **Treatment** for an injury caused by another person, **We** obtain the right by law, to recover the sum of the **Benefits** paid from the other person. **You** must tell **Us** as quickly as possible about any action against another person and keep **Us** informed of any outcome or settlement of this action.

Should **You** successfully recover any monies from the third party, they should be repaid directly to **Us** within 21 days of receipt on the following basis:

- if the claim against the third party settles in full, **You** must repay **Our** outlay in full; or
- if **You** recover only a percentage of **Your** claim for damages **You** must repay the same percentage of **Our** outlay to **Us**.

If **You** do not repay **Us** (including any interest recovered from the third party), **We** are entitled to recover the same from **You**. In addition, **Your** **Benefits** may be cancelled in line with section 8 in the Rights and Responsibilities section.

The rights and remedies in this clause are in addition to and not instead of rights or remedies provided by law.

### 3.9 You have a Deductible, an Out-Patient Per Visit Excess and/or Co-Insurance on Your Group Plan

Any **Deductible**, **Out-Patient Per Visit Excess** or **Co-Insurance** applicable is shown on **Your Certificate of Insurance** and charged in the same currency as **Your** premium.

A **Deductible**, an **Out-Patient Per Visit Excess** or **Co-Insurance** is the amount **You** pay towards the cost of a claim for any **Insured Person** on **Your Group Plan**.

When a claim is made, any **Deductible** is automatically deducted from the amount **We** pay in relation to **Eligible In-Patient** or **Day-Patient Treatment** first.



### 3.5 Apa yang saya harus sediakan saat mengajukan klaim?

Pastikan **Anda** mengisi semua formulir yang **Kami** minta kepada **Anda**.

**Anda** harus mengirimkan kepada **Kami** semua informasi klaim **Anda** dalam waktu enam bulan dari hari pertama **Pengobatan** (kecuali hal ini tidak mungkin secara wajar).

Jika jumlah total yang **Anda** klaim sekarang atau telah klaim untuk **Rawat Sehari** dan **Rawat Inap** (per **Tertanggung**, per **Kondisi Medis**, per **Masa Pertanggungan**) lebih dari USD 500, pastikan Bab 3 dari formulir klaim diisi oleh **Praktisi Medis** yang mengobati.

### 3.6 Apakah saya perlu memberikan informasi lain?

Klaim **Anda** mungkin tidak selalu bisa dinilai keterpenuhan syaratnya berdasarkan formulir Klaim saja, yang berarti **Kami** mungkin sewaktu-waktu meminta **Anda** untuk memberikan informasi tambahan. Ini hanya akan selalu berupa informasi wajar yang **Kami** perlukan untuk menilai klaim **Anda**.

**Kami** mungkin meminta akses ke rekam medis **Anda** termasuk surat rujukan medis. Jika **Anda** tidak secara wajar memberi **Kami** akses ke informasi penting ini, maka **Kami** harus menolak klaim **Anda**. Ini berarti bahwa **Kami** juga akan meminta kembali setiap pembayaran sebelumnya yang **Kami** telah lakukan untuk **Kondisi Medis** itu. Mungkin ada kasus-kasus di mana **Kami** tidak yakin mengenai keterpenuhan syarat klaim. Jika hal ini terjadi, maka **Kami** bisa, dengan biaya **Kami** sendiri, meminta **Praktisi Medis** yang **Kami** pilih untuk memeriksa klaim tersebut. Mereka dapat memeriksa fakta-fakta medis yang berkaitan dengan klaim atau meminta untuk memeriksa **Anda** sehubungan dengan klaim. Dalam memilih **Praktisi Medis** yang relevan, **Kami** akan mempertimbangkan keadaan pribadi **Anda**. **Anda** harus bekerja sama dengan **Praktisi Medis** yang **Kami** pilih atau **Kami** tidak akan membayar klaim **Anda**.

### 3.7 Apa yang harus saya lakukan jika saya juga memiliki pertanggungan dalam polis asuransi lain?

Jika **Anda** mengajukan klaim, **Anda** harus memberitahu **Kami** apakah **Anda** dapat mengklaim biaya dari **Polis** asuransi lain. Jika **Polis** asuransi lain terlibat, **Kami** hanya akan membayar bagian **Kami** yang semestinya.

### 3.8 Apa yang saya harus lakukan jika Manfaat yang saya klaim berhubungan dengan cedera atau Kondisi Medis yang disebabkan oleh orang lain?

**Anda** harus memberitahu **Kami** dalam formulir klaim apakah **Anda** dapat mengklaim biaya dari orang lain.

Jika **Anda** mengklaim untuk **Pengobatan** untuk **Kondisi Medis** yang disebabkan oleh orang lain, **Kami** tetap akan membayar **Manfaat** yang **Anda** dapat klaim menurut **Polis Grup**.

Jika **Anda** mengklaim untuk **Pengobatan** untuk cedera yang disebabkan oleh orang lain, **Kami** berhak secara hukum, untuk mendapatkan penggantian sejumlah **Manfaat** yang dibayar dari orang lain. **Anda** harus memberitahu **Kami** secepat mungkin tentang tindakan apapun terhadap orang lain dan terus memberitahu **Kami** mengenai hasil atau penyelesaian tindakan ini.

Jika **Anda** berhasil mendapatkan penggantian uang dari pihak ketiga, maka uang tersebut harus dibayarkan kembali langsung kepada **Kami** dalam waktu 21 hari sejak diterima dengan dasar sebagai berikut:

- jika klaim terhadap pihak ketiga lunas secara penuh, maka **Anda** harus mengganti pengeluaran **Kami** secara penuh; atau
- jika **Anda** mendapatkan penggantian hanya sebagian dari klaim **Anda** atas kerugian maka **Anda** harus mengganti persentase yang sama dari pengeluaran **Kami** kepada **Kami**.

Jika **Anda** tidak mengganti pengeluaran **Kami** (termasuk bunga yang diperoleh dari pihak ketiga), maka **Kami** berhak untuk mendapat penggantian yang sama dari **Anda**. Selain itu, **Manfaat Anda** bisa dibatalkan sesuai dengan bab 8 di pasal Hak dan Tanggung Jawab.

Hak dan upaya hukum dalam klausul ini merupakan tambahan dan bukan sebagai pengganti hak atau upaya hukum yang disediakan oleh hukum.

### 3.9 Anda memiliki Risiko Sendiri, Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan dan/atau Ko-Asuransi pada Polis Grup Anda

Setiap **Risiko Sendiri**, **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan** atau **Ko-Asuransi** yang berlaku ditampilkan pada **Sertifikat Asuransi Anda** dan diperhitungkan dalam mata uang yang sama dengan premi **Anda**.

Suatu **Biaya Risiko Sendiri**, **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan** atau **Ko-Asuransi** adalah jumlah yang **Anda** bayar atas biaya klaim untuk setiap **Tertanggung** pada **Polis Grup Anda**.

Ketika suatu klaim diajukan, **Biaya Risiko Sendiri** secara otomatis dipotong dari jumlah yang **Kami** bayar dalam kaitannya dengan **Pengobatan Rawat Inap** atau **Pengobatan Sehari yang Memenuhi Syarat** terlebih dahulu.



The **Deductible** applies per **Insured Person**, per **Period of Cover**. For example, if an **Insured Person** claims more than once for **In-Patient Treatment** during one **Period of Cover**, the **Deductible** will only apply to the first **Eligible In-Patient** claim if the full **Deductible** amount has already been fulfilled on the first claim. If the **Deductible** has not been fulfilled after the first claim, the **Deductible** balance will be taken from the second claim before any **Eligible** claim amount is paid.

The **Out-Patient Per Visit Excess** applies per **Insured Person**, per **Out-Patient** consultation in relation to **Eligible Out-Patient Treatment**. For example, if an **Insured Person** has more than one visit in relation to **Out-Patient** consultations for a single or multiple **Medical Condition** (s), then the **Out-Patient Per Visit Excess** will be applied to each consultation.

A **Co-Insurance** is a percentage payment made by **You** towards the cost of an **Eligible** claim per **Period of Cover**. For example, if an **Insured Person** has 20% **Co-Insurance** applicable on **Eligible Out-Patient Treatment** and the claimed amount is USD 100 then the **Insured Person** will have to pay USD 20 and **We** will pay USD 80 towards this claim.

**You** need to submit **Your** claim form and bills, even if the **Deductible** or **Out-Patient Per Visit Excess** is greater than the **Benefits You** are claiming so **We** can administer **Your Group Plan** correctly. When **You** make a claim, **We** will reduce the amount **We** pay **You** until the **Deductible** or **Out-Patient Per Visit Excess** limit is used up.

### 3.10 How will claim reimbursements be calculated?

Claims reimbursements will in all cases be based on the date of **Treatment**, and in the first instance will be paid in the same currency as the claim invoice. Alternatively, the currency of the **Plan** may be requested or **We** will endeavour to pay in another currency of **Your** choice. **We** will convert currencies based on the exchange rates quoted by Bank Indonesia as of the **Treatment** date.

### 3.11 What currencies can claims be made in?

**You** have the choice of claims reimbursement in either the currency of **Your Group Plan**, the currency **You** incurred **Your** claim in, or another currency of **Your** choice. Listed below are the currencies **We** can transact in.

\*Subject to currency local and/or international restrictions & regulations.

ALL Albanian Lek	KMF Comoros Franc	LVL Latvian Lats	RWF Rwandan Franc
DZD Algerian Dinar	CRC Costa Rican Colon	LSL Lesotho Loti	WST Samoan Tala
AMD Armenian Dram	HRK Croatian Kuna	LBP Lebanese Pound	SAR Saudi Riyal
AOA Angola Kwanza	CZK Czech Koruna	LYD Libyan Dinar	RSD Serbian Dinar
AUD Australian Dollar	DKK Danish Krone	LTL Lithuanian Litas	SCR Seychelles Rupee
AZN Azerbaijan Manat	DJF Djibouti Franc	MKD Macedonia Denar	SLL Sierra Leone Leone
BSD Bahamian Dollar	DOP Dominican Peso	MOP Macau Pataca	SGD Singapore Dollar
BHD Bahraini Dinar	EGP Egyptian Pound	MGA Madagascar Ariary	SBD Solomon Islands Dollar
BDT Bangladesh Taka	EUR EMU Euro	MWK Malawi Kwacha	ZAR South African Rand
BBD Barbados Dollar	ERN Eritrea Nakfa	MVR Maldives Rufiyaa	SRD Suriname Dollar
BYR Belarus Ruble	EKZ Estonian Kroon	MYR Malaysian Ringgit	SEK Swedish Krona
BZD Belize Dollar	ETB Ethiopia Birr	MRO Mauritanian Ouguiya	SZL Swaziland Lilangeni
BMD Bermudian Dollar	FJD Fiji Dollar	MUR Mauritius Rupee	CHF Swiss Franc
BTN Bhutan Ngultrum	GMD Gambian Dalasi	MXN Mexican Peso	LKR Sri Lankan Rupee
BOB Bolivian Boliviano	GEL Georgian Lari	MDL Moldavian Leu	TWD Taiwan New Dollar
BAM Bosnia & Herzegovina Convertible Mark	GHS Ghanaian Cedi	MNT Mongolian Tugrik	TZS Tanzanian Shilling
BWP Botswana Pula	GTQ Guatemalan Quetzal	MAD Moroccan Dirham	THB Thai Baht
BRL Brazilian Real	GNF Guinea Republic Franc	MZN Mozambique Metical	TOP Tongan Pa'anga
BND Brunei Dollar	GYD Guyana Dollar	NAD Namibian Dollar	TTD Trinidad and Tobago Dollar
BGN Bulgarian Lev	HTG Haitian Gourde	NPR Nepal Rupee	TND Tunisian Dinar
BIF Burundi Franc	HNL Honduran Lempira	NZD New Zealand Dollar	TRY Turkish Lira
CAD Canadian Dollar	HKD Hong Kong Dollar	NIO Nicaraguan Cordoba	AED U.A.E. Dirham
CVE Cape Verde Escudo	HUF Hungarian Forint	NGN Nigerian Naira	UGX Ugandan Shilling
KHR Cambodia Riel	INR Indian Rupee	NOK Norwegian Krone	GBP U.K. Pound Sterling
KYD Cayman Island Dollar	IDR Indonesian Rupiah	OMR Omani Rial	UAH Ukraine Hryvnia
XOF West African States CFA Franc BCEAO	ILS Israeli Shekel	PKR Pakistani Rupee	UYU Uruguayan Peso
XAF Central African States CFA Franc BEAC	JMD Jamaican Dollar	PGK Papua New Guinea Kina	USD U.S. Dollar
XPF Central Pacific Franc	JPY Japanese Yen	PYG Paraguayan Guarani	UZS Uzbekistan Som
CLP Chilean Peso	JOD Jordanian Dinar	PEN Peruvian Nuevo Sol	VUV Vanuatu Vatu
CNY Chinese Yuan Renminbi	KZT Kazakhstan Tenge	PHP Philippine Peso	VEF Venezuelan Bolivar
COP Colombian Peso	KES Kenyan Shilling	PLN Polish Zloty	VND Vietnam Dong
	KRW Korean Won	QAR Qatari Riyal	YER Yemeni Rial
	KWD Kuwaiti Dinar	RON Romanian Leu	ZMK Zambia Kwacha
	LAK Laos Kip	RUB Russian Ruble	

**Biaya Risiko Sendiri** berlaku per **Tertanggung**, per **Periode Pertanggung**. Misal, jika seorang **Tertanggung** mengajukan klaim lebih dari sekali untuk **Pengobatan Rawat Inap** selama satu **Periode Pertanggung**, maka **Biaya Risiko Sendiri** hanya akan berlaku untuk klaim **Rawat Inap yang Memenuhi Syarat** pertama jika jumlah **Biaya Risiko Sendiri** telah dipenuhi pada klaim pertama. Jika **Biaya Risiko Sendiri** belum dipenuhi setelah klaim pertama, maka saldo **Biaya Risiko Sendiri** akan diambilkan dari klaim kedua sebelum jumlah klaim yang **Memenuhi Syarat** dibayar.

**Biaya Risiko Sendiri** per **Kunjungan Rawat Jalan** berlaku per **Tertanggung**, per konsultasi **Rawat Jalan** sehubungan dengan **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat**. Misalnya, jika **Tertanggung** memiliki lebih dari satu kunjungan terkait dengan konsultasi **Rawat Jalan** untuk satu **Kondisi Medis** atau beberapa **Kondisi Medis**, maka **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan** akan diterapkan untuk setiap konsultasi.

**Ko-Asuransi** adalah pembayaran persentase yang **Anda** lakukan terhadap biaya klaim yang **Memenuhi Syarat** per **Masa Pertanggung**. Sebagai contoh, jika **Tertanggung** memiliki 20% **Ko-Asuransi** yang berlaku pada **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat** dan jumlah yang diklaim adalah USD 100, maka **Tertanggung** harus membayar USD 20 dan **Kami** akan membayar USD 80 terhadap klaim ini.

**Anda** harus mengirimkan formulir klaim dan tagihan **Anda**, meskipun **Biaya Risiko Sendiri** atau **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan** lebih besar daripada **Manfaat** yang **Anda** klaim sehingga **Kami** dapat mengelola **Polis Grup Anda** dengan benar. Jika **Anda** mengajukan klaim, **Kami** akan mengurangi jumlah yang **Kami** bayar kepada **Anda** hingga batas **Biaya Risiko Sendiri** atau **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan** telah habis.

### 3.10 Bagaimana penggantian biaya klaim akan dihitung?

Penggantian biaya klaim dalam semua kasus akan didasarkan pada tanggal **Pengobatan**, dan terlebih dulu akan dibayar dalam mata uang yang sama dengan tagihan klaim. Atau, mata uang dari **Polis** dapat diminta atau **Kami** akan berusaha untuk membayar dalam mata uang lain yang **Anda** pilih. **Kami** akan mengkonversi mata uang berdasarkan nilai tukar yang dikutip oleh Bank Indonesia pada tanggal **Pengobatan**.

### 3.11 Dalam mata uang apa klaim dapat diajukan?

**Anda** memiliki pilihan penggantian klaim baik dalam mata uang dari **Polis Grup Anda**, mata uang dimana **Anda** mengeluarkan klaim **Anda**, atau mata uang lain pilihan **Anda**. Berikut ini adalah mata uang yang **Kami** gunakan untuk bertransaksi.

\*Tunduk pada pembatasan & peraturan mata uang lokal dan/atau internasional.

ALL Lek Albania	KMF Franc Komoro	LVL Lats Latvia	RWF Franc Rwanda
DZD Dinar Aljazair	CRC CRC Colon Kosta Rika	LSL Loti Lesotho	WST Tala Samoa
AMD Armenia Dram	HRK Kuna Kroasia	LBP Pound Lebanon	SAR Riyal Saudi
AOA Kwanzas Angola	CZK Koruna Cekooa	LYD Dinar Libya	RSD Dinar Serbia
AUD Dollar Australia	DKK Krone Denmark	LTL Litas Lithuania	SCR Rupee Seychelles
AZN Manat Azerbaijan	DJF Franc Djibouti	MKD Denar Makedonia	SLC Leone Sierra Leone
BSD Dollar Bahama	DOP Peso Dominika	MOP Pataca Makau	SGD Dollar Singapura
BHD Dinar Bahrain	EGP Pound Mesir	MGA Ariary Madagaskar	SBD Dolar Kepulauan Solomon
BDT Taka Bangladesh	EUR Euro EMU	MWK Kwacha Malawi	ZAR Rand Afrika Selatan
BBD Dollar Barbados	ERN Nakfa Eritrea	MVR Rufiyaa Maladewa	SRD Dollar Suriname
BYR Rubel Belarusia	EEK Kroon Estonia	MYR Ringgit Malaysia	SEK Krona Swedia
BZD Dollar Belize	ETB Birr Ethiopia	MRO Ouguiya Mauritania	SZL Lilangeni Swaziland
BMD Dollar Bermuda	FJD Dollar Fiji	MUR Rupee Mauritius	CHF Franc Swiss
BTN Ngultrum Bhutan	GMD Dalasi Gambia	MXN Peso Meksiko	LKR Rupee Sri Lanka
BOB Boliviano Bolivia	GEL Lari Georgia	MDL Leu Moldova	TWD New Dollar Taiwan
BAM Convertible Mark Bosnia & Herzegovina	GHS Cedi Ghana	MNT Tugrik Mongolia	TZS Shilling Tanzania
BWP Pula Botswana	GTQ Quetzal Guatemala	MAD Dirham Maroko	THB Baht Thai
BRL Brazil Real	GNF Franc Republik Guinea	MZN Metical Mozambik	TOP Paa'anga Tonga
BND Dollar Brunei	GYD Dollar Guyana	NAD Dollar Namibia	TTD Dollar Trinidad dan Tobago
BGN Bulgaria Lev	HTG Gourde Haiti	NPR Rupee Nepal	TND Dinar Tunisia
BIF Franc Burundi	HNL Lempira Honduras	NZD Dollar Selandia Baru	TRY Lira Turki
CAD Dollar Kanada	HKD Dollar Hong Kong	NIO Cordoba Nikaragua	AED Dirham UEA
CVE Escudo Cape Verde	HUF Forint Hungaria	NGN Naira Nigeria	UGX Shilling Uganda
KHR Riel Kamboja	INR India Rupee	NOK Krone Norwegia	GBP Pound Sterling Inggris Raya
KYD Dollar Cayman	IDR Rupiah Indonesia	OMR Rial Oman	UAH Hryvnia Ukraina
XOF CFA Franc BCEAO Negara Afrika Barat	ILS Shekel Israel	PKR Rupee Pakistan	UYU Peso Uruguay
XAF CFA Franc BEAC Negara Afrika Tengah	JMD Dollar Jamaika	PGK Kina Papua Nugini	USD Dollar AS
XPF Franc Pasifik Tengah	JPY Yen Jepang	PYG Guarani Paraguay	UZS Som Uzbekistan
CLP Peso Chili	JOD Dinar Yordania	PEN Nuevo Sol Peru	VUV Vatu Vanuatu
CNY Yuan Renminbi China	KZT Tenge Kazakhstan	PHP Peso Filipina	VEF Bolivar Venezuela
COP Peso Kolombia	KES Shilling Kenya	PLN Zloty Polandia	VND Dong Vietnam
	KRW Won Korea	QAR Riyal Qatar	YER Rial Yaman
	KWD Dinar Kuwait	RON Leu Rumania	ZMK Kwacha Zambia
	LAK Kip Laos	RUB Rubel Rusia	

## Product Information

### 4. Benefits: What is covered?

All the **Benefits** covered by WorldCare are shown in the **Benefit Schedule** in this section. The **Benefit** limits are per **Insured Person** and either per **Medical Condition** or per **Period of Cover**, with lifetime limits in place for **Terminal** illness.

Please remember that this **Group Plan** is not intended to cover all eventualities.

In return for payment of the premium, **We** agree to provide cover as set out in the terms of this **Group Plan**.

Please refer to the definition of **Group Plan** in section 1 for details of the documents that make up **Your Group Plan**.

#### 4.1 Summary of WorldCare

WorldCare has been designed to provide cover for **Reasonable and Customary Charges** for **Medically Necessary** and active **Treatment** of disease, illness or injury.

WorldCare provides worldwide cover, excluding the USA, unless the USA elective **Treatment** option is selected. A summary of each **Group Plan** option is shown below:

<b>Essential</b>	Cover for <b>In-Patient</b> and <b>Day-Patient Treatment</b> , and the option for a <b>Deductible</b> to lower <b>Your</b> premiums, if <b>You</b> want to cover high cost/low frequency major medical events only.
<b>Advance</b>	As with Essential, and limited cover for <b>Out-Patient Treatment</b> .
<b>Excel</b>	As with Advance, and cover for dental and generally higher <b>Group Plan</b> limits.
<b>Apex</b>	As with Excel, and cover for dental and maternity, as well as <b>Benefits</b> with higher overall limits.

The above is a summary of just some of the **Group Plan Benefits**. For full details of the **Benefits** and exclusions, it is important that **You** read this handbook in full. For the full **Benefit Schedule**, please go to section 4.3.

#### 4.2 Pre-Authorisation

When **You** should contact **Us** before **Treatment** starts.

**Your Group Plan** with **Us** will only cover **Reasonable and Customary Charges** for **Treatment** that is **Medically Necessary**. It is important that **You** contact **Us** before **Treatment** for **Us** to confirm if such **Treatment** is **Eligible** under **Your Group Plan**.

**Pre-Authorisation** is therefore required before undertaking **Treatment** and incurring charges.

The **Benefit Schedule** details those **Benefits** requiring **Pre-Authorisation** by showing "**Pre-Authorisation** ( " ).

**You** should contact **Our** customer service team on

Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639

**Pre-Authorisation** means all costs under this **Benefit** require **Pre-Authorisation** from **Us**, which may or may not be included in **Your Group Plan**.

**Pre-Authorisation** is required for the following:

- All **In-Patient Treatment**
- All pre-planned **Day-Patient Treatment**
- All pre-planned surgery
- **Diagnostic Procedures** – positron emission tomography (PET) scans
- **In-Patient Psychiatric Treatment**
- **Evacuation and Repatriation**
- Mortal Remains
- Physiotherapy for the Advance, Excel and Apex **Group Plan** options after every 10 sessions
- Nursing Care at home
- AIDS
- USA elective **Treatment**

## Informasi Produk

### 4. Manfaat: Apa saja yang ditanggung?

Semua **Manfaat** yang ditanggung oleh WorldCare ditunjukkan dalam **Ikhtisar Manfaat** pada bagian ini. Batas **Manfaat** adalah per **Tertanggung** dan per **Kondisi Medis** atau per **Masa Pertanggungan**, dengan batas seumur hidup untuk penyakit **Terminal**.

Harap diingat bahwa **Polis Grup** ini tidak dimaksudkan untuk menanggung semua kemungkinan.

Sebagai imbalan atas pembayaran premi, **Kami** setuju untuk memberikan Pertanggungan sebagaimana ditetapkan dalam syarat-syarat **Polis Grup** ini.

Silahkan lihat definisi **Polis Grup** di bab 1 untuk rincian dokumen yang membentuk **Polis Grup Anda**.

#### 4.1 Ikhtisar Worldcare

WorldCare dirancang untuk menanggung **Biaya yang Wajar dan Layak** untuk **Pengobatan** yang **Secara Medis Diperlukan** dan aktif untuk penyakit, kesakitan atau cedera.

WorldCare memberikan pertanggungan di seluruh dunia, tidak termasuk Amerika Serikat, kecuali pilihan **Pengobatan** elektif di Amerika Serikat dipilih. Ikhtisar setiap opsi **Polis Grup** adalah sebagai berikut:

<b>Essential</b>	Pertanggungan untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b> , dan pilihan untuk <b>Biaya Risiko Sendiri</b> yang lebih tinggi untuk menurunkan premi <b>Anda</b> , jika <b>Anda</b> ingin menanggung biaya tinggi/kejadian biaya medis utama yang jarang terjadi saja.
<b>Advance</b>	Seperti Essential, dan pertanggungan terbatas untuk <b>Pengobatan Rawat Jalan</b> .
<b>Excel</b>	Seperti Advance, dan pertanggungan untuk gigi dan batas <b>Polis Grup</b> yang pada umumnya lebih tinggi.
<b>Apex</b>	Seperti Excel, dan pertanggungan untuk gigi dan persalinan, serta <b>Manfaat</b> dengan batas keseluruhan yang lebih tinggi.

Di atas adalah ikhtisar dari hanya beberapa **Manfaat** dari **Polis Grup**. Untuk rincian lengkap **Manfaat** dan pengecualiannya, **Anda** perlu membaca buku ini secara lengkap. Untuk **Ikhtisar Manfaat** lengkap, silahkan baca bab 4.3.

#### 4.2 Pra-Otorisasi

Kapan **Anda** harus menghubungi **Kami** sebelum **Pengobatan** dimulai.

**Polis Grup Anda** dengan **Kami** hanya akan menanggung **Biaya yang Wajar dan Layak** untuk **Pengobatan** yang **Secara Medis Diperlukan**. **Anda** perlu menghubungi **Kami** sebelum **Pengobatan** agar **Kami** dapat melakukan mengkonfirmasi apakah **Pengobatan** tersebut **Memenuhi Syarat** menurut **Polis Grup Anda**.

Oleh karena itu, **Pra-Otorisasi** diperlukan sebelum melakukan **Pengobatan** dan mengeluarkan biaya. **Ikhtisar Manfaat** merinci **Manfaat-Manfaat** yang mensyaratkan **Pra-Otorisasi** dengan menunjukkan "**Pra-Otorisasi** ( " .

**Anda** harus menghubungi tim layanan nasabah **Kami** di

Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639

**Pra-Otorisasi** berarti semua biaya berdasarkan **Manfaat** ini memerlukan **Pra-Otorisasi** dari **Kami**, yang mungkin atau mungkin tidak dimasukkan dalam **Polis Grup Anda**.

**Pra-Otorisasi** disyaratkan untuk berikut ini:

- Semua **Pengobatan Rawat Inap**
- Semua **Pengobatan Rawat Sehari** terjadwal
- Semua operasi terjadwal
- **Prosedur Diagnostik** – pemindaian positron emission tomography (PET)
- **Pengobatan Jiwa Rawat Inap**
- **Evakuasi dan Repatriasi**
- Biaya Kematian
- Fisioterapi untuk pilihan **Polis Grup** Advance, Excel dan Apex Grup setelah setiap 10 sesi
- Perawatan dirumah
- AIDS
- **Pengobatan** elektif di Amerika Serikat

If **Pre-Authorisation** is not obtained and **Treatment** is received and is subsequently proven not to be **Medically Necessary**, **We** reserve the right to decline **Your** claim. If **Treatment** is **Medically Necessary**, but **You** did not obtain **Pre-Authorisation**, **We** will only pay up to **Reasonable** and **Customary Charges**. By **Reasonable** and **Customary Charges** **We** mean the standard fee that would be typically made in respect of **Your Treatment**.

In the case of any **Emergency**, **You**, the treating **Medical Practitioner** or the **Hospital**, must contact **Our** 24 hour **Emergency** assistance service as soon as possible. Failure to obtain **Pre-Authorisation** for **Treatment** of an **Eligible Medical Condition** means **You** may incur a proportion of the costs.

### 4.3 WorldCare

WorldCare has been designed to provide cover for **Reasonable and Customary Charges** for **Medically Necessary** and active **Treatment** of disease, illness or injury. The **Benefit Schedule** below details the cover provided by each **Group Plan**. This is additional information that should be read in conjunction with this complete handbook.

**Benefits** aim to cover short term **Treatment** of acute episodes of **Chronic Conditions**, to return **You** to the state of health **You** were in immediately before suffering the episode, or which leads to a full recovery. If this is not possible and maintenance therapy of a **Chronic Condition**, such as but not limited to asthma, diabetes, and hypertension, is required, such cover will be provided by **Benefit 1 – Maintenance of Chronic Medical Conditions**. If **You** are unsure of **Your** particular circumstances, please contact **Our** Customer Services team before incurring any **Treatment** costs. Some cover states "Full Refund" and this means that **Eligible** claims are covered up to the annual maximum **Group Plan** limit, after any deduction of any **Deductible**, **Out-Patient Per Visit Excess** or **Co-Insurance** or similar condition, if **Reasonable and Customary Charges** for **Medically Necessary Treatment** are incurred.

---

Jika **Pra-Otorisasi** tidak didapatkan dan **Pengobatan** diterima dan selanjutnya terbukti tidak **Diperlukan Secara Medis**, maka **Kami** berhak untuk menolak klaim **Anda**. Jika **Pengobatan Secara Medis Diperlukan**, tetapi **Anda** tidak mendapatkan **Pra-Otorisasi**, maka **Kami** akan membayar hanya sebesar **Biaya yang Wajar dan Layak**. **Biaya Wajar dan Layak** adalah Biaya standar yang biasanya akan dikeluarkan untuk biaya **Pengobatan Anda**.










Dalam kasus **Darurat** apapun, **Anda, Praktisi Medis** yang mengobati atau **Rumah Sakit**, harus menghubungi layanan bantuan **Darurat 24 jam Kami** sesegera mungkin. Kelalaian untuk mendapatkan **Pra-Otorisasi** untuk **Pengobatan Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** berarti **Anda** mungkin harus mengeluarkan sebagian dari biaya.

### 4.3 WorldCare

Worldcare dirancang untuk menanggung **Biaya yang Wajar dan Layak** untuk **Pengobatan** yang **Secara Medis Diperlukan** dan **Pengobatan** secara aktif untuk penyakit, kesakitan atau cedera. **Ikhtisar Manfaat** di bawah ini merinci pertanggung jawaban yang disediakan oleh masing-masing **Polis Grup**. Ini adalah informasi tambahan yang harus dibaca dalam hubungannya dengan buku panduan lengkap ini.










**Manfaat** bertujuan untuk menanggung **Pengobatan** jangka pendek untuk episode akut **Kondisi Kronis**, untuk mengembalikan **Anda** ke tahap kesehatan **Anda** sesaat sebelum menderita episode tersebut, atau yang menghasilkan kesembuhan sepenuhnya. Jika hal ini tidak mungkin dan terapi pemeliharaan **Kondisi Kronis**, seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes, dan hipertensi, diperlukan, maka pertanggung jawaban tersebut akan disediakan oleh **Manfaat 1 – Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis**. Jika **Anda** tidak yakin akan keadaan khusus **Anda**, hubungi tim Layanan Nasabah **Kami** sebelum mengeluarkan biaya **Pengobatan**. Beberapa pertanggung jawaban menyatakan “Pengembalian Penuh” dan ini berarti bahwa klaim yang **Memenuhi Syarat** ditanggung sampai batas maksimum tahunan **Polis Grup**, setelah dikurangi setiap **Biaya Risiko Sendiri per kunjungan Rawat jalan** atau **Ko-Asuransi** atau ketentuan serupa, jika **Biaya yang Wajar dan Layak** untuk **Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan** dikeluarkan.

### 4.3.1 WorldCare Essential

Benefit	Essential
<b>Annual Maximum Group Plan Limit</b> 24/7 helpline and assistance services available on all Group Plans	USD 3m
<b>1. Maintenance of Chronic Medical Conditions:</b>  <i>Maintenance of chronic Medical Conditions such as but not limited to asthma, diabetes and hypertension requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, Drugs and Dressings and/or tests up to the Benefit limits following Your Entry Date. This Benefit does not cover renal failure and dialysis. Claims for this will fall under Benefit 6. Claims for Cancer will fall under Benefit 8.</i>	 Not covered
<b>2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</b>  (i) <i>Charges for In-Patient or Day-Patient Treatment made by a Hospital including charges for accommodation (ward/semi-private or private); Diagnostic Tests; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a Qualified Nurse; Drugs and Dressings prescribed by a Medical Practitioner or Specialist; and surgical appliances used by the Medical Practitioner during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an In-Patient or Day-Patient and includes charges for intensive care.</i>  (ii) <i>Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an Eligible Medical Condition which required In-Patient or Day-Patient Hospital Treatment.</i>	(i)  Full refund Pre-Authorisation for (i) (
<b>3. Diagnostic Procedures:</b>  <i>Medically Necessary diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans received as an In-Patient, Day-Patient or Out-Patient.</i>	Pre-Authorisation for PET (
<b>4. Emergency Ambulance Transportation:</b>  <i>Emergency road ambulance transport costs to or between Hospitals, or when considered Medically Necessary by a Medical Practitioner or Specialist.</i>	 Full refund
<b>5. Parent Accommodation:</b>  <i>The cost of one parent staying in Hospital overnight with an Insured Person under 18 years old while the child is admitted as an In-Patient for Eligible Treatment.</i>	 Full refund
<b>6. Renal Failure and Renal Dialysis:</b>  (i) <i>Treatment of renal failure, including renal dialysis on an In-Patient basis.</i>  (ii) <i>Treatment of renal failure, including renal dialysis on a Day-Patient or Out-Patient basis.</i>	(i)  Full refund for In-Patient pre and post-operative care  (ii)  Not covered
<b>7. Organ Transplant:</b>  (i) <i>Treatment for and in relation to a human organ transplant of kidney, pancreas, liver, heart, lung, bone marrow, cornea, or heart and lung, in respect of the Insured Person as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under Benefit 12 but excluded from Benefit 7 – Organ Transplant.</i>  (ii) <i>Medical costs associated with the donor as an In-Patient or Day-Patient, with the exception of the cost of the donor organ search.</i>  <i>We only pay for transplants carried out in internationally-accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with WHO guidelines.</i>	(i)  Full refund  (ii)  Up to USD 50,000 per Period of Cover
<b>8. Cancer Treatment:</b>  <i>Treatment given for Cancer received as an In-Patient, Day-Patient or Out-Patient. Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.</i>	 Full refund



### 4.3.1 WorldCare Essential

Manfaat	Essential
<b>Batas Maksimum Tahunan Polis Grup</b> <i>Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup</i>	USD 3 jt
<b>1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:</b> <i>Pemeliharaan Kondisi Medis kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan Obat-obatan dan Perban dan/atau tes sampai batas Manfaat sesudah Tanggal Masuk Anda. Manfaat ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam Manfaat 6. Klaim untuk Kanker akan masuk dalam Manfaat 8.</i>	 Tidak ditanggung
<b>2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</b> <i>(i) Biaya untuk Pengobatan Rawat Inap atau Rawat Sehari yang dilakukan oleh Rumah Sakit termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); Tes Diagnostik; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anastesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh Perawat Berjajah; Obat dan Perban yang diresepkan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis; dan peralatan bedah yang digunakan oleh Praktisi Medis selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama Rawat Inap atau Rawat Sehari dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.</i> <i>(ii) Biaya Tambahan: Pembelian dan penyewaan kruk, tongkat, alat bantu berjalan dan kursi roda non-elektronik manual dalam waktu enam bulan dari Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang memerlukan Pengobatan Rawat Inap atau Rawat Sehari di Rumah Sakit.</i>	<i>(i)</i>  Pengembalian penuh Pra-Otorisasi untuk (i) (
<b>3. Prosedur Diagnostik:</b> <i>Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang Secara Medis Diperlukan diterima sebagai pasien Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan.</i>	Pra-Otorisasi untuk PET (  Pengembalian penuh
<b>4. Transportasi Ambulans Darurat:</b> <i>Biaya transportasi ambulans darat Darurat ke atau antar Rumah Sakit, atau bila dianggap Secara Medis Diperlukan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i>	 Pengembalian penuh
<b>5. Akomodasi Orangtua:</b> <i>Biaya satu orang tua untuk tinggal di Rumah Sakit semalam dengan Tertanggung yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien Rawat Inap untuk Pengobatan yang Memenuhi Syarat.</i>	 Pengembalian penuh
<b>6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</b> <i>(i) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Inap.</i> <i>(ii) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Sehari atau Rawat Jalan.</i>	<i>(i)</i>  Pengembalian penuh untuk Perawatan Rawat Inap pra dan pasca perawatan operasi <i>(ii)</i>  Tidak ditanggung
<b>7. Transplantasi Organ:</b> <i>(i) Pengobatan untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan Tertanggung sebagai penerima. Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggung akan disediakan berdasarkan Manfaat 12 tetapi dikecualikan dari Manfaat 7 – Transplantasi Organ.</i> <i>(ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien Rawat Inap atau Rawat Sehari, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor. Kami hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman WHO.</i>	<i>(i)</i>  Pengembalian penuh <i>(ii)</i>  Hingga USD 50.000 per Masa Pertanggung
<b>8. Pengobatan Kanker:</b> <i>Pengobatan yang diberikan untuk Kanker yang diterima sebagai pasien Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.</i>	 Pengembalian penuh












Benefit	Essential
<p><b>9. Pregnancy and Childbirth Medical Conditions:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment of an Eligible Medical Condition which arises during the antenatal stages of Pregnancy, or an Eligible Medical Condition which arises during childbirth. As an illustration, We would consider Treatment of the following:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ectopic Pregnancy (where the foetus is growing outside the womb)</li> <li>• Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)</li> <li>• Retained placenta (afterbirth retained in the womb)</li> <li>• Placenta praevia</li> <li>• Eclampsia (a coma or seizure during Pregnancy and following pre-eclampsia)</li> <li>• Diabetes (If You have exclusions because of Your past medical history which relate to diabetes, then You will not be covered for any Treatment for diabetes during Pregnancy)</li> <li>• Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)</li> <li>• Miscarriage requiring immediate surgical Treatment</li> <li>• Failure to progress in labour</li> </ul>	 Full refund
<p><b>10. New Born Cover:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an Acute Condition being suffered by a New Born baby of an Insured Person which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the New Born baby is added to the Group Plan within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.</i></p> <p><i>In circumstances where We require details of the New Born baby's medical history before the baby is being added to the Plan, We reserve the right to apply particular restrictions to the cover We will offer.</i></p> <p><i>Please refer to Section 6.5 - Adding New Born of this Members' Handbook for details.</i></p>	 Up to USD 100,000 per Period of Cover
<p><b>11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</b></p> <p><i>Hospital Accommodation costs relating to a New Born baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an Insured Person) while she is receiving Eligible Treatment as an In-Patient in a Hospital.</i></p>	 Full refund
<p><b>12. Congenital Disorder:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment for a Congenital Disorder. In circumstances where a Congenital Disorder manifests itself in a New Born baby within 30 days of birth, cover for such Medical Conditions will be provided under Benefit 10 but excluded from Benefit 12 – Congenital Disorders.</i></p>	 Up to USD 100,000 per Period of Cover
<p><b>13. Reconstructive Surgery:</b></p> <p><i>Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an Accident or following a Surgical Procedure for an Eligible Medical Condition, which occurred after an Insured Person's Entry Date or Start Date whichever is later.</i></p>	 Full refund
<p><b>14. Rehabilitation:</b></p> <p><i>On the advice of a Specialist as an integral part of Treatment for a Medical Condition necessitating admission to a recognised Rehabilitation unit of a Hospital. Where the Insured Person was confined to a Hospital as an In-Patient for at least three consecutive days, and where a Specialist confirms in writing that Rehabilitation is required. Admission to a Rehabilitation unit must be made within 14 days of discharge from Hospital. Such Treatment should be under the direct supervision and control of a Specialist and would cover:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Use of special Treatment rooms</li> <li>(ii) Physical therapy fees</li> <li>(iii) Speech therapy fees</li> <li>(iv) Occupational therapy fees</li> </ul>	 Full refund for Eligible In-Patient Treatment only up to 30 days per Medical Condition
<p><b>15. In-Patient Emergency Dental Treatment:</b></p> <p><i>This means Emergency restorative dental Treatment required to sound, natural teeth following an Accident which necessitates Your admission to Hospital for at least one night.</i></p> <p><i>The dental Treatment must be received within 10 days of the Accident. This Benefit covers all costs incurred for Treatment made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the Treatment involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture, We will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality</li> <li>• If implants are clinically needed We will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead</li> </ul> <p><i>This Benefit also covers repair or reconstruction of dentures broken following an Accident that necessitates the Insured Person's admission to a Hospital for at least one night, provided that such dentures were being worn at the time of the Accident.</i></p>	 Full refund
<p><b>16. In-Patient Psychiatric Treatment:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment in a recognised Psychiatric unit of a Hospital. All Treatment must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.</i></p>	Pre-Authorisation (  ) Full refund limited to 30 days per Period of Cover










Manfaat	Essential
<p><b>9. Kondisi Medis Kehamilan dan Persalinan:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Inap untuk Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang timbul selama tahapan antenatal Kehamilan, atau Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang timbul saat melahirkan. Sebagai gambaran, Kami akan mempertimbangkan Pengobatan berikut:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehamilan ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)</li> <li>• Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)</li> <li>• Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)</li> <li>• Plasenta previa</li> <li>• Eklampsia (koma atau kejang selama Kehamilan dan setelah pre-eklampsia)</li> <li>• Diabetes (jika Anda memiliki pengecualian karena riwayat medis Anda di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka Anda tidak akan ditanggung untuk setiap Pengobatan untuk diabetes selama Kehamilan)</li> <li>• Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)</li> <li>• Keguguran yang membutuhkan Pengobatan bedah segera</li> <li>• Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan</li> </ul>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>10. Pertanggungjawaban untuk Bayi Baru Lahir:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Inap untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau Kondisi Akut yang diderita oleh bayi Baru Lahir dari Tertanggung yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi Baru Lahir ditambahkan ke dalam Polis Grup dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungjawaban untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.</i></p> <p><i>Bilamana Kami meminta rincian tentang riwayat kesehatan Bayi Baru Lahir sebelum bayi ditambahkan ke dalam Polis, Kami berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungjawaban yang akan Kami tawarkan.</i></p> <p><i>Untuk rinciannya, Silahkan lihat Bab 6.5 - Menambahkan Bayi Baru Lahir dari Buku Panduan Peserta ini.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 100.000 per Masa Pertanggungjawaban</p>
<p><b>11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:</b></p> <p><i>Biaya Akomodasi Rumah Sakit yang berkaitan dengan bayi Baru Lahir (sampai umur 16 minggu) untuk menemani ibunya (yang menjadi Tertanggung) saat ia mendapat Pengobatan yang Memenuhi Syarat sebagai Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>12. Kelainan Bawaan:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Inap untuk Kelainan Bawaan. Dalam keadaan di mana Kelainan Bawaan muncul pada bayi Baru Lahir dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungjawaban untuk Kondisi Medis tersebut akan diberikan berdasarkan Manfaat 10 tetapi dikecualikan dari Manfaat 12 – Kelainan Bawaan.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 100.000 per Masa Pertanggungjawaban</p>
<p><b>13. Bedah Rekonstruksi:</b></p> <p><i>Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah Kecelakaan atau sesudah Prosedur Bedah untuk Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, yang terjadi setelah Tanggal Masuk atau Tanggal Mulai Tertanggung yang mana yang paling akhir.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>14. Rehabilitasi:</b></p> <p><i>Atas saran dari Dokter spesialis sebagai bagian integrasi dari Pengobatan untuk Kondisi Medis yang memerlukan masuk ke unit Rehabilitasi Rumah Sakit yang diakui. Bila Tertanggung dirawat di Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila Dokter Spesialis menegaskan secara tertulis bahwa Rehabilitasi diperlukan. Masuk ke unit Rehabilitasi harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar Rumah Sakit. Pengobatan tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung Dokter Spesialis dan akan mencakup:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penggunaan kamar Pengobatan khusus</li> <li>Biaya terapi fisik</li> <li>Biaya terapi wicara</li> <li>Biaya terapi okupasi</li> </ol>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh untuk Pengobatan Rawat Jalan yang Memenuhi Syarat hanya sampai 30 hari per Kondisi Medis</p>
<p><b>15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</b></p> <p><i>Ini berarti Pengobatan restorasi gigi Darurat yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu Kecelakaan yang mengharuskan Anda masuk ke Rumah Sakit selama setidaknya satu malam.</i></p> <p><i>Pengobatan gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari Kecelakaan tersebut. Manfaat ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk Pengobatan yang diperlukan akibat cedera karena kecelakaan yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika Pengobatan meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan, Kami akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Layak untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.</li> <li>• Jika implan dibutuhkan secara klinis Kami akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.</li> </ul> <p><i>Manfaat ini juga menanggung perbaikan atau rekonstruksi gigi palsu yang rusak setelah suatu Kecelakaan yang mengharuskan Tertanggung masuk ke Rumah Sakit selama satu malam, asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat Kecelakaan.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>16. Pengobatan Jiwa Rawat Inap:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Inap di unit jiwa yang diakui di Rumah Sakit. Semua Pengobatan harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari psikiater yang Terdaftar.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pra-Otorisasi ( )</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh yang dibatasi sampai 30 hari per Masa Pertanggungjawaban</p>








Benefit	Essential
<p><b>17. Terminal Illness:</b>  <i>Palliative and Hospice Care: On diagnosis of a Terminal illness, costs for any In-Patient, Day-Patient or Out-Patient Treatment given on the advice of a Medical Practitioner or Specialist for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for Hospital or hospice accommodation, nursing care by a Qualified Nurse and prescribed Drugs and Dressings are covered.</i></p>	<p>▶ Eligible In-Patient and Day-Patient Treatment only up to USD 50,000 lifetime limit</p>
<p><b>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</b>  <i>For planned trips up to 30 days of duration. Treatment by a Medical Practitioner or Specialist starting within 24 hours of the Emergency event, required as a result of an Accident or the sudden beginning of a severe illness resulting in a Medical Condition that presents an immediate threat to the Insured Person's health.</i>  <i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p>▶ Accident: Full refund for Accident requiring In-Patient and Day-Patient care</p> <p>▶ Illness: In-Patient and Day-Patient care up to USD 25,000 per Period of Cover                      Out-Patient Treatment in an Accident and Emergency Department in a Hospital up to USD 500 per Period of Cover</p>
<p><b>19. Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b>  <i>Arrangements will be made to move an Insured Person who has a critical, life-threatening Eligible Medical Condition to the nearest medical facility for the purpose of admission to Hospital as an In-Patient or Day-Patient.</i></p> <p><i>Reasonable expenses for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Transportation costs of an Insured Person in the event of Emergency Treatment and Medically Necessary transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</i></li> <li>(ii) <i>Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient.</i></li> <li>(iii) <i>Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the Hospital to visit the Insured Person following admission as an In-Patient.</i></li> <li>(iv) <i>Reasonable costs for non-Hospital Accommodation only for immediate pre and post-Hospital admission periods provided that the Insured Person is under the care of a Specialist.</i></li> </ul> <p><i>Costs of Evacuation do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.</i>  <i>Our medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the Evacuation and this Benefit will not cover travel if it is against the advice of Our medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the Eligible Medical Condition.</i></p> <p><b>Repatriation</b>  <i>An economy class airfare ticket to return the Insured Person and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of Treatment or the Insured Person's principal Country of Nationality or principal Country of Residence, as long as the journey is made within one month of completion of Treatment.</i>  <i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) ▶ Full refund</li> <li>(ii) ▶ Full refund</li> <li>(iii) ▶ Full refund</li> <li>(iv) ▶</li> </ul> <p>Up to USD 200 per day                      Up to USD 7,500 per person, per Evacuation</p> <p>Pre-Authorisation (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Full refund</li> </ul>
<p><b>20. Mortal Remains:</b>  <i>In the event of death from an Eligible Medical Condition, Reasonable and Customary Charges for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Costs of transportation of body or ashes of an Insured Person to his/her Country of Nationality or Country of Residence, or</i></li> <li>(ii) <i>Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</i></li> </ul>	<p>Pre-Authorisation (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) ▶ Full refund</li> <li>(ii) ▶ Up to USD 10,000</li> </ul>
<p><b>21. Hospital Cash Benefit:</b>  <i>This Benefit is payable for each night an Insured Person receives In-Patient Treatment and only if an Insured Person is admitted for In-Patient Treatment before midnight, and the Treatment is received free of charge that would have otherwise been Eligible for Benefit privately under this Group Plan. Cover under this Benefit is limited to a maximum of 30 nights per Period of Cover.</i>  <i>For this Benefit exclusion 5.10 does not apply.</i></p>	<p>▶ USD 125 per night</p>

Manfaat	Essential
<p><b>17. Penyakit Terminal:</b></p> <p><i>Perawatan Palliatif dan Rawat Akhir: Saat didiagnosa menderita penyakit Terminal, biaya untuk setiap Pengobatan Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan diberikan atas saran dari Praktisi Medis atau Dokter Spesialis untuk tujuan meringankan gejala secara sementara. Biaya untuk akomodasi di Rumah Sakit atau rawat akhir, asuhan keperawatan oleh Perawat Berjajah dan Obat-obatan dan Perban yang diresepkan ditanggung.</i></p>	<p>▶ Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari yang Memenuhi Syarat hanya sampai batas USD 50.000 seumur hidup</p>
<p><b>18. Pertanggung jawaban untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat:</b></p> <p><i>Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. Pengobatan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian Darurat, yang diperlukan sebagai akibat dari Kecelakaan atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan Kondisi Medis yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan Tertanggung.</i></p> <p><i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p>▶ Kecelakaan: Pengembalian penuh untuk Kecelakaan yang memerlukan perawatan Rawat Inap dan Rawat Sehari</p> <p>▶ Sakit: Perawatan Rawat Inap dan Rawat Sehari hingga USD 25.000 per Masa Pertanggung jawaban</p> <p>Pengobatan Rawat Jalan di Bagian Kecelakaan dan Gawat Darurat di Rumah Sakit hingga USD 500 per Masa Pertanggung jawaban</p>
<p><b>19. Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b></p> <p><i>Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan Tertanggung yang memiliki Kondisi Medis kritis dan mengancam jiwa yang Memenuhi Syarat ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari.</i></p> <p><i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <p>(i) <i>Biaya transportasi dari Tertanggung dalam hal Pengobatan Darurat dan transportasi dan perawatan yang Secara Medis Diperlukan tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></p> <p>(ii) <i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari.</i></p> <p>(iii) <i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap.</i></p> <p>(iv) <i>Biaya yang wajar untuk Akomodasi non Rumah Sakit hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk Rumah Sakit asalkan Tertanggung sedang dirawat oleh Dokter Spesialis.</i></p> <p><i>Biaya Evakuasi tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang dilakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.</i></p> <p><i>Penasihat medis Kami akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk Evakuasi dan Manfaat ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis Kami atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat.</i></p> <p><b>Repatriasi</b></p> <p><i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan Tertanggung dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi Pengobatan atau Negara Kewarganegaraan utama atau Negara Tempat Tinggal utama Tertanggung, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah Pengobatan selesai.</i></p> <p><i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (</p> <p>(i) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>(ii) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>(iii) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>(iv) ▶ Hingga USD 200 per hari hingga USD 7.500 per orang, per Evakuasi</p> <p>Pra-Otorisasi (</p> <p>▶ Pengembalian penuh</p>
<p><b>20. Biaya Kematian:</b></p> <p><i>Dalam hal kematian karena Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, Biaya yang Wajar dan Layak untuk:</i></p> <p>(i) <i>Biaya transportasi jenazah atau abu Tertanggung ke Negara Kewarganegaraan atau Negara Tempat Tinggal-nya, atau</i></p> <p>(ii) <i>Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (</p> <p>(i) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>(ii) ▶ Hingga USD 10.000</p>
<p><b>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</b></p> <p><i>Manfaat ini dibayar selama setiap malam Tertanggung menerima Pengobatan Rawat Inap dan hanya jika Tertanggung dirawat untuk Pengobatan Rawat Inap sebelum tengah malam, dan Pengobatan diterima secara gratis yang akan dinyatakan telah Memenuhi Syarat untuk Manfaat pribadi berdasarkan Polis Grup ini. Pertanggung jawaban berdasarkan Manfaat ini terbatas hingga maksimum 30 malam per Masa Pertanggung jawaban.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.</i></p>	<p>▶ USD 125 per malam</p>

Benefit	Essential
<p><b>22. Out-Patient Charges:</b></p> <p><i>Medical Practitioner fees including consultations; Specialist fees; Diagnostic Tests; prescribed Drugs and Dressings.</i></p> <p><i>Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this Benefit.</i></p>	<p> Pre-operative consultation within 15 days from the admission and post hospitalisation consultation within 30 days following discharge from Hospital</p> <p>Up to max USD 2,000 per Medical Condition per Period of Cover</p>
<p><b>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</b></p> <p><i>Treatment costs for a Surgical Procedure performed in a surgery, Hospital, day-care facility or Out-Patient department. Any pre or post-operative consultations are payable under Benefit 22 – Out-Patient charges.</i></p>	<p> Full refund</p>
<p><b>24. Out-Patient Psychiatric Illness:</b></p> <p><i>Out-Patient Treatment administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a Medical Practitioner or Specialist.</i></p> <p><i>This Benefit includes Treatment administered by a Psychologist subject to 10 sessions and the cost limit under this section.</i></p>	<p> Not covered</p>
<p><b>25. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies:</b></p> <p>(i) <i>Physiotherapy by a Registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist.</i></p> <p>(ii) <i>Complementary medicine and Treatment by a therapist, when referred by a Medical Practitioner or Specialist. This Benefit extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture Treatment but excludes Physiotherapist covered in (i).</i></p> <p>(iii) <i>Out-Patient Treatment for therapies administered by a recognised traditional Chinese Medical Practitioner or an Ayurvedic Medical Practitioner.</i></p> <p><i>We do not cover charges for general chiropody or podiatry.</i></p> <p><i>For this Benefit the Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply.</i></p>	<p>(i)  Up to 5 sessions within 30 days after hospitalisation</p> <p>(ii)  Not covered</p> <p>(ii)  Not covered</p>
<p><b>26. Nursing Care at Home:</b></p> <p>(i) <i>Care given by Qualified Nurse in the Insured Person's own home, which is immediately received subsequent to Treatment as an In-Patient or Day-Patient on the recommendation of Medical Practitioner or Specialist.</i></p> <p>(ii) <i>Medical Practitioner (GP) home visits for an Emergency GP home call-out during out of normal clinic hours.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (</p> <p>(i)  Up to USD 100 per day, up to 30 days per Medical Condition</p> <p>(ii)  Not Covered</p>
<p><b>27. AIDS:</b></p> <p><i>Medical expenses, which arise from or are in any way related to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or HIV related illnesses, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) and/or any mutant derivative or variations thereof. As result of proven occupation Accident * or blood transfusion **. Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition, Drugs and Dressings (except experimental or those unproven), Hospital Accommodation and nursing fees.</i></p> <p>* <i>For members of emergency services, medical or dental professions, laboratory assistants, pharmacist or an employee in a medical facility that provides evidence that they contracted the HIV infection accidentally while carrying out normal duties of their occupation; and they contracted the HIV infection three years after the Entry Date or Start Date, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the Insured Person's occupation; and a test showing no HIV or antibodies to such a virus was made within five days of the incident; and a positive HIV test occurred within 12 months of the reported occupational Accident.</i></p> <p>** <i>As long as the blood transfusion was received as an In-Patient as part of Medically Necessary Treatment.</i></p> <p><i>Waiting Period: Cover only available after three years of continuous membership.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (</p> <p> Eligible In-Patient and Day-Patient Treatment only up to USD 25,000 per Period of Cover</p>



Manfaat	Essential
<p><b>22. Biaya Rawat Jalan:</b></p> <p><i>Biaya Praktisi Medis termasuk konsultasi; Biaya Dokter Spesialis; Tes Diagnostik; Obat-Obatan dan Perban yang diresepkan.</i></p> <p><i>Setiap konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayarkan menurut Manfaat ini.</i></p>	<p></p> <p><i>Konsultasi pra-operasi dalam 15 hari sejak masuk rumah sakit dan konsultasi pasca rawat inap dalam 30 hari setelah keluar dari Rumah Sakit:</i></p> <p><i>Hingga maks USD 2.000 per Kondisi Medis per Masa Pertanggungangan</i></p>
<p><b>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</b></p> <p><i>Biaya Pengobatan untuk Prosedur Bedah yang dilakukan di tempat praktek dokter, Rumah Sakit, fasilitas perawatan sehari atau instalasi Rawat Jalan. Setiap konsultasi pra-atau pasca-operasi dibayar berdasarkan Manfaat 22 – biaya Rawat Jalan.</i></p>	<p></p> <p><i>Pengembalian penuh</i></p>
<p><b>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Jalan yang diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater Terdaftar jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i></p> <p><i>Manfaat ini termasuk Pengobatan yang diberikan oleh Psikolog sesuai dengan 10 sesi dan batas biaya menurut bab ini.</i></p>	<p></p> <p><i>Tidak ditanggung</i></p>
<p><b>25. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif:</b></p> <p>(i) <i>Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, jika dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis.</i></p> <p>(ii) <i>Obat dan Pengobatan Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis Manfaat ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan Pengobatan akupunktur selain tenaga Fisioterapi yang ditanggung di dalam butir (i).</i></p> <p>(iii) <i>Pengobatan Rawat Jalan atau terapi yang dilakukan oleh Praktisi Medis tradisional Cina yang diakui atau Praktisi Medis Ayurveda.</i></p> <p><i>Kami tidak menanggung biaya untuk chiroprody atau podiatry umum.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.</i></p>	<p>(i)  <i>Hingga 5 sesi dalam waktu 30 hari setelah rawat inap</i></p> <p>(ii)  <i>Tidak ditanggung</i></p> <p>(iii)  <i>Tidak ditanggung</i></p>
<p><b>26. Perawatan di Rumah:</b></p> <p>(i) <i>Perawatan yang diberikan oleh Perawat Berijazah di rumah Tertanggung sendiri, yang segera diterima setelah Pengobatan sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari berdasarkan rekomendasi dari Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i></p> <p>(ii) <i>Kunjungan ke rumah oleh Praktisi Medis (dokter umum) untuk panggilan Darurat di luar jam klinik normal.</i></p>	<p><i>Pra-Otorisasi (</i></p> <p>(i)  <i>Hingga USD 100 per hari, hingga 30 hari per Kondisi medis</i></p> <p>(ii)  <i>Tidak ditanggung</i></p>
<p><b>27. AIDS:</b></p> <p><i>Biaya medis, yang timbul dari atau dengan cara apapun yang berhubungan dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau penyakit terkait HIV, termasuk Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau AIDS Related Complex (ARC) dan/atau turunan mutan atau variasinya. Akibat dari Kecelakaan kerja yang terbukti* atau transfusi darah**.</i> <i>Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin untuk kondisi ini, Obat-Obatan dan Perban (kecuali percobaan atau yang belum terbukti), Akomodasi Rumah Sakit dan biaya keperawatan.</i></p> <p>* <i>Bagi peserta layanan darurat, profesi medis atau gigi, asisten laboratorium, apoteker atau pegawai di fasilitas medis yang memberikan bukti bahwa mereka tertular infeksi HIV tanpa sengaja saat melaksanakan tugas normal dari pekerjaan mereka; dan mereka tertular infeksi HIV tiga tahun setelah Tanggal Masuk atau Tanggal Mulai, mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan Tertanggung; dan tes yang menunjukkan tidak ada HIV atau antibodi terhadap virus tersebut dilakukan dalam waktu lima hari setelah kejadian; dan tes HIV positif terjadi dalam waktu 12 bulan dari Kecelakaan kerja yang dilaporkan.</i></p> <p>** <i>Selama transfusi darah diterima sebagai Pasien Rawat Inap sebagai bagian dari Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan.</i></p> <p><i>Masa Tunggu: Pertanggungangan hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.</i></p>	<p><i>Pra-Otorisasi (</i></p> <p></p> <p><i>Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari yang Memenuhi Syarat hanya sampai USD 25.000 per Masa Pertanggungangan</i></p>

Options to Core Benefits	Essential
<p><b>28. USA Elective Treatment:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Costs associated with Eligible In-Patient and Day-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in a Hospital listed in the Provider Network.</i></li> <li>(ii) <i>Costs associated with Eligible Out-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in the Provider Network.</i></li> </ul> <p><i>Treatment that is not received in the Provider Network will be subject to a 50% Co-Insurance.</i></p>	<p><i>Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment (</i></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><i>Optional</i> <i>Up to USD 1.5m per Insured Person per Period of Cover</i></p>
<p><b>29. Out-Patient Charges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Medical Practitioner fees including consultation, Specialist fees, Diagnostic Tests, prescribed Drugs and Dressings.</i></li> <li>(ii) <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Physiotherapy by a Registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist.</i></li> <li>b. <i>Complementary medicine and Treatment by a therapist, when referred by a Medical Practitioner or Specialist. This Benefit extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture Treatment but excludes Physiotherapist covered in (i).</i></li> <li>c. <i>Out-Patient Treatment for therapies administered by a recognised traditional Chinese Medical Practitioner or an Ayurvedic Medical Practitioner.</i></li> </ul> </li> </ul> <p><i>We do not cover charges for general chiropody or podiatry.</i></p> <p><i>For this Benefit the Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply.</i></p> <p><i>Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this Benefit.</i></p> <p><i>This Benefit replaces Benefit 22 – Out-Patient Charges.</i></p> <p><i>Please note that if this option is chosen, the only Plan Deductible options that can be chosen are USD 1,000, USD 2,500 or USD 5,000.</i></p> <p><i>If You choose an optional Deductible, You must also select a Co-Insurance Out-Patient Treatment option.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  <i>Optional</i> <i>Up to USD 4,500 per Period of Cover</i></li> <li>(ii)  <i>Full refund up to a maximum 10 sessions per Period of Cover in aggregate. Physiotherapy is limited to 10 sessions and not in addition to Benefit 25</i></li> </ul>
<p><b>30. Out-Patient Charges – Option 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Medical Practitioner fees including consultation, Specialist fees, Diagnostic Tests and cost associated with maintenance of chronic Medical Conditions, prescribed Drugs and Dressings.</i></li> <li>(ii) <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Physiotherapy by a Registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist.</i></li> <li>b. <i>Complementary medicine and Treatment by a therapist, when referred by a Medical Practitioner or Specialist. This Benefit extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture Treatment but excludes Physiotherapist covered in (i).</i></li> <li>c. <i>Out-Patient Treatment for therapies administered by a recognised traditional Chinese Medical Practitioner or an Ayurvedic Medical Practitioner.</i></li> </ul> </li> </ul> <p><i>We do not cover charges for general chiropody or podiatry.</i></p> <p><i>For this Benefit the Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply</i></p> <p><i>Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this Benefit.</i></p> <p><i>This Benefit replaces Benefit 22 – Out-Patient Charges.</i></p> <p><i>Please note that if this option is chosen, the only Group Plan Deductible options that can be chosen are USD 1,000, USD 2,500 or USD 5,000.</i></p> <p><i>If You choose an optional Deductible, You must also select a Co-Insurance Out-Patient Treatment option.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  <i>Optional</i> <i>Up to USD 4,500 per Period of Cover</i></li> <li>(ii)  <i>Full refund up to a maximum 10 sessions per Period of Cover in aggregate. Physiotherapy is limited to 10 sessions and not in addition to Benefit 25</i></li> </ul>
<p><b>31. Co-Insurance Out-Patient Treatment:</b></p> <p><i>A 10% Co-Insurance will apply to all Eligible Out-Patient Treatment. Should Your Group Plan include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and Vaccinations Benefits, any applicable Co-Insurance will be detailed in Your Benefit Schedule.</i></p> <p><i>Please note that the Co-Insurance will not apply to Treatment relating to Renal dialysis/ Renal failure, Cancer or Organ Transplants.</i></p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><i>Optional</i></p>
<p><b>32. Co-Insurance Out-Patient Treatment Option 2:</b></p> <p><i>A 20% Co-Insurance will apply to all Eligible Out-Patient Treatment. Should Your Group Plan include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and Vaccinations Benefits, any applicable Co-Insurance will be detailed in Your Benefit Schedule.</i></p> <p><i>Please note that the Co-Insurance will not apply to Treatment relating to Renal dialysis/ Renal failure, Cancer or Organ Transplants.</i></p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><i>Optional</i></p>

## Pilihan untuk Manfaat Utama

## Essential

### 28. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:

- (i) Biaya yang terkait dengan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari yang Memenuhi Syarat di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila Pengobatan diterima di Rumah Sakit yang tercantum dalam Jaringan Penyedia.
- (ii) Biaya yang terkait dengan Pengobatan Rawat Jalan yang Memenuhi Syarat di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila Pengobatan diterima di Jaringan Penyedia.

Pengobatan yang tidak diterima di Jaringan Penyedia akan dikenakan Ko-Asuransi sebesar 50%.

Pra-Otorisasi untuk diagnosa dan operasi Rawat Jalan, dan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari (



Pilihan

Hingga USD 1,5 jt per Tertanggung per Masa Pertanggung

### 29. Biaya Rawat Jalan:

- (i) Biaya Praktisi Medis termasuk konsultasi, biaya Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban yang diresepkan.
- (ii) a. Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, jika dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis.  
b. Obat dan Pengobatan Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis. Manfaat ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan Pengobatan akupunktur selain tenaga Fisioterapi yang ditanggung di dalam butir (i).  
c. Pengobatan Rawat Jalan atau terapi yang dilakukan oleh Praktisi Medis tradisional Cina yang diakui atau Praktisi Medis Ayurveda.

Kami tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum.

Untuk Manfaat ini Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.

Konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayar menurut Manfaat ini.

Manfaat ini menggantikan Manfaat 22 – Biaya Rawat Jalan.

Harap dicatat bahwa jika opsi ini dipilih, satu-satunya Opsi Risiko Sendiri pada Polis Grup yang dapat dipilih adalah USD 1.000, USD 2.500 atau USD 5.000.

Jika Anda memilih Risiko Sendiri opsional, Anda juga harus memilih Opsi Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi.



Pilihan Hingga USD 4,500 per Masa Pertanggung



Pengembalian penuh hingga maksimal 10 sesi per Masa Pertanggung secara agregat. Fisioterapi terbatas hingga 10 sesi dan tidak di samping Manfaat 25.

### 30. Biaya Rawat Jalan – Pilihan 2:

- (i) Biaya Praktisi Medis termasuk konsultasi, biaya Dokter Spesialis, Tes Diagnostik dan biaya yang terkait dengan pemeliharaan Kondisi Medis dan Obat-Obatan dan Perban yang diresepkan.
- (ii) a. Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, jika dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis.  
b. Obat dan Pengobatan Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis. Manfaat ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan Pengobatan akupunktur selain tenaga Fisioterapi yang ditanggung di dalam butir (i).  
c. Pengobatan Rawat Jalan atau terapi yang dilakukan oleh Praktisi Medis tradisional Cina yang diakui atau Praktisi Medis Ayurveda.

Kami tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum.

Untuk Manfaat ini Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.

Konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayar menurut Manfaat ini.

Manfaat ini menggantikan Manfaat 22 – Biaya Rawat Jalan.

Harap dicatat bahwa jika opsi ini dipilih, satu-satunya Opsi Risiko Sendiri pada Polis Grup yang dapat dipilih adalah USD 1.000, USD 2.500 atau USD 5.000.

Jika Anda memilih Risiko Sendiri opsional, Anda juga harus memilih Opsi Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi.



Pilihan Hingga USD 4,500 per Masa Pertanggung



Pengembalian penuh hingga maksimal 10 sesi per Masa Pertanggung secara agregat. Fisioterapi terbatas hingga 10 sesi dan tidak di samping Manfaat 25.

### 31. Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi:

Ko-Asuransi 10% akan berlaku bagi semua Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat. Jika Polis Grup Anda mencakup Manfaat perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar Manfaat Anda.

Harap dicatat bahwa Ko-Asuransi tidak akan berlaku untuk Pengobatan yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, Kanker atau Transplantasi Organ.



Pilihan

### 32. Opsi Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi 2:

Ko-Asuransi 20% akan berlaku untuk semua Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat. Jika Polis Grup Anda mencakup Manfaat perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar Manfaat Anda.

Harap dicatat bahwa Ko-Asuransi tidak akan berlaku untuk Pengobatan yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, Kanker atau Transplantasi Organ.



Pilihan



Additional Options for Group Plans	Essential
<p><b>33. Medical History Disregarded:</b></p>	<p> <i>Optional</i> Compulsory Group Plans 10+ employees</p>
<p><b>34. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore:</b></p> <p><i>As described in Benefit 2. i), but with a restriction to limit the Hospital Accommodation to ward or semi-private for Hospital admission in Indonesia and Singapore.</i></p> <p><i>Choosing this option means that Hospital rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. Hospital rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.</i></p>	<p> <i>Optional</i></p>
<p><b>35. Extended Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p><i>Arrangements will be made to move an Insured Person who has a critical, life-threatening Eligible Medical Condition to the nearest medical facility, Country of Residence, Country of Nationality or the Insured Member's country of choice for the purpose of admission to Hospital as an In-Patient or Day-Patient.</i></p> <p><i>Reasonable expenses for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i) Transportation costs of an Insured Person in the event of Emergency Treatment and Medically Necessary transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</i></li> <li><i>(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient.</i></li> <li><i>(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the Hospital to visit the Insured Person following admission as an In-Patient.</i></li> <li><i>(iv) Reasonable costs for non-Hospital Accommodation only for immediate pre and post-Hospital admission periods provided that the Insured Person is under the care of a Specialist.</i></li> </ul> <p><i>Costs of Evacuation do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.</i></p> <p><i>The Insured Member's country of choice is subject to the availability of the appropriate medical facilities being in place. Our medical advisers will determine whether the selected country has the suitable medical facility to treat the Insured Member's Eligible Medical Condition. Our medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the Evacuation and this Benefit will not cover travel if it is against the advice of Our medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the Eligible Medical Condition.</i></p> <p><b>Repatriation</b></p> <p><i>An economy class airfare ticket to return the Insured Person and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of Treatment or the Insured Person's principal Country of Nationality or principal Country of Residence, as long as the journey is made within one month of completion of Treatment. Reasonable cost of the above will be paid in full.</i></p> <p><i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p><i>Pre-Authorisation (</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i)  Full refund</i></li> <li><i>(ii)  Full refund</i></li> <li><i>(iii)  Full refund</i></li> <li><i>(iv)  Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per Evacuation</i></li> </ul> <p><i>Pre-Authorisation (</i></p> <p><i> Full refund</i></p>

Deductible Options	Essential
<p><b>Standard Deductible</b></p>	<p><i>Nil</i></p>
<p><b>Optional Deductible:</b></p> <p><i>Please note: Deductibles would apply to any Medically Necessary Treatment required under Benefit 19 and Benefit 35.</i></p>	<p><i>USD 1,000</i></p> <p><i>USD 2,500</i></p> <p><i>USD 5,000</i></p> <p><i>USD 10,000</i></p> <p><i>USD 15,000</i></p>










Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Essential
<p><b>33. Pengabaian Riwayat Kesehatan:</b></p>	<p> Pilihan Untuk Polis Grup Wajib 10+ Karyawan</p>
<p><b>34. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura:</b></p> <p><i>Seperti dijelaskan dalam Manfaat 2. i), tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi Rumah Sakit pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk Rumah Sakit di Indonesia dan Singapura.</i></p> <p><i>Memilih pilihan ini berarti bahwa kamar Rumah Sakit akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura Kamar Rumah Sakit di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.</i></p>	<p> Pilihan</p>
<p><b>35. Perluasan Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b></p> <p><i>Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan Tertanggung yang memiliki Kondisi Medis kritis dan mengancam jiwa yang Memenuhi Syarat ke fasilitas medis terdekat, Negara Tempat Tinggal, Negara Kewarganegaraan atau negara Anggota Tertanggung terdekat untuk tujuan masuk ke Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari.</i></p> <p><i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <p>(i) <i>Biaya transportasi dari Tertanggung bilamana terjadi Pengobatan Darurat dan transportasi dan perawatan yang Secara Medis Diperlukan tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></p> <p>(ii) <i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari.</i></p> <p>(iii) <i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap.</i></p> <p>(iv) <i>Biaya yang wajar untuk Akomodasi non Rumah Sakit hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk Rumah Sakit asalkan Tertanggung sedang dirawat oleh Dokter Spesialis.</i></p> <p><i>Biaya Evakuasi tidak mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di Gunung, yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.</i></p> <p><i>Negara pilihan Tertanggung bergantung pada ketersediaan fasilitas medis yang tepat di tempat kejadian). Penasehat medis Kami akan menentukan apakah negara yang dipilih itu memiliki fasilitas medis yang cocok untuk mengobati Kondisi Medis Tertanggung yang memenuhi syarat. Penasehat medis Kami akan memutuskan metode transportasi yang paling tepat untuk evakuasi dan Manfaat ini tidak akan menanggung perjalanan jika perjalanan ini tidak sesuai dengan saran dari penasehat medis Kami atau bilamana fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati Kondisi Medis yang memenuhi syarat.</i></p> <p><b>Repatriasi</b></p> <p><i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan Tertanggung dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi Pengobatan atau Negara Kewarganegaraan utama atau Negara Tempat Tinggal utama Tertanggung, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah Pengobatan selesai. Biaya wajar di atas akan dibayar penuh.</i></p> <p><i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (</p> <p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Pengembalian penuh</p> <p>(iii)  Pengembalian penuh</p> <p>(iv)  Hingga USD 200 per hari hingga USD 7.500 per orang, per Evakuasi</p> <p>Pra-Otorisasi (</p> <p> Pengembalian penuh</p>

Opsi Risiko Sendiri	Essential
<p><b>Risiko Sendiri Standar</b></p>	<p>Nihil</p>
<p><b>Risiko Sendiri Opsional:</b></p> <p><i>Harap dicatat:</i></p> <p><i>Risiko Sendiri akan berlaku untuk setiap Pengobatan yang Diperlukan secara medis yang diperlukan menurut Manfaat 19 dan Manfaat 35.</i></p>	<p>USD 1.000</p> <p>USD 2.500</p> <p>USD 5.000</p> <p>USD 10.000</p> <p>USD 15.000</p>

### 4.3.2 WorldCare Advance

Benefit	Advance
<b>Annual Maximum Group Plan Limit</b> 24/7 helpline and assistance services available on all Group Plans	USD 3m
<b>1. Maintenance of Chronic Medical Conditions:</b> <i>Maintenance of chronic Medical Conditions such as but not limited to asthma, diabetes and hypertension requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, Drugs and Dressings and/or tests up to the Benefit limits following Your Entry Date. This Benefit does not cover renal failure and dialysis. Claims for this will fall under Benefit 6. Claims for Cancer will fall under Benefit 8.</i>	 Full refund
<b>2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</b> (i) <i>Charges for In-Patient or Day-Patient Treatment made by a Hospital including charges for accommodation (ward/semi-private or private); Diagnostic Tests; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a Qualified Nurse; Drugs and Dressings prescribed by a Medical Practitioner or Specialist; and surgical appliances used by the Medical Practitioner during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an In-Patient or Day-Patient and includes charges for intensive care.</i>  (ii) <i>Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an Eligible Medical Condition which required In-Patient or Day-Patient Hospital Treatment.</i>	(i)  Full refund  Pre-Authorisation for (i) (  (ii)  Up to USD 1,500 per Medical Condition
<b>3. Diagnostic Procedures:</b> <i>Medically Necessary diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans received as an In-Patient, Day-Patient or Out-Patient.</i>	Pre-Authorisation For PET (  Full refund
<b>4. Emergency Ambulance Transportation:</b> <i>Emergency road ambulance transport costs to or between Hospitals, or when considered Medically Necessary by a Medical Practitioner or Specialist.</i>	 Full refund
<b>5. Parent Accommodation:</b> <i>The cost of one parent staying in Hospital overnight with an Insured Person under 18 years old while the child is admitted as an In-Patient for Eligible Treatment.</i>	 Full refund
<b>6. Renal Failure and Renal Dialysis:</b> (i) <i>Treatment of renal failure, including renal dialysis on an In-Patient basis.</i>  (ii) <i>Treatment of renal failure, including renal dialysis on a Day-Patient or Out-Patient basis.</i>	(i)  Full refund  (ii)  Up to USD 100,000 per Period of Cover
<b>7. Organ Transplant:</b> (i) <i>Treatment for and in relation to a human organ transplant of kidney, pancreas, liver, heart, lung, bone marrow, cornea, or heart and lung, in respect of the Insured Person as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under Benefit 12 but excluded from Benefit 7 – Organ Transplant.</i> (ii) <i>Medical costs associated with the donor as an In-Patient or Day-Patient, with the exception of the cost of the donor organ search.</i>  <i>We only pay for transplants carried out in internationally-accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with WHO guidelines.</i>	(i)  Full refund  (ii)  Up to USD 50,000 per Period of Cover
<b>8. Cancer Treatment:</b> <i>Treatment given for Cancer received as an In-Patient, Day-Patient or Out-Patient. Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.</i>	 Full refund

















### 4.3.2 WorldCare Advance














Manfaat	Advance
<b>Batas Maksimum Tahunan Polis Grup</b> <i>Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup</i>	USD 3 jt
<b>1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:</b> <i>Pemeliharaan Kondisi Medis kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan Obat-obatan dan Perban dan/atau tes sampai batas Manfaat sesudah Tanggal Masuk Anda. Manfaat ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam Manfaat 6. Klaim untuk Kanker akan masuk dalam Manfaat 8.</i>	 Pengembalian penuh
<b>2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</b> <i>(i) Biaya untuk Pengobatan Rawat Inap atau Rawat Sehari yang dilakukan oleh Rumah Sakit termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); Tes Diagnostik: Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh Perawat Berjajah; Obat dan Perban yang diresepkan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis; dan peralatan bedah yang digunakan oleh Praktisi Medis selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama Rawat Inap atau Rawat Sehari dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.</i> <i>(ii) Biaya Tambahan: Pembelian dan penyewaan kruk, tongkat, alat bantu berjalan dan kursi roda non-elektronik manual dalam waktu enam bulan dari Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang memerlukan Pengobatan Rawat Inap atau Rawat Sehari di Rumah Sakit.</i>	<i>(i)</i>  Pengembalian penuh Pra-Otorisasi untuk (i) (
<b>3. Prosedur Diagnostik:</b> <i>Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang Secara Medis Diperlukan diterima sebagai pasien Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan.</i>	Pra-Otorisasi untuk PET (
<b>4. Transportasi Ambulans Darurat:</b> <i>Biaya transportasi ambulans darat Darurat ke atau antar Rumah Sakit, atau bila dianggap Secara Medis Diperlukan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i>	 Pengembalian penuh
<b>5. Akomodasi Orangtua:</b> <i>Biaya satu orang tua untuk tinggal di Rumah Sakit semalam dengan Tertanggung yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien Rawat Inap untuk Pengobatan yang Memenuhi Syarat.</i>	 Pengembalian penuh
<b>6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</b> <i>(i) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Inap.</i> <i>(ii) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Sehari atau Rawat Jalan.</i>	<i>(i)</i>  Pengembalian penuh <i>(ii)</i>  Hingga USD 100.000 per Masa Pertanggung
<b>7. Transplantasi Organ:</b> <i>(i) Pengobatan untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan Tertanggung sebagai penerima.</i> <i>Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggung akan disediakan berdasarkan Manfaat 12 tetapi dikecualikan dari Manfaat 7 – Transplantasi Organ.</i> <i>(ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien Rawat Inap atau Rawat Sehari, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.</i> <i>Kami hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman WHO.</i>	<i>(i)</i>  Pengembalian penuh <i>(ii)</i>  Hingga USD 50.000 per Masa Pertanggung
<b>8. Pengobatan Kanker:</b> <i>Pengobatan yang diberikan untuk Kanker yang diterima sebagai pasien Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.</i>	 Pengembalian penuh

Benefit	Advance
<p><b>9. Pregnancy and Childbirth Medical Conditions:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment of an Eligible Medical Condition which arises during the antenatal stages of Pregnancy, or an Eligible Medical Condition which arises during childbirth. As an illustration, We would consider Treatment of the following:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ectopic Pregnancy (where the foetus is growing outside the womb)</li> <li>• Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)</li> <li>• Retained placenta (afterbirth retained in the womb)</li> <li>• Placenta praevia</li> <li>• Eclampsia (a coma or seizure during Pregnancy and following pre-eclampsia)</li> <li>• Diabetes (If You have exclusions because of Your past medical history which relate to diabetes, then You will not be covered for any Treatment for diabetes during Pregnancy)</li> <li>• Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)</li> <li>• Miscarriage requiring immediate surgical Treatment</li> <li>• Failure to progress in labour</li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>10. New Born Cover:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an Acute Condition being suffered by a New Born baby of an Insured Person which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the New Born baby is added to the Group Plan within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.</i></p> <p><i>In circumstances where We require details of the New Born baby's medical history before the baby is being added to the Plan, We reserve the right to apply particular restrictions to the cover We will offer. Please refer to Section 6.5 - Adding New Born of this Members' Handbook for details.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 100,000 per Period of Cover</p>
<p><b>11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</b></p> <p><i>Hospital Accommodation costs relating to a New Born baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an Insured Person) while she is receiving Eligible Treatment as an In-Patient in a Hospital.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>12. Congenital Disorder:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment for a Congenital Disorder. In circumstances where a Congenital Disorder manifests itself in a New Born baby within 30 days of birth, cover for such Medical Conditions will be provided under Benefit 10 but excluded from Benefit 12 – Congenital Disorders.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 100,000 per Period of Cover</p>
<p><b>13. Reconstructive Surgery:</b></p> <p><i>Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an Accident or following a Surgical Procedure for an Eligible Medical Condition, which occurred after an Insured Person's Entry Date or Start Date whichever is later.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>14. Rehabilitation:</b></p> <p><i>On the advice of a Specialist as an integral part of Treatment for a Medical Condition necessitating admission to a recognised Rehabilitation unit of a Hospital. Where the Insured Person was confined to a Hospital as an In-Patient for at least three consecutive days, and where a Specialist confirms in writing that Rehabilitation is required. Admission to a Rehabilitation unit must be made within 14 days of discharge from Hospital. Such Treatment should be under the direct supervision and control of a Specialist and would cover:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Use of special Treatment rooms</li> <li>(ii) Physical therapy fees</li> <li>(iii) Speech therapy fees</li> <li>(iv) Occupational therapy fees</li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund up to 180 days per Medical Condition</p>
<p><b>15. In-Patient Emergency Dental Treatment:</b></p> <p><i>This means Emergency restorative dental Treatment required to sound, natural teeth following an Accident which necessitates Your admission to Hospital for at least one night.</i></p> <p><i>The dental Treatment must be received within 10 days of the Accident. This Benefit covers all costs incurred for Treatment made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the Treatment involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture, We will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality</li> <li>• If implants are clinically needed We will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead</li> </ul> <p><i>This Benefit also covers repair or reconstruction of dentures broken following an Accident that necessitates the Insured Person's admission to a Hospital for at least one night, provided that such dentures were being worn at the time of the Accident.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>


Manfaat	Advance
<p><b>9. Kondisi Medis Kehamilan dan Persalinan:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Inap untuk Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang timbul selama tahapan antenatal Kehamilan, atau Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang timbul saat melahirkan. Sebagai gambaran, Kami akan mempertimbangkan Pengobatan berikut:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehamilan ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)</li> <li>• Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)</li> <li>• Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)</li> <li>• Plasenta previa</li> <li>• Eklampsia (koma atau kejang selama Kehamilan dan setelah pre-eklampsia)</li> <li>• Diabetes (jika Anda memiliki pengecualian karena riwayat medis Anda di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka Anda tidak akan ditanggung untuk setiap Pengobatan untuk diabetes selama Kehamilan)</li> <li>• Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)</li> <li>• Keguguran yang membutuhkan Pengobatan bedah segera</li> <li>• Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan</li> </ul>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>10. Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Inap untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau Kondisi Akut yang diderita oleh bayi Baru Lahir dari Tertanggung yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi Baru Lahir ditambahkan ke dalam Polis Grup dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.</i></p> <p><i>Bilamana Kami meminta rincian tentang riwayat kesehatan Bayi Baru Lahir sebelum bayi ditambahkan ke dalam Polis, Kami berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungungan yang akan Kami tawarkan.</i></p> <p><i>Untuk rinciannya, Silahkan lihat Bab 6.5 - Menambahkan Bayi Baru Lahir dari Buku Panduan Peserta ini.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 100.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:</b></p> <p><i>Biaya Akomodasi Rumah Sakit yang berkaitan dengan bayi Baru Lahir (sampai umur 16 minggu) untuk menemani ibunya (yang menjadi Tertanggung) saat ia mendapat Pengobatan yang Memenuhi Syarat sebagai Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>12. Kelainan Bawaan:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Inap untuk Kelainan Bawaan. Dalam keadaan di mana Kelainan Bawaan muncul pada bayi Baru Lahir dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungungan untuk Kondisi Medis tersebut akan diberikan berdasarkan Manfaat 10 tetapi dikecualikan dari Manfaat 12 – Kelainan Bawaan.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 100.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>13. Bedah Rekonstruksi:</b></p> <p><i>Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah Kecelakaan atau sesudah Prosedur Bedah untuk Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, yang terjadi setelah Tanggal Masuk atau Tanggal Mulai Tertanggung yang mana yang paling akhir.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>14. Rehabilitasi:</b></p> <p><i>Atas saran dari Dokter spesialis sebagai bagian integrasi dari Pengobatan untuk Kondisi Medis yang memerlukan masuk ke unit Rehabilitasi Rumah Sakit yang diakui. Bila Tertanggung dirawat di Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila Dokter Spesialis menegaskan secara tertulis bahwa Rehabilitasi diperlukan. Masuk ke unit Rehabilitasi harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar Rumah Sakit. Pengobatan tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung Dokter Spesialis dan akan mencakup:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penggunaan kamar Pengobatan khusus</li> <li>Biaya terapi fisik</li> <li>Biaya terapi wicara</li> <li>Biaya terapi okupasi</li> </ol>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh sampai 180 hari per Kondisi Medis</p>
<p><b>15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</b></p> <p><i>Ini berarti Pengobatan restorasi gigi Darurat yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu Kecelakaan yang mengharuskan Anda masuk ke Rumah Sakit selama setidaknya satu malam.</i></p> <p><i>Pengobatan gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari Kecelakaan tersebut. Manfaat ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk Pengobatan yang diperlukan akibat cedera karena kecelakaan yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika Pengobatan meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan, Kami akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Layak untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama</li> <li>• Jika implan dibutuhkan secara klinis Kami akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.</li> </ul> <p><i>Manfaat ini juga menanggung perbaikan atau rekonstruksi gigi palsu yang rusak setelah suatu Kecelakaan yang mengharuskan Tertanggung masuk ke Rumah Sakit selama satu malam, asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat Kecelakaan.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>



Benefit	Advance
<p><b>16. In-Patient Psychiatric Treatment:</b>  <i>In-Patient Treatment in a recognised Psychiatric unit of a Hospital. All Treatment must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (  )</p> <p> Full refund limited to 30 days per Period of Cover</p>
<p><b>17. Terminal Illness:</b>  <i>Palliative and Hospice Care: On diagnosis of a Terminal illness, costs for any In-Patient, Day-Patient or Out-Patient Treatment given on the advice of a Medical Practitioner or Specialist for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for Hospital or hospice accommodation, nursing care by a Qualified Nurse and prescribed Drugs and Dressings are covered.</i></p>	<p> Up to USD 50,000 lifetime limit</p>
<p><b>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</b>  <i>For planned trips up to 30 days of duration. Treatment by a Medical Practitioner or Specialist starting within 24 hours of the Emergency event, required as a result of an Accident or the sudden beginning of a severe illness resulting in a Medical Condition that presents an immediate threat to the Insured Person's health.</i>  <i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p> Accident: Full refund for Accident requiring In-Patient and Day-Patient care</p> <p> Illness: In-Patient and Day-Patient care up to USD 25,000 per Period of Cover</p> <p> Out-Patient Treatment in an Accident and Emergency Department in a Hospital up to USD 500 per Period of Cover</p>
<p><b>19. Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b>  <i>Arrangements will be made to move an Insured Person who has a critical, life-threatening Eligible Medical Condition to the nearest medical facility for the purpose of admission to Hospital as an In-Patient or Day-Patient.</i></p> <p><i>Reasonable expenses for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Transportation costs of an Insured Person in the event of Emergency Treatment and Medically Necessary transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</i></li> <li>(ii) <i>Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient.</i></li> <li>(iii) <i>Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the Hospital to visit the Insured Person following admission as an In-Patient.</i></li> <li>(iv) <i>Reasonable costs for non-Hospital Accommodation only for immediate pre and post-Hospital admission periods provided that the Insured Person is under the care of a Specialist.</i></li> </ul> <p><i>Costs of Evacuation do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.</i>  <i>Our medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the Evacuation and this Benefit will not cover travel if it is against the advice of Our medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the Eligible Medical Condition.</i></p> <p><b>Repatriation</b>  <i>An economy class airfare ticket to return the Insured Person and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of Treatment or the Insured Person's principal Country of Nationality or principal Country of Residence, as long as the journey is made within one month of completion of Treatment.</i>  <i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (  )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Full refund</li> <li>(iii)  Full refund</li> <li>(iv)  Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per Evacuation</li> </ul> <p>Pre-Authorisation (  )</p> <p> Full refund</p>
<p><b>20. Mortal Remains:</b>  <i>In the event of death from an Eligible Medical Condition, Reasonable and Customary Charges for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Costs of transportation of body or ashes of an Insured Person to his/her Country of Nationality or Country of Residence, or</i></li> <li>(ii) <i>Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</i></li> </ul>	<p>Pre-Authorisation (  )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Up to USD 10,000</li> </ul>

Manfaat	Advance
<p><b>16. Rawat Inap Penyakit Kejiwaan:</b>  <i>Pengobatan Rawat Inap di unit kejiwaan yang diakui di Rumah Sakit. Semua Pengobatan harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari psikiater yang Terdaftar.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (  )</p> <p>Pengembalian penuh yang dibatasi sampai 30 hari per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>17. Penyakit Terminal:</b>  <i>Perawatan Palliatif dan Rawat Akhir: Saat didiagnosa menderita penyakit Terminal, biaya untuk setiap Pengobatan Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan diberikan atas saran dari Praktisi Medis atau Dokter Spesialis untuk tujuan meringankan gejala secara sementara. Biaya untuk akomodasi di Rumah Sakit atau rawat akhir, asuhan keperawatan oleh Perawat Berijazah dan Obat-obatan dan Perban yang diresepkan ditanggung.</i></p>	<p> )</p> <p>Hingga batas USD 50.000 seumur hidup</p>
<p><b>18. Pertanggungungan untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat:</b>  <i>Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. Pengobatan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian Darurat, yang diperlukan sebagai akibat dari Kecelakaan atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan Kondisi Medis yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan Tertanggung.</i>  <i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p> )</p> <p>Kecelakaan: Pengembalian penuh untuk Kecelakaan yang memerlukan perawatan Rawat Inap dan Rawat Sehari</p> <p> )</p> <p>Sakit: Perawatan Rawat Inap dan Rawat Sehari hingga USD 25.000 per Masa Pertanggungungan</p> <p>Pengobatan Rawat Jalan di Bagian Kecelakaan dan Gawat Darurat di Rumah Sakit hingga USD 500 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>19. Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b>  <i>Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan Tertanggung yang memiliki Kondisi Medis kritis dan mengancam jiwa yang Memenuhi Syarat ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari.</i></p> <p><i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <p>(i) <i>Biaya transportasi dari Tertanggung dalam hal Pengobatan Darurat dan transportasi dan perawatan yang Secara Medis Diperlukan tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></p> <p>(ii) <i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari.</i></p> <p>(iii) <i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap.</i></p> <p>(iv) <i>Biaya yang wajar untuk Akomodasi non Rumah Sakit hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk Rumah Sakit asalkan Tertanggung sedang dirawat oleh Dokter Spesialis.</i></p> <p><i>Biaya Evakuasi tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.</i></p> <p><i>Penasihat medis Kami akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk Evakuasi dan Manfaat ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis Kami atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat.</i></p> <p><b>Repatriasi</b>  <i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan Tertanggung dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi Pengobatan atau Negara Kewarganegaraan utama atau Negara Tempat Tinggal utama Tertanggung, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah Pengobatan selesai.</i>  <i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (  )</p> <p>(i)  )  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  )  Pengembalian penuh</p> <p>(iii)  )  Pengembalian penuh</p> <p>(iv)  )</p> <p>Hingga USD 200 per hari hingga USD 7.500 per orang, per Evakuasi</p> <p>Pra-Otorisasi (  )  Pengembalian penuh</p>
<p><b>20. Biaya Kematian:</b>  <i>Dalam hal kematian karena Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, Biaya yang Wajar dan Layak untuk:</i></p> <p>(i) <i>Biaya transportasi jenazah atau abu Tertanggung ke Negara Kewarganegaraan atau Negara Tempat Tinggal-nya, atau</i></p> <p>(ii) <i>Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (  )</p> <p>(i)  )  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  )  Hingga USD 10.000</p>



Benefit	Advance
<p><b>21. Hospital Cash Benefit:</b></p> <p><i>This Benefit is payable for each night an Insured Person receives In-Patient Treatment and only if an Insured Person is admitted for In-Patient Treatment before midnight, and the Treatment is received free of charge that would have otherwise been Eligible for Benefit privately under this Group Plan. Cover under this Benefit is limited to a maximum of 30 nights per Period of Cover. For this Benefit exclusion 5.10 does not apply.</i></p>	<p style="text-align: center;"> USD 175 per night</p>
<p><b>22. Out-Patient Charges:</b></p> <p><i>Medical Practitioner fees including consultations; Specialist fees; Diagnostic Tests; prescribed Drugs and Dressings.</i></p> <p><i>Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this Benefit.</i></p>	<p style="text-align: center;"> Full refund</p>
<p><b>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</b></p> <p><i>Treatment costs for a Surgical Procedure performed in a surgery, Hospital, day-care facility or Out-Patient department. Any pre or post-operative consultations are payable under Benefit 22 – Out-Patient charges.</i></p>	<p style="text-align: center;"> Full refund</p>
<p><b>24. Out-Patient Psychiatric Illness:</b></p> <p><i>Out-Patient Treatment administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a Medical Practitioner or Specialist.</i></p> <p><i>This Benefit includes Treatment administered by a Psychologist subject to 10 sessions and the cost limit under this section.</i></p>	<p style="text-align: center;"> Up to USD 2,500 and subject to a maximum of 10 sessions per Period of Cover</p>
<p><b>25. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies:</b></p> <p>(i) <i>Physiotherapy by a Registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist.</i></p> <p>(ii) <i>Complementary medicine and Treatment by a therapist, when referred by a Medical Practitioner or Specialist. This Benefit extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture Treatment but excludes Physiotherapist covered in (i).</i></p> <p>(iii) <i>Out-Patient Treatment for therapies administered by a recognised traditional Chinese Medical Practitioner or an Ayurvedic Medical Practitioner.</i></p> <p><i>We do not cover charges for general chiropody or podiatry.</i></p> <p><i>For this Benefit the Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply.</i></p>	<p>(i)  Full refund up to a maximum 30 sessions per Period of Cover</p> <p>(ii) and (iii)  Full refund up to a maximum of 30 visits per Period of Cover</p> <p>Pre-Authorisation for (i), (ii) and (iii) after every 10 visits (</p>
<p><b>26. Nursing Care at Home:</b></p> <p>(i) <i>Care given by Qualified Nurse in the Insured Person's own home, which is immediately received subsequent to Treatment as an In-Patient or Day-Patient on the recommendation of a Medical Practitioner or Specialist.</i></p> <p>(ii) <i>Medical Practitioner (GP) home visits for an Emergency GP home call-out during out of normal clinic hours.</i></p>	<p>(i)  Full refund up to 45 days per Medical Condition Pre-Authorisation for (i) (</p> <p>(ii)  Not covered</p>









Manfaat	Advance
<p><b>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</b></p> <p><i>Manfaat ini dibayar selama setiap malam Tertanggung menerima Pengobatan Rawat Inap dan hanya jika Tertanggung dirawat untuk Pengobatan Rawat Inap sebelum tengah malam, dan Pengobatan diterima secara gratis yang akan dinyatakan telah Memenuhi Syarat untuk Manfaat pribadi berdasarkan Polis Grup ini. Pertanggungungan berdasarkan Manfaat ini terbatas hingga maksimum 30 malam per Masa Pertanggungungan.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">USD 175 per malam</p>
<p><b>22. Biaya Rawat Jalan:</b></p> <p><i>Biaya Praktisi Medis termasuk konsultasi; Biaya Dokter Spesialis; Tes Diagnostik; Obat-Obatan dan Perban yang diresepkan.</i></p> <p><i>Setiap konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayarkan menurut Manfaat ini.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</b></p> <p><i>Biaya Pengobatan untuk Prosedur Bedah yang dilakukan di tempat praktek dokter, Rumah Sakit, fasilitas perawatan sehari atau instalasi Rawat Jalan. Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan Manfaat 22 – biaya Rawat Jalan.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Jalan yang diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater Terdaftar jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i></p> <p><i>Manfaat ini termasuk Pengobatan yang diberikan oleh Psikolog sesuai dengan 10 sesi dan batas biaya menurut bab ini.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 2.500 dan tunduk pada jumlah maksimal 10 sesi per Masa Tanggungan</p>
<p><b>25. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif:</b></p> <p><i>(i) Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, jika dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis.</i></p> <p><i>(ii) Obat dan Pengobatan Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis. Manfaat ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan Pengobatan akupunktur selain tenaga Fisioterapi yang ditanggung di dalam butir (i).</i></p> <p><i>(iii) Pengobatan Rawat Jalan atau terapi yang dilakukan oleh Praktisi Medis tradisional Cina yang diakui atau Praktisi Medis Ayurveda.</i></p> <p><i>Kami tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.</i></p>	<p style="text-align: right;">(i) ▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh hingga maksimal 30 sesi per Masa Pertanggungungan</p> <p style="text-align: right;">(ii) dan (iii) ▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh hingga maksimal 30 kunjungan per Masa Pertanggungungan</p> <p style="text-align: right;">Pra-Otorisasi untuk (i), (ii) dan (iii) sesudah setiap 10 kunjungan (</p>
<p><b>26. Perawatan di Rumah:</b></p> <p><i>(i) Perawatan yang diberikan oleh Perawat Berijazah di rumah Tertanggung sendiri, yang segera diterima setelah Pengobatan sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari berdasarkan rekomendasi dari Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i></p> <p><i>(ii) Kunjungan ke rumah oleh Praktisi Medis (dokter umum) untuk panggilan Darurat di luar jam klinik normal.</i></p>	<p style="text-align: right;">(i) ▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh hingga 45 hari per Kondisi Medis</p> <p style="text-align: right;">Pra-Otorisasi untuk (i) (</p> <p style="text-align: right;">(ii) ▶</p> <p style="text-align: right;">Tidak ditanggung</p>

Benefit	Advance
<p><b>27. AIDS:</b></p> <p><i>Medical expenses, which arise from or are in any way related to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or HIV related illnesses, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) and/or any mutant derivative or variations thereof. As result of proven occupation Accident* or blood transfusion** . Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition, Drugs and Dressings (except experimental or those unproven), Hospital Accommodation and nursing fees.</i></p> <p><i>* For members of emergency services, medical or dental professions, laboratory assistants, pharmacist or an employee in a medical facility that provides evidence that they contracted the HIV infection accidentally while carrying out normal duties of their occupation; and they contracted the HIV infection three years after the Entry Date or Start Date, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the Insured Person's occupation; and a test showing no HIV or antibodies to such a virus was made within five days of the incident; and a positive HIV test occurred within 12 months of the reported occupational Accident.</i></p> <p><i>** As long as the blood transfusion was received as an In-Patient as part of Medically Necessary Treatment.</i></p> <p><i>Waiting Period: Cover only available after three years of continuous membership.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p>Up to USD 25,000 per Period of Cover</p>













Options to Core Benefits	Advance
<p><b>28. USA Elective Treatment:</b></p> <p><i>(i) Costs associated with Eligible In-Patient and Day-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in a Hospital listed in the Provider Network.</i></p> <p><i>(ii) Costs associated with Eligible Out-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in the Provider Network.</i></p> <p><i>Treatment that is not received in the Provider Network will be subject to a 50% Co-Insurance.</i></p>	<p>Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment (</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p>Optional</p> <p>Up to USD 1.5m per Insured Person per Period of Cover</p>
<p><b>29. Co-Insurance Out-Patient Treatment:</b></p> <p><i>A 10% Co-Insurance will apply to all Eligible Out-Patient Treatment. Should Your Plan include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and Vaccinations Benefits, any applicable Co-Insurance will be detailed in Your Benefit Schedule.</i></p> <p><i>Please note that the Co-Insurance will not apply to Treatment relating to Renal dialysis/ Renal failure, Cancer or Organ Transplants.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p>Optional</p>
<p><b>30. Co-Insurance Out-Patient Treatment Option 2:</b></p> <p><i>A 20% Co-Insurance will apply to all Eligible Out-Patient Treatment. Should Your Plan include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and Vaccinations Benefits, any applicable Co-Insurance will be detailed in Your Benefit Schedule.</i></p> <p><i>Please note that the Co-Insurance will not apply to Treatment relating to Renal dialysis/ Renal failure, Cancer or Organ Transplants.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p>Optional</p>













Manfaat	Advance
<p><b>27. AIDS:</b></p> <p><i>Biaya medis, yang timbul dari atau dengan cara apapun yang berhubungan dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau penyakit terkait HIV, termasuk Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau AIDS Related Complex (ARC) dan/atau turunan mutan atau variasinya. Akibat dari Kecelakaan kerja yang terbukti* atau transfusi darah**.</i> Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin untuk kondisi ini, Obat-Obatan dan Perban (kecuali percobaan atau yang belum terbukti), Akomodasi Rumah Sakit dan biaya keperawatan.</p> <p>* Bagi peserta layanan darurat, profesi medis atau gigi, asisten laboratorium, apoteker atau pegawai di fasilitas medis yang memberikan bukti bahwa mereka tertular infeksi HIV tanpa sengaja saat melaksanakan tugas normal dari pekerjaan mereka: dan mereka tertular infeksi HIV tiga tahun setelah Tanggal Masuk atau Tanggal Mulai, mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan Tertanggung; dan tes yang menunjukkan tidak ada HIV atau antibodi terhadap virus tersebut dilakukan dalam waktu lima hari setelah kejadian; dan tes HIV positif terjadi dalam waktu 12 bulan dari Kecelakaan kerja yang dilaporkan.</p> <p>** Asalkan transfusi darah diterima sebagai Pasien Rawat Inap sebagai bagian dari Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan.</p> <p><i>Masa Tunggu: Pertanggungannya hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (</p> <p>Hingga USD 25.000 per Masa Pertanggungannya</p>
<p><b>Pilihan untuk Manfaat Utama</b></p>	<p><b>Advance</b></p>
<p><b>28. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:</b></p> <p>(i) <i>Biaya yang terkait dengan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari yang Memenuhi Syarat di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila Pengobatan diterima di Rumah Sakit yang tercantum dalam Jaringan Penyedia.</i></p> <p>(ii) <i>Biaya yang terkait dengan Pengobatan Rawat Jalan yang Memenuhi Syarat di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila Pengobatan diterima di Jaringan Penyedia.</i></p> <p><i>Pengobatan yang tidak diterima di Jaringan Penyedia akan dikenakan Ko-Asuransi sebesar 50%.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi untuk diagnostik dan operasi Rawat Jalan, dan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari (</p> <p>Pilihan Hingga USD 1,5 jt per Tertanggung per Masa Pertanggungannya</p>
<p><b>29. Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi:</b></p> <p><i>Ko-Asuransi 10% akan berlaku bagi semua Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat. Jika Polis Grup Anda mencakup Manfaat perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar Manfaat Anda.</i></p> <p><i>Harap dicatat bahwa Ko-Asuransi tidak akan berlaku untuk Pengobatan yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, Kanker atau Transplantasi Organ.</i></p>	<p>Pilihan</p>
<p><b>30. Opsi Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi 2:</b></p> <p><i>Ko-Asuransi 20% akan berlaku untuk semua Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat. Jika Polis Grup Anda mencakup Manfaat perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar Manfaat Anda.</i></p> <p><i>Harap dicatat bahwa Ko-Asuransi tidak akan berlaku untuk Pengobatan yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, Kanker atau Transplantasi Organ.</i></p>	<p>Pilihan</p>

Additional Options for Group Plans	Advance
<p><b>31. Wellness, Optical and Vaccinations:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Wellness: This Benefit is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including Cancer screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol).</i> and/or</li> <li>(ii) <i>Optical Benefits: This Benefit also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, within the combined Benefit limits to a maximum USD 300 per Period of Cover for an optical claim.</i> <i>Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.</i> and/or</li> <li>(iii) <i>Vaccinations: Costs of drugs and consultations to administer all Medically Necessary basic immunisation and booster injections and any Medically Necessary travel Vaccinations and malaria prophylaxis.</i></li> </ul> <p><i>For this Benefit exclusion 5.10 does not apply.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;"><i>Optional For Compulsory Group Plans 3+ employees</i></p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;"><i>Combined limit Up to USD 500 per Period of Cover</i></p>
<p><b>32. Wellness, Optical and Vaccinations Option 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Wellness: This Benefit is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including Cancer screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol).</i> and/or</li> <li>(ii) <i>Optical Benefits: This Benefit also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, within the combined Benefit limits to a maximum USD 600 per Period of Cover for an optical claim.</i> <i>Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.</i> and/or</li> <li>(iii) <i>Vaccinations: Costs of drugs and consultations to administer all Medically Necessary basic immunisation and booster injections and any Medically Necessary travel Vaccinations and malaria prophylaxis.</i></li> </ul> <p><i>For this Benefit exclusion 5.10 does not apply.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;"><i>Optional For Compulsory Group Plans 3+ employees</i></p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;"><i>Combined limit Up to USD 1,000 per Period of Cover</i></p>
<p><b>33. Medical History Disregarded</b></p> <p><i>Please note that the Waiting Period does not apply to either the Maternity or Dental Care Benefits, if Medical History Disregarded is selected.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;"><i>Optional For Compulsory Group Plans 10+ employees</i></p>
<p><b>34. Dental Care:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Routine dental Treatment: Fees of a registered Dental Practitioner carrying out routine dental Treatment in a dental surgery. Routine dental Treatment means:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including x-rays where necessary,</i></li> <li>- <i>Preventative scaling, polishing, and sealing (once per year),</i></li> <li>- <i>Fillings (standard amalgams or composite fillings) and extractions, and</i></li> <li>- <i>Root-canal Treatment (but not fitting of a crown following root-canal Treatment).</i></li> </ul> <p><i>No other Treatment is covered under the routine dental Treatment Benefit.</i> <i>Waiting Period: Costs incurred within nine months from the Entry Date are excluded.</i> <i>A Co-Insurance of 20% applies.</i> <i>For this Benefit the Group Plan Deductible or Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply.</i></p> </li> <li>(ii) <i>Complex Dental Treatment: Fees of a registered Dental Practitioner and associated costs for the following procedures: Eligible complex dental Treatment: including for example: Apicoectomy done to treat the following – Fractured tooth root; A severely curved tooth root; teeth with caps or posts; Cyst or infection which is untreatable with root-canal therapy; Root perforations; New or repair of crowns, dentures, in lays and bridges. Recurrent pain and infection; Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays. Calcification; Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery.</i> <i>No other Treatment is covered under this Benefit.</i> <i>Waiting Period: Costs incurred within nine months from the Entry Date are excluded.</i> <i>A Co-Insurance of 20% applies.</i> <i>A 50% Co-Insurance applies in respect of all orthodontic Treatment.</i> <i>For this Benefit the Group Plan Deductible or Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply</i></li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;"><i>Optional For Compulsory Group Plans 10+ employees</i></p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;"><i>(i) Up to USD 500 per Period of Cover</i></p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;"><i>(ii) Up to USD 1,000 per Period of Cover</i></p>

Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Advance
<p><b>31. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi:</b></p> <p>(i) <i>Pemeriksaan Kesehatan: Manfaat ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining Kanker, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urin, kolesterol). dan/atau</i></p> <p>(ii) <i>Manfaat Optik: Manfaat ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dalam batas Manfaat yang dikombinasikan hingga maksimum USD 300 per Masa Pertanggungungan untuk klaim optik.</i> <i>Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi. dan/atau</i></p> <p>(iii) <i>Vaksinasi: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang Secara Medis Diperlukan dan setiap Vaksinasi perjalanan yang Secara Medis Diperlukan dan profilaksis malaria.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.</i></p>	<p> Pilihan</p> <p>Untuk Polis Grup Wajib 3+ karyawan</p> <p> Batas yang dikombinasikan Hingga USD 500 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>32. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi Pilihan 2:</b></p> <p>(i) <i>Pemeriksaan Kesehatan: Manfaat ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining Kanker, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urin, kolesterol). dan/atau</i></p> <p>(ii) <i>Manfaat Optik: Manfaat ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dalam batas Manfaat yang dikombinasikan hingga maksimum USD 600 per Masa Pertanggungungan untuk klaim optik.</i> <i>Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi. dan/atau</i></p> <p>(iii) <i>Vaksinasi: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang Secara Medis Diperlukan dan setiap Vaksinasi perjalanan yang Secara Medis Diperlukan dan profilaksis malaria.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.</i></p>	<p> Pilihan</p> <p>Untuk Polis Grup Wajib 3+ Karyawan</p> <p> Batas yang dikombinasikan Hingga USD 1.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>33. Pengabaian Riwayat Kesehatan:</b></p> <p><i>Harap dicatat bahwa Masa Tunggu tidak berlaku untuk Manfaat Persalinan atau Perawatan Gigi, jika Riwayat Medis Diabaikan dipilih.</i></p>	<p> Pilihan</p> <p>Untuk Polis Grup Wajib 10+ Karyawan</p>
<p><b>34. Perawatan Gigi:</b></p> <p>(i) <i>Pengobatan gigi rutin: Biaya Praktisi Gigi terdaftar yang melaksanakan Pengobatan gigi rutin di tempat praktek gigi. Pengobatan gigi rutin berarti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Skrining (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan tambal gigi, termasuk sinar-X bila diperlukan,</i></li> <li>- <i>Pembersihan karang gigi preventif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun),</i></li> <li>- <i>Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan, dan</i></li> <li>- <i>Pengobatan saluran akar (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah Pengobatan saluran akar).</i></li> </ul> <p><i>Tidak ada Pengobatan lain yang ditanggung berdasarkan Manfaat Pengobatan gigi rutin.</i></p> <p><i>Masa Tunggu: Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari Tanggal Masuk dikecualikan.</i></p> <p><i>Ko-Asuransi 20% berlaku.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini Risiko Sendiri atau Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.</i></p> <p>(ii) <i>Pengobatan Gigi Kompleks: Biaya Praktisi Gigi terdaftar dan biaya terkait untuk prosedur berikut: Pengobatan gigi kompleks yang Memenuhi Syarat: termasuk misalnya: Apikoektomi yang dilakukan untuk mengobati berikut – Fraktur akar gigi; akar gigi sangat melengkung; gigi dengan mahkota gigi tiruan; Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar; Perforasi akar; Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, inlay dan jembatan. Rasa sakit berulang dan infeksi; Gejala yang terus menerus/ang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X. Pengapuran; Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi.</i></p> <p><i>Tidak ada Pengobatan lain yang ditanggung berdasarkan Manfaat ini.</i></p> <p><i>Masa Tunggu: Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari Tanggal Masuk dikecualikan.</i></p> <p><i>Ko-Asuransi 20% berlaku.</i></p> <p><i>Ko-Asuransi 50% berlaku dalam hal Pengobatan ortodontik.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini Risiko Sendiri atau Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.</i></p>	<p> Pilihan</p> <p>Untuk Polis Grup Wajib 10+ Karyawan</p> <p> (i) Hingga USD 500 per Masa Pertanggungungan</p> <p> (ii) Hingga USD 1.000 per Masa Pertanggungungan</p>





Additional Options for Group Plans	Advance
<p><b>35. Maternity (No Co-Insurance):</b></p> <p><i>Medically Necessary costs incurred during normal Pregnancy and childbirth: childbirth costs, including pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or caesarean section.</i></p> <p><i>Paediatrician costs for the first examination/check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a Medical Practitioner or Specialist. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.</i></p> <p><i>Waiting Period: Costs incurred within 12 months from the Start Date are excluded.</i></p> <p><i>Please note, We do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice. For this Benefit exclusion 5.27 does not apply.</i></p> <p><i>The Group Plan Deductible applies to this Benefit.</i></p>	<p> Optional For Compulsory Group Plans 10+ employees</p> <p> Up to USD 8,500 limit per Period of Cover</p>
<p><b>36. Maternity (20% Co-Insurance):</b></p> <p><i>Medically Necessary costs incurred during normal Pregnancy and childbirth: childbirth costs, including pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or caesarean section.</i></p> <p><i>Paediatrician costs for the first examination/check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a Medical Practitioner or Specialist. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.</i></p> <p><i>Waiting Period: Costs incurred within 12 months from the Start Date are excluded.</i></p> <p><i>A Co-Insurance of 20% applies.</i></p> <p><i>Please note, We do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice. For this Benefit exclusion 5.27 does not apply.</i></p> <p><i>The Group Plan Deductible applies to this Benefit.</i></p>	<p> Optional For Compulsory Group Plans 10+ employees</p> <p> Up to USD 8,500 limit per Period of Cover</p>
<p><b>37. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore:</b></p> <p><i>As described in Benefit 2. i), but with a restriction to limit the Hospital Accommodation to ward or semi-private for Hospital admission in Indonesia and Singapore.</i></p> <p><i>Choosing this option means that Hospital rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. Hospital rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.</i></p>	<p> Optional</p>
<p><b>38. Removal of Dental Co-Insurance:</b></p> <p><i>No Co-Insurance will be applied to Dental Care.</i></p>	<p> Optional For Compulsory Group Plans 10+ employees</p>
<p><b>39. Extended Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p><i>Arrangements will be made to move an Insured Person who has a critical, life-threatening Eligible Medical Condition to the nearest medical facility, Country of Residence, Country of Nationality or the Insured Member's country of choice for the purpose of admission to Hospital as an In-Patient or Day-Patient.</i></p> <p><i>Reasonable expenses for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i) Transportation costs of an Insured Person in the event of Emergency Treatment and Medically Necessary transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</i></li> <li><i>(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient.</i></li> <li><i>(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the Hospital to visit the Insured Person following admission as an In-Patient.</i></li> <li><i>(iv) Reasonable costs for non-Hospital Accommodation only for immediate pre and post-Hospital admission periods provided that the Insured Person is under the care of a Specialist.</i></li> </ul> <p><i>Costs of Evacuation do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.</i></p> <p><i>The Insured Member's country of choice is subject to the availability of the appropriate medical facilities being in place. Our medical advisers will determine whether the selected country has the suitable medical facility to treat the Insured Member's Eligible Medical Condition. Our medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the Evacuation and this Benefit will not cover travel if it is against the advice of Our medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the Eligible Medical Condition.</i></p> <p><b>Repatriation</b></p> <p><i>An economy class airfare ticket to return the Insured Person and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of Treatment or the Insured Person's principal Country of Nationality or principal Country of Residence, as long as the journey is made within one month of completion of Treatment. Reasonable cost of the above will be paid in full.</i></p> <p><i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (  Optional</p> <p>(i)  Full refund</p> <p>(ii)  Full refund</p> <p>(iii)  Full refund</p> <p>(iv)  Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per Evacuation</p> <p>Pre-Authorisation (  Full refund</p>

Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Advance
<p><b>35. Persalinan (Tanpa Ko-Asuransi):</b>  <i>Biaya yang Secara Medis Diperlukan yang terjadi selama Kehamilan dan persalinan normal: biaya persalinan, termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahirkan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar.</i>  <i>Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama / pemeriksaan bayi Baru Lahir, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh Praktisi Medis atau Spesialis. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.</i>  <i>Masa Tunggu: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak Tanggal Mulai dikecualikan.</i>  <i>Harap dicatat, Kami tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.</i>  <i>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.27 tidak berlaku.</i>  <i>Risiko Sendiri pada Polis Grup tidak berlaku.</i></p>	<p> Pilihan Untuk Polis Grup Wajib 10+ Karyawan</p> <p> Hingga batas USD 8.500 per Masa Pertanggungangan</p>
<p><b>36. Persalinan (Ko-Asuransi 20%):</b>  <i>Biaya yang Secara Medis Diperlukan yang terjadi selama Kehamilan dan persalinan normal: biaya persalinan, termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahirkan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar.</i>  <i>Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama / pemeriksaan bayi Baru Lahir, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh Praktisi Medis atau Spesialis. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.</i>  <i>Masa Tunggu: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak Tanggal Mulai dikecualikan.</i>  <i>Ko-Asuransi 20% berlaku.</i>  <i>Harap dicatat, Kami tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.</i>  <i>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.27 tidak berlaku.</i>  <i>Risiko Sendiri pada Polis Grup tidak berlaku.</i></p>	<p> Pilihan Untuk Polis Grup Wajib 10+ Karyawan</p> <p> Hingga batas USD 8.500 per Masa Pertanggungangan</p>
<p><b>37. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura:</b>  <i>Seperti dijelaskan dalam Manfaat 2. i), tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi Rumah Sakit pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk Rumah Sakit di Indonesia dan Singapura.</i>  <i>Memilih pilihan ini berarti bahwa kamar Rumah Sakit akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura. Kamar Rumah Sakit di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.</i></p>	<p> Pilihan</p>
<p><b>38. Penghapusan Ko-Asuransi Perawatan Gigi:</b>  <i>Ko-Asuransi tidak berlaku pada Perawatan Gigi.</i></p>	<p> Pilihan Untuk Polis Grup Wajib 10+ Karyawan</p>
<p><b>39. Perluasan Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b>  <i>Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan Tertanggung yang memiliki Kondisi Medis kritis dan mengancam jiwa yang Memenuhi Syarat ke fasilitas medis terdekat, Negara Tempat Tinggal, Negara Kewarganegaraan atau negara Anggota Tertanggung terdekat untuk tujuan masuk ke Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari.</i>  <i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Biaya transportasi dari Tertanggung bilamana terjadi Pengobatan Darurat dan transportasi dan perawatan yang Secara Medis Diperlukan tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></li> <li>(ii) <i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari.</i></li> <li>(iii) <i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap.</i></li> <li>(iv) <i>Biaya yang wajar untuk Akomodasi non Rumah Sakit hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk Rumah Sakit asalkan Tertanggung sedang dirawat oleh Dokter Spesialis.</i></li> </ul> <p><i>Biaya Evakuasi tidak mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di Gunung, yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.</i>  <i>Negara pilihan Tertanggung bergantung pada ketersediaan fasilitas medis yang tepat di tempat (kejadian). Penasehat medis Kami akan menentukan apakah negara yang dipilih itu memiliki fasilitas medis yang cocok untuk mengobati Kondisi Medis Tertanggung yang memenuhi syarat. Penasihat medis Kami akan memutuskan metode transportasi yang paling tepat untuk Evakuasi dan Manfaat ini tidak akan menanggung perjalanan jika perjalanan ini tidak sesuai dengan saran dari penasehat medis Kami atau bilamana fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati Kondisi Medis yang memenuhi syarat.</i></p> <p><b>Repatriasi</b>  <i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan Tertanggung dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi Pengobatan atau Negara Kewarganegaraan utama atau Negara Tempat Tinggal utama Tertanggung, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah Pengobatan selesai.</i>  <i>Biaya wajar di atas akan dibayar penuh.</i>  <i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (  Pilihan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Pengembalian penuh</li> <li>(ii)  Pengembalian penuh</li> <li>(iii)  Pengembalian penuh</li> <li>(iv)  Hingga USD 200 per hari hingga USD 7.500 per orang, per Evakuasi</li> </ul> <p>Pra-Otorisasi (  Pengembalian penuh</p>










Out-Patient Per Visit Excess Options	Advance
<p><b>Out-Patient Per Visit Excess:</b>  <i>A USD 25 Out-Patient Per Visit Excess will apply when You receive Eligible Out-Patient Treatment inside and outside of the Now Health International Provider Network.</i></p> <p><i>Please note:</i>  <i>The Out-Patient Per Visit Excess does not apply to the Alternative Therapies Benefits. If Your Group Plan also includes Dental care Benefit, as detailed in Your Benefit Schedule, no Out-Patient Per Visit Excess will be applicable.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶ Optional USD 25</p>
<p><b>Out-Patient Per Visit Excess – Option 2:</b>  <i>A USD 15 Out-Patient Per Visit Excess will apply when You receive Eligible Out-Patient Treatment inside and outside the Now Health International Provider Network.</i></p> <p><i>Please note:</i>  <i>The Out-Patient Per Visit Excess does not apply to the Alternative Therapies Benefits. If Your Group Plan also includes Dental care Benefit, as detailed in Your Benefit Schedule, no Out-Patient Per Visit Excess will be applicable.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶ Optional USD 15</p>

Deductible Options	Advance
<p><b>Standard Deductible</b></p>	<p style="text-align: center;">Nil</p>
<p><b>Optional Deductible:</b></p> <p><i>Please note:</i>  <i>If You choose an optional Deductible, You must also select either a Co-Insurance Out-Patient Treatment Option or a Out-Patient Per Visit Excess Option.</i>  <i>Deductibles would apply to any Medically Necessary Treatment required under Benefit 19 and Benefit 39.</i></p>	<p style="text-align: center;">                     USD 1,000                      USD 2,500                      USD 5,000                      USD 10,000                      USD 15,000                 </p>











Opsi Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan	Advance
<p><b>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan:</b></p> <p><i>USD 25 Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan berlaku jika Anda menerima Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat di dalam dan di luar Jaringan Penyedia Now Health National.</i></p> <p><i>Harap Dicatat:</i></p> <p><i>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku pada Manfaat Terapi Alternatif. Jika Polis Grup Anda juga mencakup Manfaat perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar Manfaat Anda, Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku.</i></p>	<p></p> <p><i>Pilihan</i></p> <p><i>USD 25</i></p>
<p><b>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan Pilihan 2:</b></p> <p><i>USD 15 Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan berlaku jika Anda menerima Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat di dalam dan di luar Jaringan Penyedia Now Health National.</i></p> <p><i>Harap Dicatat:</i></p> <p><i>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku pada Manfaat Terapi Alternatif. Jika Polis Grup Anda juga mencakup Manfaat perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar Manfaat Anda, Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku.</i></p>	<p></p> <p><i>Pilihan</i></p> <p><i>USD 15</i></p>

Opsi Risiko Sendiri	Advance
<p><b>Risiko Sendiri Standar</b></p>	<p><i>Nihil</i></p>
<p><b>Risiko Sendiri Opsional:</b></p> <p><i>Harap dicatat:</i></p> <p><i>Jika Anda memilih opsi Risiko Sendiri, Anda juga harus memilih salah satu opsi dari Ko-Asuransi Rawat Jalan atau Biaya Risiko Sendiri Rawat jalan Per Kunjungan.</i></p> <p><i>Risiko Sendiri akan berlaku untuk setiap Pengobatan yang Diperlukan secara medis yang diperlukan menurut Manfaat 19 dan Manfaat 39.</i></p>	<p><i>USD 1.000</i></p> <p><i>USD 2.500</i></p> <p><i>USD 5.000</i></p> <p><i>USD 10.000</i></p> <p><i>USD 15.000</i></p>

### 4.3.3 WorldCare Excel

Benefit	Excel
<b>Annual Maximum Group Plan Limit</b> 24/7 helpline and assistance services available on all Group Plans	USD 3m
<b>1. Maintenance of Chronic Medical Conditions:</b> <i>Maintenance of chronic Medical Conditions such as but not limited to asthma, diabetes and hypertension requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, Drugs and Dressings and/or tests up to the Benefit limits following Your Entry Date. This Benefit does not cover renal failure and dialysis. Claims for this will fall under Benefit 6. Claims for Cancer will fall under Benefit 8.</i>	 Full refund
<b>2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</b> (i) <i>Charges for In-Patient or Day-Patient Treatment made by a Hospital including charges for accommodation (ward/semi-private or private); Diagnostic Tests; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a Qualified Nurse; Drugs and Dressings prescribed by a Medical Practitioner or Specialist; and surgical appliances used by the Medical Practitioner during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an In-Patient or Day-Patient and includes charges for intensive care.</i>  (ii) <i>Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an Eligible Medical Condition which required In-Patient or Day-Patient Hospital Treatment.</i>	(i)  Full refund Pre-Authorisation for (i) (
<b>3. Diagnostic Procedures:</b> <i>Medically Necessary diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans received as an In-Patient, Day-Patient or Out-Patient.</i>	Pre-Authorisation for PET (  Full refund
<b>4. Emergency Ambulance Transportation:</b> <i>Emergency road ambulance transport costs to or between Hospitals, or when considered Medically Necessary by a Medical Practitioner or Specialist.</i>	 Full refund
<b>5. Parent Accommodation:</b> <i>The cost of one parent staying in Hospital overnight with an Insured Person under 18 years old while the child is admitted as an In-Patient for Eligible Treatment.</i>	 Full refund
<b>6. Renal Failure and Renal Dialysis:</b> (i) <i>Treatment of renal failure, including renal dialysis on an In-Patient basis.</i>  (ii) <i>Treatment of renal failure, including renal dialysis on a Day-Patient or Out-Patient basis.</i>	(i)  Full refund  (ii)  Up to USD 100,000 per Period of Cover
<b>7. Organ Transplant:</b> (i) <i>Treatment for and in relation to a human organ transplant of kidney, pancreas, liver, heart, lung, bone marrow, cornea, or heart and lung, in respect of the Insured Person as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under Benefit 12 but excluded from Benefit 7 – Organ Transplant.</i>  (ii) <i>Medical costs associated with the donor as an In-Patient or Day-Patient, with the exception of the cost of the donor organ search. We only pay for transplants carried out in internationally-accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with WHO guidelines.</i>	(i)  Full refund  (ii)  Up to USD 50,000 per Period of Cover
<b>8. Cancer Treatment:</b> <i>Treatment given for Cancer received as an In-Patient, Day-Patient or Out-Patient. Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.</i>	 Full refund












### 4.3.3 WorldCare Excel

Manfaat	Excel
<b>Batas Maksimum Tahunan Polis Grup</b> <i>Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup</i>	USD 3 jt
<b>1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:</b> <i>Pemeliharaan Kondisi Medis kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan, Obat-obatan dan Perban dan/atau percobaan sampai batas Manfaat sesudah Tanggal Masuk Anda. Manfaat ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam Manfaat 6. Klaim untuk Kanker akan masuk dalam Manfaat 8.</i>	 Pengembalian penuh
<b>2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Biaya untuk Pengobatan Rawat Inap atau Rawat Sehari yang dilakukan oleh Rumah Sakit termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); Tes Diagnostik; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh Perawat Berjajah; Obat dan Perban yang diresepkan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis; dan peralatan bedah yang digunakan oleh Praktisi Medis selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra-dan pasca-operasi selama Rawat Inap atau Rawat Sehari dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.</i></li> <li>(ii) <i>Biaya Tambahan: Pembelian dan penyewaan kruk, tongkat, alat bantu berjalan dan kursi roda non-elektronik manual dalam waktu enam bulan dari Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang memerlukan Pengobatan Rawat Inap atau Rawat Sehari di Rumah Sakit.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)                 Pengembalian penuh                Pra-Otorisasi untuk (i) (</li> <li>(ii)                 Hingga USD 2.000 per Kondisi Medis</li> </ul>
<b>3. Prosedur Diagnostik:</b> <i>Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang Secara Medis Diperlukan diterima sebagai pasien Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan.</i>	Pra-Otorisasi untuk PET (  Pengembalian penuh
<b>4. Transportasi Ambulans Darurat:</b> <i>Biaya transportasi ambulans darat Darurat ke atau antar Rumah Sakit, atau bila dianggap Secara Medis Diperlukan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i>	 Pengembalian penuh
<b>5. Akomodasi Orangtua:</b> <i>Biaya satu orang tua tinggal di Rumah Sakit semalam dengan Tertanggung yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien Rawat Inap untuk Pengobatan yang Memenuhi Syarat.</i>	 Pengembalian penuh
<b>6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Inap.</i></li> <li>(ii) <i>Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Sehari atau Rawat Jalan.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)                 Pengembalian penuh</li> <li>(ii)                 Hingga USD 100.000 per Masa Pertanggung</li> </ul>
<b>7. Transplantasi Organ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Pengobatan untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan Tertanggung sebagai penerima.                Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggung akan disediakan berdasarkan Manfaat 12 tetapi dikucualikan dari Manfaat 7 – Transplantasi Organ.</i></li> <li>(ii) <i>Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien Rawat Inap atau Rawat Sehari, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.                Kami hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman WHO.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)                 Pengembalian penuh</li> <li>(ii)                 Hingga USD 50.000 per Masa Pertanggung</li> </ul>
<b>8. Pengobatan Kanker:</b> <i>Pengobatan yang diberikan untuk Kanker yang diterima sebagai pasien Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.</i>	 Pengembalian penuh

Benefit	Excel
<p><b>9. Pregnancy and Childbirth Medical Conditions:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment of an Eligible Medical Condition which arises during the antenatal stages of Pregnancy, or an Eligible Medical Condition which arises during childbirth. As an illustration We would consider Treatment of the following:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ectopic Pregnancy (where the foetus is growing outside the womb)</li> <li>• Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)</li> <li>• Retained placenta (afterbirth retained in the womb)</li> <li>• Placenta praevia</li> <li>• Eclampsia (a coma or seizure during Pregnancy and following pre-eclampsia)</li> <li>• Diabetes (If You have exclusions because of Your past medical history which relate to diabetes, then You will not be covered for any Treatment for diabetes during Pregnancy)</li> <li>• Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)</li> <li>• Miscarriage requiring immediate surgical Treatment</li> <li>• Failure to progress in labour</li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>10. New Born Cover:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an Acute Condition being suffered by a New Born baby of an Insured Person which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the New Born baby is added to the Group Plan within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.</i></p> <p><i>In circumstances where We require details of the New Born baby's medical history before the baby is being added to the Plan, We reserve the right to apply particular restrictions to the cover We will offer. Please refer to Section 6.5 - Adding New Born of this Members' Handbook for details.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 125,000 per Period of Cover</p>
<p><b>11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</b></p> <p><i>Hospital Accommodation costs relating to a New Born baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an Insured Person) while she is receiving Eligible Treatment as an In-Patient in a Hospital.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>12. Congenital Disorder:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment for a Congenital Disorder. In circumstances where a Congenital Disorder manifests itself in a New Born baby within 30 days of birth, cover for such Medical Conditions will be provided under Benefit 10 but excluded from Benefit 12 – Congenital Disorders.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 125,000 per Period of Cover</p>
<p><b>13. Reconstructive Surgery:</b></p> <p><i>Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an Accident or following a Surgical Procedure for an Eligible Medical Condition, which occurred after an Insured Person's Entry Date or Start Date whichever is later.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>14. Rehabilitation:</b></p> <p><i>On the advice of a Specialist as an integral part of Treatment for a Medical Condition necessitating admission to a recognised Rehabilitation unit of a Hospital. Where the Insured Person was confined to a Hospital as an In-Patient for at least three consecutive days, and where a Specialist confirms in writing that Rehabilitation is required. Admission to a Rehabilitation unit must be made within 14 days of discharge from Hospital. Such Treatment should be under the direct supervision and control of a Specialist and would cover:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Use of special Treatment rooms</li> <li>(ii) Physical therapy fees</li> <li>(iii) Speech therapy fees</li> <li>(iv) Occupational therapy fees</li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>15. In-Patient Emergency Dental Treatment:</b></p> <p><i>This means Emergency restorative dental Treatment required to sound, natural teeth following an Accident which necessitates Your admission to Hospital for at least one night.</i></p> <p><i>The dental Treatment must be received within 10 days of the Accident. This Benefit covers all costs incurred for Treatment made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the Treatment involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture, We will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality</li> <li>• If implants are clinically needed We will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead</li> </ul> <p><i>This Benefit also covers repair or reconstruction of dentures broken following an Accident that necessitates the Insured Person's admission to a Hospital for at least one night, provided that such dentures were being worn at the time of the Accident.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>16. In-Patient Psychiatric Treatment:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment in a recognised Psychiatric unit of a Hospital. All Treatment must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pre-Authorisation (</p> <p style="text-align: center;">Full refund limited to 30 days per Period of Cover</p>
<p><b>17. Terminal Illness:</b></p> <p><i>Palliative and Hospice Care: On diagnosis of a Terminal Illness, costs for any In-Patient, Day-Patient or Out-Patient Treatment given on the advice of a Medical Practitioner or Specialist for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for Hospital or hospice accommodation, nursing care by a Qualified Nurse and prescribed Drugs and Dressings are covered.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 75,000 lifetime limit</p>










Manfaat	Excel
<p><b>9. Kondisi Medis Kehamilan dan Persalinan:</b>  <i>Pengobatan Rawat Inap untuk Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang timbul selama tahapan antenatal Kehamilan, atau Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang timbul saat melahirkan. Sebagai gambaran, Kami akan mempertimbangkan Pengobatan berikut:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehamilan ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)</li> <li>• Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)</li> <li>• Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)</li> <li>• Plasenta previa</li> <li>• Eklampsia (koma atau kejang selama Kehamilan dan setelah pre-eklampsia)</li> <li>• Diabetes (jika Anda memiliki pengecualian karena riwayat medis Anda di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka Anda tidak akan ditanggung untuk setiap Pengobatan untuk diabetes selama Kehamilan)</li> <li>• Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)</li> <li>• Keguguran yang membutuhkan Pengobatan bedah segera</li> <li>• Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan</li> </ul>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>10. Pertanggungjawaban untuk Bayi Baru Lahir:</b>  <i>Pengobatan Rawat Inap untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau Kondisi Akut yang diderita oleh bayi Baru Lahir dari Tertanggung yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi Baru Lahir ditambahkan ke dalam Polis Grup dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungjawaban untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.</i>  <i>Bilamana Kami meminta rincian tentang riwayat kesehatan Bayi Baru Lahir sebelum bayi ditambahkan ke dalam Polis, Kami berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungjawaban yang akan Kami tawarkan.</i>  <i>Untuk rinciannya, Silahkan lihat Bab 6.5 - Menambahkan Bayi Baru Lahir dari Buku Panduan Peserta ini.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 125.000 per Masa Pertanggungjawaban</p>
<p><b>11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:</b>  <i>Biaya Akomodasi Rumah Sakit yang berkaitan dengan bayi Baru Lahir (sampai umur 16 minggu) untuk menemani ibunya (yang menjadi Tertanggung) saat ia mendapat Pengobatan yang Memenuhi Syarat sebagai Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>12. Kelainan Bawaan:</b>  <i>Pengobatan Rawat Inap untuk Kelainan Bawaan. Dalam keadaan di mana Kelainan Bawaan muncul pada bayi Baru Lahir dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungjawaban untuk Kondisi Medis tersebut akan diberikan berdasarkan Manfaat 10 tetapi dikecualikan dari Manfaat 12 – Kelainan Bawaan.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 125.000 per Masa Pertanggungjawaban</p>
<p><b>13. Bedah Rekonstruksi:</b>  <i>Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah Kecelakaan atau sesudah Prosedur Bedah untuk Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, yang terjadi setelah Tanggal Masuk atau Tanggal Mulai Tertanggung yang mana yang paling akhir.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>14. Rehabilitasi:</b>  <i>Atas saran dari Dokter spesialis sebagai bagian integrasi dari Pengobatan untuk Kondisi Medis yang memerlukan masuk ke unit Rehabilitasi Rumah Sakit yang diakui. Bila Tertanggung dirawat di Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila Dokter Spesialis menegaskan secara tertulis bahwa Rehabilitasi diperlukan. Masuk ke unit Rehabilitasi harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar Rumah Sakit. Pengobatan tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung Dokter Spesialis dan akan mencakup:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penggunaan kamar Pengobatan khusus</li> <li>Biaya terapi fisik</li> <li>Biaya terapi wicara</li> <li>Biaya terapi okupasi</li> </ol>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</b>  <i>Ini berarti Pengobatan restorasi gigi Darurat yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu Kecelakaan yang mengharuskan Anda masuk ke Rumah Sakit selama setidaknya satu malam. Pengobatan gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari Kecelakaan tersebut. Manfaat ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk Pengobatan yang diperlukan akibat cedera karena kecelakaan yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika Pengobatan meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisam atau gigi tiruan, Kami akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Umum untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.</li> <li>• Jika implan dibutuhkan secara klinis Kami akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.</li> </ul> <p><i>Manfaat ini juga menanggung perbaikan atau rekonstruksi gigi palsu yang rusak setelah suatu Kecelakaan yang mengharuskan Tertanggung masuk ke Rumah Sakit selama satu malam, asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat Kecelakaan.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>16. Rawat Inap Penyakit Kejiwaan:</b>  <i>Pengobatan Rawat Inap di unit kejiwaan yang diakui di Rumah Sakit. Semua Pengobatan harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater yang Terdaftar.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pra-Otorisasi (Pengembalian penuh yang dibatasi sampai 30 hari per Masa Pertanggungjawaban)</p>
<p><b>17. Penyakit Terminal:</b>  <i>Perawatan Palliatif dan Rawat Akhir: Saat didiagnosa menderita penyakit Terminal, biaya untuk setiap Pengobatan Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan diberikan atas saran dari Praktisi Medis atau Dokter Spesialis untuk tujuan meringankan gejala secara sementara. Biaya untuk akomodasi di Rumah Sakit atau rawat akhir, asuhan keperawatan oleh Perawat Berjijazah dan Obat-obatan dan Perban yang diresepkan ditanggung.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga batas USD 75.000 seumur hidup</p>



Benefit	Excel
<p><b>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</b></p> <p><i>For planned trips up to 30 days of duration. Treatment by a Medical Practitioner or Specialist starting within 24 hours of the Emergency event, required as a result of an Accident or the sudden beginning of a severe illness resulting in a Medical Condition that presents an immediate threat to the Insured Person's health.</i></p> <p><i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p> Accident: Full refund for Accident requiring In-Patient and Day-Patient care</p> <p> Illness: In-Patient and Day-Patient care up to USD 35,000 per Period of Cover</p> <p>Out-Patient Treatment in an Accident and Emergency Department in a Hospital up to USD 500 per Period of Cover</p>
<p><b>19. Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p><i>Arrangements will be made to move an Insured Person who has a critical, life-threatening Eligible Medical Condition to the nearest medical facility for the purpose of admission to Hospital as an In-Patient or Day-Patient.</i></p> <p><i>Reasonable expenses for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i) Transportation costs of an Insured Person in the event of Emergency Treatment and Medically Necessary transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</i></li> <li><i>(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient.</i></li> <li><i>(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the Hospital to visit the Insured Person following admission as an In-Patient.</i></li> <li><i>(iv) Reasonable costs for non-Hospital Accommodation only for immediate pre and post-Hospital admission periods provided that the Insured Person is under the care of a Specialist.</i></li> </ul> <p><i>Costs of Evacuation do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.</i></p> <p><i>Our medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the Evacuation and this Benefit will not cover travel if it is against the advice of Our medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the Eligible Medical Condition.</i></p> <p><b>Repatriation</b></p> <p><i>An economy class airfare ticket to return the Insured Person and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of Treatment or the Insured Person's principal Country of Nationality or principal Country of Residence, as long as the journey is made within one month of completion of Treatment.</i></p> <p><i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i)</i>  Full refund</li> <li><i>(ii)</i>  Full refund</li> <li><i>(iii)</i>  Full refund</li> <li><i>(iv)</i>  Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per Evacuation</li> </ul> <p>Pre-Authorisation (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Full refund</li> </ul>
<p><b>20. Mortal Remains:</b></p> <p><i>In the event of death from an Eligible Medical Condition, Reasonable and Customary Charges for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i) Costs of transportation of body or ashes of an Insured Person to his/her Country of Nationality or Country of Residence, or</i></li> <li><i>(ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</i></li> </ul>	<p>Pre-Authorisation (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i)</i>  Full refund</li> <li><i>(ii)</i>  Up to USD 15,000</li> </ul>
<p><b>21. Hospital Cash Benefit:</b></p> <p><i>This Benefit is payable for each night an Insured Person receives In-Patient Treatment and only if an Insured Person is admitted for In-Patient Treatment before midnight, and the Treatment is received free of charge that would have otherwise been Eligible for Benefit privately under this Group Plan. Cover under this Benefit is limited to a maximum of 30 nights per Period of Cover.</i></p> <p><i>For this Benefit exclusion 5.10 does not apply.</i></p>	<p> USD 225 per night</p>
<p><b>22. Out-Patient Charges:</b></p> <p><i>Medical Practitioner fees including consultations; Specialist fees; Diagnostic Tests; prescribed Drugs and Dressings.</i></p> <p><i>Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this Benefit.</i></p>	<p> Full refund</p>

Manfaat	Excel
<p><b>18. Pertanggungjawaban untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat:</b>  <i>Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. Pengobatan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian Darurat, yang diperlukan sebagai akibat dari Kecelakaan atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan Kondisi Medis yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan Tertanggung.</i>  <i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p>▶ Kecelakaan: Pengembalian penuh untuk Kecelakaan yang memerlukan perawatan Rawat Inap dan Rawat Sehari</p> <p>▶ Sakit: Perawatan Rawat Inap dan Rawat Sehari hingga USD 35.000 per Masa Pertanggungjawaban</p> <p>Pengobatan Rawat Jalan di Bagian Kecelakaan dan Gawat Darurat di Rumah Sakit hingga USD 500 per Masa Pertanggungjawaban</p>
<p><b>19. Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b>  <i>Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan Tertanggung yang memiliki Kondisi Medis kritis dan mengancam jiwa yang Memenuhi Syarat ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari.</i>  <i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <p>(i) <i>Biaya transportasi dari Tertanggung dalam hal Pengobatan Darurat dan transportasi dan perawatan yang Secara Medis Diperlukan tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></p> <p>(ii) <i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari.</i></p> <p>(iii) <i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap.</i></p> <p>(iv) <i>Biaya yang wajar untuk Akomodasi non Rumah Sakit hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk Rumah Sakit asalkan Tertanggung sedang dirawat oleh Dokter Spesialis.</i></p> <p><i>Biaya Evakuasi tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa. Penasihat medis Kami akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk Evakuasi dan Manfaat ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis Kami atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat.</i></p> <p><b>Repatriasi</b>  <i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan Tertanggung dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi Pengobatan atau Negara Kebangsaan utama atau Negara Tempat Tinggal utama Tertanggung, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah Pengobatan selesai.</i>  <i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (</p> <p>(i) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>(ii) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>(iii) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>(iv) ▶ Hingga USD 200 per hari hingga USD 7.500 per orang, per Evakuasi</p> <p>Pra-Otorisasi (</p> <p>▶ Pengembalian penuh</p>
<p><b>20. Biaya Kematian:</b>  <i>Dalam hal kematian karena Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, Biaya yang Wajar dan Layak untuk:</i></p> <p>(i) <i>Biaya transportasi jenazah atau abu Tertanggung ke Negara Kewarganegaraan atau Negara Tempat Tinggal-nya, atau</i></p> <p>(ii) <i>Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (</p> <p>(i) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>(ii) ▶ Hingga USD 15.000</p>
<p><b>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</b>  <i>Manfaat ini dibayar selama setiap malam Tertanggung menerima Pengobatan Rawat Inap dan hanya jika Tertanggung dirawat untuk Pengobatan Rawat Inap sebelum tengah malam, dan Pengobatan diterima secara gratis yang akan dinyatakan telah Memenuhi Syarat untuk Manfaat pribadi berdasarkan Polis Grup ini. Pertanggungjawaban berdasarkan Manfaat ini terbatas hingga maksimum 30 malam per Masa Pertanggungjawaban.</i>  <i>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.</i></p>	<p>▶ USD 225 per malam</p>
<p><b>22. Biaya Rawat Jalan:</b>  <i>Biaya Praktisi Medis termasuk konsultasi: Biaya Dokter Spesialis; Tes Diagnostik; Obat-Obatan dan Perban yang diresepkan.</i>  <i>Konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayar menurut Manfaat ini.</i></p>	<p>▶ Pengembalian penuh</p>












Benefit	Excel
<p><b>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</b>  <i>Treatment costs for a Surgical Procedure performed in a surgery, Hospital, day-care facility or Out-Patient department. Any pre or post-operative consultations are payable under Benefit 22 – Out-Patient charges.</i></p>	<p style="text-align: center;"> Full refund</p>
<p><b>24. Out Patient Psychiatric Illness:</b>  <i>Out-Patient Treatment administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a Medical Practitioner or Specialist.  This Benefit includes Treatment administered by a Psychologist subject to 10 sessions and the cost limit under this section.</i></p>	<p style="text-align: center;"> Up to USD 5,000 and subject to a maximum of 10 sessions per Period of Cover</p>
<p><b>25. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies:</b></p> <p>(i) <i>Physiotherapy by a Registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist.</i></p> <p>(ii) <i>Complementary medicine and Treatment by a therapist, when referred by a Medical Practitioner or Specialist. This Benefit extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture Treatment but excludes Physiotherapist covered in (i).</i></p> <p>(iii) <i>Out-Patient Treatment for therapies administered by a recognised traditional Chinese Medical Practitioner or an Ayurvedic Medical Practitioner.</i></p> <p><i>We do not cover charges for general chiropody or podiatry.  For this Benefit the Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply.</i></p>	<p>(i)  Full refund</p> <p>(ii) and (iii)  Full refund</p> <p>Pre-Authorisation for (i), (ii) and (iii) after every 10 sessions (</p>
<p><b>26. Nursing Care at Home:</b></p> <p>(i) <i>Care given by Qualified Nurse in the Insured Person's own home, which is immediately received subsequent to Treatment as an In-Patient or Day-Patient on the recommendation of a Medical Practitioner or Specialist.</i></p> <p>(ii) <i>Medical Practitioner (GP) home visits for an Emergency GP home call-out during out of normal clinic hours.</i></p>	<p>(i)  Full refund up to 60 days per Medical Condition Pre-Authorisation for (i) (</p> <p>(ii)  Not Covered</p>
<p><b>27. AIDS:</b></p> <p><i>Medical expenses, which arise from or are in any way related to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or HIV related illnesses, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) and/or any mutant derivative or variations thereof. As result of proven occupational Accident* or blood transfusion**. Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition, Drugs and Dressings (except experimental or those unproven), Hospital Accommodation and nursing fees.</i></p> <p>* <i>For members of emergency services, medical or dental professions, laboratory assistants, pharmacist or an employee in a medical facility that provides evidence that they contracted the HIV infection accidentally while carrying out normal duties of their occupation; and they contracted the HIV infection three years after the Entry Date or Start Date, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the Insured Person's occupation; and a test showing no HIV or antibodies to such a virus was made within five days of the incident; and a positive HIV test occurred within 12 months of the reported occupational Accident.</i></p> <p>** <i>As long as the blood transfusion was received as an In-Patient as part of Medically Necessary Treatment.</i></p> <p><i>Waiting Period: Cover only available after three years of continuous membership.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (</p> <p style="text-align: center;"> Up to USD 40,000 per Period of Cover</p>
<p><b>28. Dental Care:</b></p> <p>(i) <i>Routine dental Treatment: Fees of a registered Dental Practitioner carrying out routine dental Treatment in a dental surgery. Routine dental Treatment means:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including x-rays where necessary,</i></li> <li>– <i>Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year),</i></li> <li>– <i>Fillings (standard amalgam or composite fillings) and extractions, and</i></li> <li>– <i>Root-canal Treatment (but not the fitting of a crown following root-canal Treatment).</i></li> </ul> <p><i>No other Treatment is covered under the routine dental Treatment Benefit.  Waiting Period: Costs incurred within nine months from the Entry Date are excluded.  A Co-Insurance of 20% applies.  For this Benefit the Group Plan Deductible or Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply.</i></p> <p>(ii) <i>Complex Dental Treatment: Fees of a registered Dental Practitioner and associated costs for the following procedures: Eligible complex dental Treatment: including for example, Apicoectomy done to treat the following – Fractured tooth root; A severely curved tooth root; Teeth with caps or posts; Cyst or infection which is untreatable with root canal therapy; Root perforations; New or repair of crowns, dentures, in lays and bridges. Recurrent pain and infection; Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays. Calcification; Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery.  No other Treatment is covered by this Benefit.  Waiting Period: Costs incurred within nine months from the Entry Date are excluded.  A Co-Insurance of 20% applies.  A 50% Co-Insurance applies in respect of all orthodontic Treatment.  For this Benefit the Group Plan Deductible or Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply.</i></p>	<p>(i)  Up to USD 1,000 per Period of Cover</p> <p>(ii)  Up to USD 2,000 per Period of Cover</p>










Manfaat	Excel
<p><b>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</b>  <i>Biaya Pengobatan untuk Prosedur Bedah yang dilakukan di tempat praktek dokter, Rumah Sakit, fasilitas perawatan sehari atau instalasi Rawat Jalan. Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan Manfaat 22 – biaya Rawat Jalan.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</b>  <i>Pengobatan Rawat Jalan yang diberikan di bawah kendali langsung dari Psikiater Terdaftar jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.            Manfaat ini termasuk Pengobatan yang diberikan oleh Psikolog sesuai dengan 10 sesi dan batas biaya menurut bab ini</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga USD 5.000 dan tunduk pada jumlah maksimal 10 sesi per Masa Pertanggung</p>
<p><b>25. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif:</b></p> <p>(i) <i>Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, jika dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis.</i></p> <p>(ii) <i>Obat dan Pengobatan Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis. Manfaat ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan Pengobatan akupunktur selain tenaga Fisioterapi yang ditanggung di dalam butir (i).</i></p> <p>(iii) <i>Pengobatan Rawat Jalan atau terapi yang dilakukan oleh Praktisi Medis tradisional Cina yang diakui atau Praktisi Medis Ayurveda.</i></p> <p><i>Kami tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum.            Untuk Manfaat ini Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.</i></p>	<p>(i) ▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p> <p>(ii) dan (iii) ▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p> <p style="text-align: center;">Pra-Otorisasi untuk (i), (ii) dan (iii) sesudah setiap 10 kunjungan (</p>
<p><b>26. Perawatan di Rumah:</b></p> <p>(i) <i>Perawatan yang diberikan oleh Perawat Berjajazah di rumah Tertanggung sendiri, yang segera diterima setelah Pengobatan sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari berdasarkan rekomendasi dari Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i></p> <p>(ii) <i>Kunjungan ke rumah oleh Praktisi Medis untuk panggilan Darurat di luar jam klinik normal.</i></p>	<p>(i) ▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh hingga 60 hari per Kondisi Medis</p> <p style="text-align: center;">Pra-Otorisasi untuk (i) (</p> <p>(ii) ▶</p> <p style="text-align: center;">Tidak ditanggung</p>
<p><b>27. AIDS:</b>  <i>Biaya medis, yang timbul dari atau dengan cara apapun yang berhubungan dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau penyakit terkait HIV, termasuk Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau AIDS Related Complex (ARC) dan/atau turunan mutan atau variasinya. Akibat dari Kecelakaan kerja yang terbukti* atau transfusi darah**.</i> Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin untuk kondisi ini, Obat-Obatan dan Perban (kecuali percobaan atau yang belum terbukti), Akomodasi Rumah Sakit dan biaya keperawatan.</p> <p>* <i>Bagi peserta layanan darurat, profesi medis atau gigi, asisten laboratorium, apoteker atau pegawai di fasilitas medis yang memberikan bukti bahwa mereka tertular infeksi HIV tanpa sengaja saat melaksanakan tugas normal dari pekerjaan mereka; dan mereka tertular infeksi HIV tiga tahun setelah Tanggal Masuk atau Tanggal Mulai, mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan Tertanggung; dan tes yang menunjukkan tidak ada HIV atau antibodi terhadap virus tersebut dilakukan dalam waktu lima hari setelah kejadian; dan tes HIV positif terjadi dalam waktu 12 bulan dari Kecelakaan kerja yang dilaporkan.</i></p> <p>** <i>Asalkan transfusi darah diterima sebagai Pasien Rawat Inap sebagai bagian dari Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan.</i></p> <p><i>Masa Tunggu: Pertanggung hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.</i></p>	<p style="text-align: center;">Pra-Otorisasi (</p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga USD 40.000 per Masa Pertanggung</p>
<p><b>28. Perawatan Gigi:</b></p> <p>(i) <i>Pengobatan gigi rutin: Biaya Praktisi Gigi terdaftar yang melaksanakan Pengobatan gigi rutin di tempat praktek gigi. Pengobatan gigi rutin berarti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Skrining (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan gigi tambalan, termasuk sinar-X bila diperlukan,</i></li> <li>- <i>Pembersihan karang gigi preventif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun),</i></li> <li>- <i>Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan, dan</i></li> <li>- <i>Pengobatan saluran akar (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah Pengobatan saluran akar).</i></li> </ul> <p><i>Tidak ada Pengobatan lain yang ditanggung berdasarkan Manfaat Pengobatan gigi rutin.</i></p> <p><i>Masa Tunggu: Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari Tanggal Masuk dikecualikan.</i></p> <p><i>Ko-Asuransi 20% berlaku.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini Risiko Sendiri atau Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.</i></p> <p>(ii) <i>Pengobatan Gigi Kompleks: Biaya Praktisi Gigi terdaftar dan biaya terkait untuk prosedur berikut: Pengobatan gigi kompleks yang Memenuhi Syarat: termasuk misalnya: Apikoektomi yang dilakukan untuk mengobati berikut – Fraktur akar gigi; akar gigi sangat melengkung; gigi dengan mahkota gigi tiruan; Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar; Perforasi akar; Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, inlay dan jembatan gigi. Rasa sakit berulang dan infeksi; Gejala terus menerus yang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X. Pengapuran; Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi.</i></p> <p><i>Tidak ada Pengobatan lain yang ditanggung berdasarkan Manfaat ini.</i></p> <p><i>Masa Tunggu: Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari Tanggal Masuk dikecualikan.</i></p> <p><i>Ko-Asuransi 20% berlaku.</i></p> <p><i>Ko-Asuransi 50% berlaku dalam hal Pengobatan ortodontik.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini Risiko Sendiri atau Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.</i></p>	<p>(i) ▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga USD 1.000 per Masa Pertanggung</p> <p>(ii) ▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga USD 2.000 per Masa Pertanggung</p>



Options to Core Benefits	Excel
<p><b>29. USA Elective Treatment:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Costs associated with Eligible In-Patient and Day-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in a Hospital listed in the Provider Network.</li> <li>(ii) Costs associated with Eligible Out-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in the Provider Network.</li> </ul> <p>Treatment that is not received in the Provider Network will be subject to a 50% Co-Insurance.</p>	<p>Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment (</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p>Optional</p> <p>Up to USD 1.5m per Insured Person per Period of Cover</p>
<p><b>30. Co-Insurance Out-Patient Treatment:</b></p> <p>A 10% Co-Insurance will apply to all Eligible Out-Patient Treatment. Should Your Plan include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and Vaccinations Benefits, any applicable Co-Insurance will be detailed in Your Benefit Schedule.</p> <p>Please note that the Co-Insurance will not apply to Treatment relating to Renal dialysis/ Renal failure, Cancer or Organ Transplants.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p>Optional</p>
<p><b>31. Co-Insurance Out-Patient Treatment Option 2:</b></p> <p>A 20% Co-Insurance will apply to all Eligible Out-Patient Treatment. Should Your Plan include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and Vaccinations Benefits, any applicable Co-Insurance will be detailed in Your Benefit Schedule.</p> <p>Please note that the Co-Insurance will not apply to Treatment relating to Renal dialysis/ Renal failure, Cancer or Organ Transplants.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p>Optional</p>
Additional Options for Group Plans	Excel
<p><b>32. Maternity:</b></p> <p>Medically Necessary costs incurred during normal Pregnancy and childbirth: childbirth costs, including pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a Medical Practitioner or Specialist. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.</p> <p>Waiting Period: Costs incurred within 12 months from the Start Date are excluded.</p> <p>Please note, We do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.</p> <p>For this Benefit exclusion 5.27 does not apply.</p> <p>The Group Plan Deductible would apply to the Benefit.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p>Optional</p> <p>Compulsory Group Plans 10+ employees</p> <p>Up to USD 12,500 limit per Period of Cover</p>
<p><b>33. Wellness, Optical and Vaccinations:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Wellness: This Benefit is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including Cancer screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol).</li> <li>and/or</li> <li>(ii) Optical Benefits: This Benefit also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, within the combined Benefit limits to a maximum USD 300 per Period of Cover for an optical claim. Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.</li> <li>and/or</li> <li>(iii) Vaccinations: Costs of drugs and consultations to administer all Medically Necessary basic immunisation and booster injections and any Medically Necessary travel Vaccinations and malaria prophylaxis.</li> </ul> <p>For this Benefit exclusion 5.10 does not apply.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p>Optional</p> <p>For Compulsory Group Plans 3+ employees</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p>Combined limit Up to USD 500 per Period of Cover</p>
<p><b>34. Wellness, Optical and Vaccinations Option 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Wellness: This Benefit is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including Cancer screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol).</li> <li>and/or</li> <li>(ii) Optical Benefits: This Benefit also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, within the combined Benefit limits to a maximum USD 600 per Period of Cover for an optical claim. Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.</li> <li>and/or</li> <li>(iii) Vaccinations: Costs of drugs and consultations to administer all Medically Necessary basic immunisation and booster injections and any Medically Necessary travel Vaccinations and malaria prophylaxis.</li> </ul> <p>For this Benefit exclusion 5.10 does not apply.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p>Optional</p> <p>For Compulsory Group Plans 3+ employees</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p>Combined limit Up to USD 1,000 per Period of Cover</p>

Pilihan untuk Manfaat Utama	Excel
<p><b>29. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:</b></p> <p>(i) Biaya yang terkait dengan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari yang Memenuhi Syarat di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila Pengobatan diterima di Rumah Sakit yang tercantum dalam Jaringan Penyedia.</p> <p>(ii) Biaya yang terkait dengan Pengobatan Rawat Jalan yang Memenuhi Syarat di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila Pengobatan diterima di Jaringan Penyedia.</p> <p>Pengobatan yang tidak diterima di Jaringan Penyedia akan dikenakan Ko-Asuransi sebesar 50%.</p>	<p>Pra-Otorisasi untuk diagnostik dan operasi Rawat Jalan, Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari (</p> <p>▶</p> <p>Pilihan Hingga USD 1,5 jt per Tertanggung per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>30. Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi:</b></p> <p>Ko-Asuransi 10% akan berlaku bagi semua Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat. Jika Polis Grup Anda mencakup Manfaat perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar Manfaat Anda.</p> <p>Harap dicatat bahwa Ko-Asuransi tidak akan berlaku untuk Pengobatan yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, Kanker atau Transplantasi Organ.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>
<p><b>31. Opsi Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi 2:</b></p> <p>Ko-Asuransi 20% akan berlaku untuk semua Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat. Jika Polis Grup Anda mencakup Manfaat perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar Manfaat Anda.</p> <p>Harap dicatat bahwa Ko-Asuransi tidak akan berlaku untuk Pengobatan yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, Kanker atau Transplantasi Organ.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>
Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Excel
<p><b>32. Persalinan:</b></p> <p>Biaya yang Secara Medis Diperlukan yang terjadi selama Kehamilan dan persalinan normal: biaya persalinan, termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahirkan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama/pemeriksaan bayi Baru Lahir, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh Praktisi Medis atau Spesialis. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.</p> <p>Masa Tunggu: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak Tanggal Mulai dikecualikan.</p> <p>Harap dicatat, Kami tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.27 tidak berlaku.</p> <p>Risiko Sendiri pada Polis Grup tidak berlaku.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan Untuk Polis Grup Wajib 10+ Karyawan</p> <p>Hingga batas USD 12.500 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>33. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi:</b></p> <p>(i) Pemeriksaan Kesehatan: Manfaat ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining Kanker, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol), dan/atau</p> <p>(ii) Manfaat Optikal: Manfaat ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dalam batas Manfaat yang dikombinasikan hingga maksimum USD 300 per Masa Pertanggungungan untuk klaim optik.</p> <p>Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi dan/atau</p> <p>(iii) Vaksinasi: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang Secara Medis Diperlukan dan setiap Vaksinasi perjalanan yang Secara Medis Diperlukan dan profilaksis malaria.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan Untuk Polis Grup Wajib 3+ Karyawan</p> <p>▶</p> <p>Batas yang dikombinasikan Hingga USD 500 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>34. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi Opsi 2:</b></p> <p>(i) Pemeriksaan Kesehatan: Manfaat ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining Kanker, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol), dan/atau</p> <p>(ii) Manfaat Optikal: Manfaat ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dalam batas Manfaat yang dikombinasikan hingga maksimum USD 600 per Masa Pertanggungungan untuk klaim optik.</p> <p>Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi dan/atau</p> <p>(iii) Vaksinasi: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang Secara Medis Diperlukan dan setiap Vaksinasi perjalanan yang Secara Medis Diperlukan dan profilaksis malaria.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan Untuk Polis Grup Wajib 3+ Karyawan</p> <p>▶</p> <p>Batas yang dikombinasikan Hingga USD 1.000 per Masa Pertanggungungan</p>

Additional Options for Group Plans	Excel
<p><b>35. Medical History Disregarded:</b></p> <p><i>Please note that the Waiting Period does not apply to either the Maternity or Dental Care Benefits, if Medical History Disregarded is selected.</i></p>	<p> Optional Compulsory Group Plans 10+ employees</p>
<p><b>36. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore:</b></p> <p><i>As described in Benefit 2. i), but with a restriction to limit the Hospital Accommodation to ward or semi-private for Hospital admission in Indonesia and Singapore.</i></p> <p><i>Choosing this option means that Hospital rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. Hospital rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.</i></p>	<p> Optional</p>
<p><b>37. Removal of Dental Co-Insurance:</b></p> <p><i>No Co-Insurance will be applied to Dental Care.</i></p>	<p> Optional For Compulsory Group Plans 10+ employees</p>
<p><b>38. Extended Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p><i>Arrangements will be made to move an Insured Person who has a critical, life-threatening Eligible Medical Condition to the nearest medical facility, Country of Residence, Country of Nationality or the Insured Member's country of choice for the purpose of admission to Hospital as an In-Patient or Day-Patient.</i></p> <p><i>Reasonable expenses for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i) Transportation costs of an Insured Person in the event of Emergency Treatment and Medically Necessary transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</i></li> <li><i>(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient.</i></li> <li><i>(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the Hospital to visit the Insured Person following admission as an In-Patient.</i></li> <li><i>(iv) Reasonable costs for non-Hospital Accommodation only for immediate pre and post-Hospital admission periods provided that the Insured Person is under the care of a Specialist.</i></li> </ul> <p><i>Costs of Evacuation do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.</i></p> <p><i>The Insured Member's country of choice is subject to the availability of the appropriate medical facilities being in place. Our medical advisers will determine whether the selected country has the suitable medical facility to treat the Insured Member's Eligible Medical Condition. Our medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the Evacuation and this Benefit will not cover travel if it is against the advice of Our medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the Eligible Medical Condition.</i></p> <p><b>Repatriation</b></p> <p><i>An economy class airfare ticket to return the Insured Person and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of Treatment or the Insured Person's principal Country of Nationality or principal Country of Residence, as long as the journey is made within one month of completion of Treatment. Reasonable cost of the above will be paid in full.</i></p> <p><i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (  Optional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i)</i>  Full refund</li> <li><i>(ii)</i>  Full refund</li> <li><i>(iii)</i>  Full refund</li> <li><i>(iv)</i>  Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per Evacuation</li> </ul> <p>Pre-Authorisation (  Full refund</p>





Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Excel
<p><b>35. Pengabaian Riwayat Kesehatan:</b></p> <p><i>Harap dicatat bahwa Masa Tunggu tidak berlaku untuk Manfaat Persalinan atau Perawatan Gigi, jika Riwayat Medis Diabaikan dipilih.</i></p>	<p></p> <p>Pilihan Untuk Polis Grup Wajib 10+ Karyawan</p>
<p><b>36. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura:</b></p> <p><i>Seperti dijelaskan dalam Manfaat 2. I), tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi Rumah Sakit pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk Rumah Sakit di Indonesia dan Singapura.</i></p> <p><i>Memilih opsi ini berarti bahwa kamar Rumah Sakit akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura. Kamar Rumah Sakit di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.</i></p>	<p></p> <p>Pilihan</p>
<p><b>37. Penghapusan Ko-Asuransi Perawatan Gigi:</b></p> <p><i>Ko-Asuransi tidak berlaku pada Perawatan Gigi.</i></p>	<p></p> <p>Pilihan Untuk Polis Grup Wajib 10+ Karyawan</p>
<p><b>38. Perluasan Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b></p> <p><i>Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan Tertanggung yang memiliki Kondisi Medis kritis dan mengancam jiwa yang Memenuhi Syarat ke fasilitas medis terdekat, Negara Tempat Tinggal, Negara Kewarganegaraan atau negara Anggota Tertanggung terdekat untuk tujuan masuk ke Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari.</i></p> <p><i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <p>(i) <i>Biaya transportasi dari Tertanggung bilamana terjadi Pengobatan Darurat dan transportasi dan perawatan yang Secara Medis Diperlukan tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></p> <p>(ii) <i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari.</i></p> <p>(iii) <i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap.</i></p> <p>(iv) <i>Biaya yang wajar untuk Akomodasi non Rumah Sakit hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk Rumah Sakit asalkan Tertanggung sedang dirawat oleh Dokter Spesialis.</i></p> <p><i>Biaya Evakuasi tidak mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di Gunung, yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.</i></p> <p><i>Negara pilihan Tertanggung bergantung pada ketersediaan fasilitas medis yang tepat di tempat (kejadian). Penasehat medis Kami akan menentukan apakah negara yang dipilih itu memiliki fasilitas medis yang cocok untuk mengobati Kondisi Medis Tertanggung yang memenuhi syarat. Penasihat medis Kami akan memutuskan metode transportasi yang paling tepat untuk evakuasi dan Manfaat ini tidak akan menanggung perjalanan jika perjalanan ini tidak sesuai dengan saran dari penasehat medis Kami atau bilamana fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati Kondisi Medis yang memenuhi syarat.</i></p> <p><b>Repatriasi</b></p> <p><i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan Tertanggung dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi Pengobatan atau Negara Kewarganegaraan utama atau Negara Tempat Tinggal utama Tertanggung, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah Pengobatan selesai. Biaya wajar di atas akan dibayar penuh.</i></p> <p><i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (</p> <p></p> <p>Pilihan</p> <p>(i) </p> <p>Pengembalian penuh</p> <p>(ii) </p> <p>Pengembalian penuh</p> <p>(iii) </p> <p>Pengembalian penuh</p> <p>(iv) </p> <p>Hingga USD 200 per hari hingga USD 7.500 per orang, per Evakuasi</p> <p>Pra-Otorisasi (</p> <p></p> <p>Pengembalian penuh</p>

Out-Patient Per Visit Excess Options	Excel
<p><b>Out-Patient Per Visit Excess:</b>                      A USD 25 Out-Patient Per Visit Excess will apply when You receive Eligible Out-Patient Treatment inside and outside of the Now Health International Provider Network.</p> <p><i>Please note:</i>                      The Out-Patient Per Visit Excess does not apply to the Alternative Therapies Benefits. If Your Group Plan also includes Dental care Benefit, as detailed in Your Benefit Schedule, no Out-Patient Per Visit Excess will be applicable.</p>	<p>                      Optional                      USD 25</p>
<p><b>Out-Patient Per Visit Excess – Option 2:</b>                      A USD 15 Out-Patient Per Visit Excess will apply when You receive Eligible Out-Patient Treatment inside and outside the Now Health International Provider Network.</p> <p><i>Please note:</i>                      The Out-Patient Per Visit Excess does not apply to the Alternative Therapies Benefits. If Your Group Plan also includes Dental care Benefit, as detailed in Your Benefit Schedule, no Out-Patient Per Visit Excess will be applicable.</p>	<p>                      Optional                      USD 15</p>












Deductible Options	Excel
<p><b>Standard Deductible</b></p>	<p>Nil</p>
<p><b>Optional Deductible:</b></p> <p><i>Please note:</i>                      If You choose an optional Deductible, You must also select either a Co-Insurance Out-Patient Treatment Option or a Out-Patient Per Visit Excess Option.</p> <p><i>Deductibles would apply to any Medically Necessary Treatment required under Benefit 19 and Benefit 38.</i></p>	<p>USD 1,000                      USD 2,500                      USD 5,000                      USD 10,000                      USD 15,000</p>










Opsi Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan	Excel
<p><b>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan:</b></p> <p><i>USD 25 Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan berlaku jika Anda menerima Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat di dalam dan di luar Jaringan Penyedia Now Health National.</i></p> <p><i>Harap Dicatat:</i>  <i>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku pada Manfaat Terapi Alternatif. Jika Polis Grup Anda juga mencakup Manfaat perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar Manfaat Anda, Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku.</i></p>	<p>            Pilihan            USD 25</p>
<p><b>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan Pilihan 2:</b></p> <p><i>USD 15 Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan berlaku jika Anda menerima Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat di dalam dan di luar Jaringan Penyedia Now Health National.</i></p> <p><i>Harap Dicatat:</i>  <i>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku pada Manfaat Terapi Alternatif. Jika Polis Grup Anda juga mencakup Manfaat perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar Manfaat Anda, Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku.</i></p>	<p>            Pilihan            USD 15</p>

Opsi Risiko Sendiri	Excel
<p><b>Risiko Sendiri Standar</b></p>	<p><i>Nihil</i></p>
<p><b>Risiko Sendiri Opsional:</b></p> <p><i>Harap dicatat:</i>  <i>Jika Anda memilih opsi Risiko Sendiri, Anda juga harus memilih salah satu opsi dari Ko-Asuransi Rawat Jalan atau Biaya Risiko Sendiri Rawat jalan Per Kunjungan.</i></p> <p><i>Risiko Sendiri akan berlaku untuk setiap Pengobatan yang Diperlukan secara medis yang diperlukan menurut Manfaat 19 dan Manfaat 38.</i></p>	<p><i>USD 1.000</i>  <i>USD 2.500</i>  <i>USD 5.000</i>  <i>USD 10.000</i>  <i>USD 15.000</i></p>

### 4.3.4 WorldCare Apex

Benefit	Apex
<b>Annual Maximum Group Plan Limit</b> 24/7 helpline and assistance services available on all Group Plans	<b>USD 3m</b>
<b>1. Maintenance of Chronic Medical Conditions:</b>  <i>Maintenance of chronic Medical Conditions such as but not limited to asthma, diabetes and hypertension requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, Drugs and Dressings and/or tests up to the Benefit limits following Your Entry Date. This Benefit does not cover renal failure and dialysis. Claims for this will fall under Benefit 6. Claims for Cancer will fall under Benefit 8.</i>	 Full refund
<b>2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</b>  <i>(i) Charges for In-Patient or Day-Patient Treatment made by a Hospital including charges for accommodation (ward/semi-private or private); Diagnostic Tests; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a Qualified Nurse; Drugs and Dressings prescribed by a Medical Practitioner or Specialist; and surgical appliances used by the Medical Practitioner during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an In-Patient or Day-Patient and includes charges for intensive care.</i>  <i>(ii) Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an Eligible Medical Condition which required In-Patient or Day-Patient Hospital Treatment.</i>	<i>(i)</i>  Full refund Pre-Authorisation for (i) ( )  <i>(ii)</i>  Up to USD 2,500 per Medical Condition
<b>3. Diagnostic Procedures:</b>  <i>Medically Necessary diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans received as an In-Patient, Day-Patient or Out-Patient.</i>	Pre-Authorisation for PET ( )   Full refund
<b>4. Emergency Ambulance Transportation:</b>  <i>Emergency road ambulance transport costs to or between Hospitals, or when considered Medically Necessary by a Medical Practitioner or Specialist.</i>	 Full refund
<b>5. Parent Accommodation:</b>  <i>The cost of one parent staying in Hospital overnight with an Insured Person under 18 years old while the child is admitted as an In-Patient for Eligible Treatment.</i>	 Full refund
<b>6. Renal Failure and Renal Dialysis:</b>  <i>(i) Treatment of renal failure, including renal dialysis on an In-Patient basis.</i>  <i>(ii) Treatment of renal failure, including renal dialysis on a Day-Patient or Out-Patient basis.</i>	<i>(i)</i>  Full refund  <i>(ii)</i>  Up to USD 100,000 per Period of Cover
<b>7. Organ Transplant:</b>  <i>(i) Treatment for and in relation to a human organ transplant of kidney, pancreas, liver, heart, lung, bone marrow, cornea, or heart and lung, in respect of the Insured Person as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under Benefit 12 but excluded from Benefit 7 – Organ Transplant.</i>  <i>(ii) Medical costs associated with the donor as an In-Patient or Day-Patient, with the exception of the cost of the donor organ search.</i>  <i>We only pay for transplants carried out in internationally-accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with WHO guidelines.</i>	<i>(i)</i>  Full refund  <i>(ii)</i>  Up to USD 50,000 per Period of Cover
<b>8. Cancer Treatment:</b>  <i>Treatment given for Cancer received as an In-Patient, Day-Patient or Out-Patient. Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.</i>	 Full refund

### 4.3.4 WorldCare Apex









Manfaat	Apex
<b>Batas Maksimum Tahunan Polis Grup</b> <i>Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup</i>	USD 3 jt
<b>1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:</b> <i>Pemeliharaan Kondisi Medis kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan, Obat-obatan dan Perban dan/atau percobaan sampai batas Manfaat sesudah Tanggal Masuk Anda. Manfaat ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam Manfaat 6. Klaim untuk Kanker akan masuk dalam Manfaat 8.</i>	 Pengembalian penuh
<b>2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</b> <i>(i) Biaya untuk Pengobatan Rawat Inap atau Rawat Sehari yang dilakukan oleh Rumah Sakit termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); Tes Diagnostik; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh Perawat Berjajah; Obat dan Perban yang diresepkan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis; dan peralatan bedah yang digunakan oleh Praktisi Medis selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama Rawat Inap atau Rawat Sehari dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.</i> <i>(ii) Biaya Tambahan: Pembelian dan penyewaan kruk, tongkat, alat bantu berjalan dan kursi roda non-elektronik manual dalam waktu enam bulan dari Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang memerlukan Pengobatan Rawat Inap atau Rawat Sehari di Rumah Sakit.</i>	<i>(i)</i>  Pengembalian penuh Pra-Otorisasi untuk (i) (
<b>3. Prosedur Diagnostik:</b> <i>Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang Secara Medis Diperlukan diterima sebagai pasien Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan.</i>	Pra-Otorisasi untuk PET (
<b>4. Transportasi Ambulans Darurat:</b> <i>Biaya transportasi ambulans darat Darurat ke atau antar Rumah Sakit, atau bila dianggap Secara Medis Diperlukan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i>	 Pengembalian penuh
<b>5. Akomodasi Orangtua:</b> <i>Biaya satu orang tua untuk tinggal di Rumah Sakit semalam dengan Tertanggung yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien Rawat Inap untuk Pengobatan yang Memenuhi Syarat.</i>	 Pengembalian penuh
<b>6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</b> <i>(i) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Inap.</i> <i>(ii) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Sehari atau Rawat Jalan.</i>	<i>(i)</i>  Pengembalian penuh <i>(ii)</i>  Hingga USD 100.000 per Masa Pertanggungangan
<b>7. Transplantasi Organ:</b> <i>(i) Pengobatan untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan Tertanggung sebagai penerima.</i> <i>Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggungangan akan disediakan berdasarkan Manfaat 12 tetapi dikucualikan dari Manfaat 7 – Transplantasi Organ.</i> <i>(ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien Rawat Inap atau Rawat Sehari, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.</i> <i>Kami hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman WHO.</i>	<i>(i)</i>  Pengembalian penuh <i>(ii)</i>  Hingga USD 50.000 per Masa Pertanggungangan
<b>8. Pengobatan Kanker:</b> <i>Pengobatan yang diberikan untuk Kanker yang diterima sebagai pasien Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari titik diagnosis.</i>	 Pengembalian penuh

Benefit	Apex
<p><b>9. Pregnancy and Childbirth Medical Conditions:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment of an Eligible Medical Condition which arises during the antenatal stages of Pregnancy, or an Eligible Medical Condition which arises during childbirth. As an illustration We would consider Treatment of the following:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ectopic Pregnancy (where the foetus is growing outside the womb)</li> <li>• Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)</li> <li>• Retained placenta (afterbirth retained in the womb)</li> <li>• Placenta praevia</li> <li>• Eclampsia (a coma or seizure during Pregnancy and following pre-eclampsia)</li> <li>• Diabetes (If You have exclusions because of Your past medical history which relate to diabetes, then You will not be covered for any Treatment for diabetes during Pregnancy)</li> <li>• Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)</li> <li>• Miscarriage requiring immediate surgical Treatment</li> <li>• Failure to progress in labour</li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>10. New Born Cover:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an Acute Condition being suffered by a New Born baby of an Insured Person which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the New Born baby is added to the Group Plan within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.</i></p> <p><i>In circumstances where We require details of the New Born baby's medical history before the baby is being added to the Plan, We reserve the right to apply particular restrictions to the cover We will offer. Please refer to Section 6.5 - Adding New Born of this Members' Handbook for details.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 150,000 per Period of Cover</p>
<p><b>11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</b></p> <p><i>Hospital Accommodation costs relating to a New Born baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an Insured Person) while she is receiving Eligible Treatment as an In-Patient in a Hospital.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>12. Congenital Disorder:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment for a Congenital Disorder. In circumstances where a Congenital Disorder manifests itself in a New Born baby within 30 days of birth, cover for such Medical Conditions will be provided under Benefit 10 but excluded from Benefit 12 – Congenital Disorders.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 150,000 per Period of Cover</p>
<p><b>13. Reconstructive Surgery:</b></p> <p><i>Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an Accident or following a Surgical Procedure for an Eligible Medical Condition, which occurred after an Insured Person's Entry Date or Start Date whichever is later.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>14. Rehabilitation:</b></p> <p><i>On the advice of a Specialist as an integral part of Treatment for a Medical Condition necessitating admission to a recognised Rehabilitation unit of a Hospital. Where the Insured Person was confined to a Hospital as an In-Patient for at least three consecutive days, and where a Specialist confirms in writing that Rehabilitation is required. Admission to a Rehabilitation unit must be made within 14 days of discharge from Hospital. Such Treatment should be under the direct supervision and control of a Specialist and would cover:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Use of special Treatment rooms</li> <li>(ii) Physical therapy fees</li> <li>(iii) Speech therapy fees</li> <li>(iv) Occupational therapy fees</li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>15. In-Patient Emergency Dental Treatment:</b></p> <p><i>This means Emergency restorative dental Treatment required to sound, natural teeth following an Accident which necessitates Your admission to Hospital for at least one night.</i></p> <p><i>The dental Treatment must be received within 10 days of the Accident. This Benefit covers all costs incurred for Treatment made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the Treatment involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture, We will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality</li> <li>• If implants are clinically needed We will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead</li> </ul> <p><i>This Benefit also covers repair or reconstruction of dentures broken following an Accident that necessitates the Insured Person's admission to a Hospital for at least one night, provided that such dentures were being worn at the time of the Accident.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>16. In-Patient Psychiatric Treatment:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment in a recognised Psychiatric unit of a Hospital. All Treatment must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pre-Authorisation (</p> <p style="text-align: center;">Full refund limited to 30 days per Period of Cover</p>









Manfaat	Apex
<p><b>9. Kondisi Medis Kehamilan dan Persalinan:</b>  <i>Pengobatan Rawat Inap untuk Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang timbul selama tahapan antenatal Kehamilan, atau Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang timbul saat melahirkan. Sebagai gambaran, Kami akan mempertimbangkan Pengobatan berikut:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehamilan ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)</li> <li>• Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)</li> <li>• Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)</li> <li>• Plasenta previa</li> <li>• Eklampsia (koma atau kejang selama Kehamilan dan setelah pre-eklampsia)</li> <li>• Diabetes (jika Anda memiliki pengecualian karena riwayat medis Anda di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka Anda tidak akan ditanggung untuk setiap Pengobatan untuk diabetes selama Kehamilan)</li> <li>• Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)</li> <li>• Keguguran yang membutuhkan Pengobatan bedah segera</li> <li>• Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan</li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>10. Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir:</b>  <i>Pengobatan Rawat Inap untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau Kondisi Akut yang diderita oleh bayi Baru Lahir dari Tertanggung yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi Baru Lahir ditambahkan ke dalam Polis Grup dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.</i>  <i>Bilamana Kami meminta rincian tentang riwayat kesehatan Bayi Baru Lahir sebelum bayi ditambahkan ke dalam Polis, Kami berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungungan yang akan Kami tawarkan.</i>  <i>Untuk rinciannya, Silahkan lihat Bab 6.5 - Menambahkan Bayi Baru Lahir dari Buku Panduan Peserta ini.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga USD 150.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:</b>  <i>Biaya Akomodasi Rumah Sakit yang berkaitan dengan bayi Baru Lahir (sampai umur 16 minggu) untuk menemani ibunya (yang menjadi Tertanggung) saat ia mendapat Pengobatan yang Memenuhi Syarat sebagai Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>12. Kelainan Bawaan:</b>  <i>Pengobatan Rawat Inap untuk Kelainan Bawaan. Dalam keadaan di mana Kelainan Bawaan muncul pada bayi Baru Lahir dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungungan untuk Kondisi Medis tersebut akan diberikan berdasarkan Manfaat 10 tetapi dikucualikan dari Manfaat 12 – Kelainan Bawaan.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga USD 150.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>13. Bedah Rekonstruksi:</b>  <i>Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah Kecelakaan atau sesudah Prosedur Bedah untuk Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, yang terjadi setelah Tanggal Masuk atau Tanggal Mulai Tertanggung yang mana yang paling akhir.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>14. Rehabilitasi:</b>  <i>Atas saran dari Dokter spesialis sebagai bagian integrasi dari Pengobatan untuk Kondisi Medis yang memerlukan masuk ke unit Rehabilitasi Rumah Sakit yang diakui. Bila Tertanggung dirawat di Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila Dokter Spesialis menegaskan secara tertulis bahwa Rehabilitasi diperlukan. Masuk ke unit Rehabilitasi harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar Rumah Sakit. Pengobatan tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung Dokter Spesialis dan akan mencakup:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penggunaan kamar Pengobatan khusus</li> <li>Biaya terapi fisik</li> <li>Biaya terapi wicara</li> <li>Biaya terapi okupasi</li> </ol>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</b>  <i>Ini berarti Pengobatan restorasi gigi Darurat yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu Kecelakaan yang mengharuskan Anda masuk ke Rumah Sakit selama setidaknya satu malam.</i>  <i>Pengobatan gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari Kecelakaan tersebut. Manfaat ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk Pengobatan yang diperlukan akibat cedera karena kecelakaan yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika Pengobatan meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan, Kami akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Layak untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.</li> <li>• Jika implan dibutuhkan secara klinis Kami akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.</li> </ul> <p><i>Manfaat ini juga menanggung perbaikan atau rekonstruksi gigi palsu yang rusak setelah suatu Kecelakaan yang mengharuskan Tertanggung masuk ke Rumah Sakit selama satu malam, asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat Kecelakaan.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>16. Rawat Inap Penyakit Kejiwaan:</b>  <i>Pengobatan Rawat Inap di unit jiwa yang diakui di Rumah Sakit. Semua Pengobatan harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater yang Terdaftar.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pra-Otorisasi ( )  Pengembalian penuh yang dibatasi sampai 30 hari per Masa Pertanggungungan</p>











Benefit	Apex
<p><b>17. Terminal Illness:</b></p> <p><i>Palliative and Hospice Care: On diagnosis of a Terminal illness, costs for any In-Patient, Day-Patient or Out-Patient Treatment given on the advice of a Medical Practitioner or Specialist for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for Hospital or hospice accommodation, nursing care by a Qualified Nurse and prescribed Drugs and Dressings are covered.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Up to USD 100,000 lifetime limit</p>
<p><b>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</b></p> <p><i>For planned trips up to 30 days of duration. Treatment by a Medical Practitioner or Specialist starting within 24 hours of the Emergency event, required as a result of an Accident or the sudden beginning of a severe illness resulting in a Medical Condition that presents an immediate threat to the Insured Person's health.</i></p> <p><i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Accident: Full refund for Accident requiring In-Patient and Day-Patient care</p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Illness: In-Patient and Day-Patient care up to USD 50,000 per Period of Cover</p> <p style="text-align: right;">Out-Patient Treatment in an Accident and Emergency Department in a Hospital up to USD 500 per Period of Cover</p>
<p><b>19. Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p><i>Arrangements will be made to move an Insured Person who has a critical, life-threatening Eligible Medical Condition to the nearest medical facility for the purpose of admission to Hospital as an In-Patient or Day-Patient.</i></p> <p><i>Reasonable expenses for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i) Transportation costs of an Insured Person in the event of Emergency Treatment and Medically Necessary transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</i></li> <li><i>(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient.</i></li> <li><i>(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the Hospital to visit the Insured Person following admission as an In-Patient.</i></li> <li><i>(iv) Reasonable costs for non-Hospital Accommodation only for immediate pre and post-Hospital admission periods provided that the Insured Person is under the care of a Specialist.</i></li> </ul> <p><i>Costs of Evacuation do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.</i></p> <p><i>Our medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the Evacuation and this Benefit will not cover travel if it is against the advice of Our medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the Eligible Medical Condition.</i></p> <p><b>Repatriation</b></p> <p><i>An economy class airfare ticket to return the Insured Person and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of Treatment or the Insured Person's principal Country of Nationality or principal Country of Residence, as long as the journey is made within one month of completion of Treatment.</i></p> <p><i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i)</i> ▶ Full refund</li> <li><i>(ii)</i> ▶ Full refund</li> <li><i>(iii)</i> ▶ Full refund</li> <li><i>(iv)</i> ▶ Up to USD 300 per day Up to USD 10,000 per person, per Evacuation</li> </ul> <p>Pre-Authorisation (</p> <p style="text-align: right;">▶ Full refund</p>



Manfaat	Apex
<p><b>17. Penyakit Terminal:</b></p> <p><i>Perawatan Paliatif dan Rawat Akhir: Saat didiagnosis menderita penyakit Terminal, biaya untuk setiap Pengobatan Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan diberikan atas saran dari Praktisi Medis atau Dokter Spesialis untuk tujuan meringankan gejala secara sementara. Biaya untuk akomodasi di Rumah Sakit atau rawat akhir, asuhan keperawatan oleh Perawat Berjajazah dan Obat-obatan dan Perban yang diresepkan ditanggung.</i></p>	<p> Hingga batas USD 100.000 seumur hidup</p>
<p><b>18. Pertanggungungan untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat :</b></p> <p><i>Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. Pengobatan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian Darurat, yang diperlukan sebagai akibat dari Kecelakaan atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan Kondisi Medis yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan Tertanggung.</i></p> <p><i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p> Kecelakaan: Pengembalian penuh untuk Kecelakaan yang memerlukan perawatan Rawat Inap dan Rawat Sehari</p> <p> Sakit: hingga USD 50.000 untuk Rawat Inap dan Rawat Sehari per Masa Pertanggungungan</p> <p>Pengobatan Rawat Jalan di Bagian Kecelakaan dan Gawat Darurat di Rumah Sakit hingga USD 500 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>19. Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b></p> <p><i>Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan Tertanggung yang memiliki Kondisi Medis kritis dan mengancam jiwa yang Memenuhi Syarat ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari.</i></p> <p><i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <p>(i) <i>Biaya transportasi dari Tertanggung dalam hal Pengobatan Darurat dan transportasi dan perawatan yang Secara Medis Diperlukan tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></p> <p>(ii) <i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari.</i></p> <p>(iii) <i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap.</i></p> <p>(iv) <i>Biaya yang wajar untuk Akomodasi non Rumah Sakit hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk Rumah Sakit asalkan Tertanggung sedang dirawat oleh Dokter Spesialis.</i></p> <p><i>Biaya Evakuasi tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.</i></p> <p><i>Penasihat medis Kami akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk Evakuasi dan Manfaat ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis Kami atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat.</i></p> <p><b>Repatriasi</b></p> <p><i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan Tertanggung dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi Pengobatan atau Negara Kewarganegaraan utama atau Negara Tempat Tinggal utama Tertanggung, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah Pengobatan selesai.</i></p> <p><i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (</p> <p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Pengembalian penuh</p> <p>(iii)  Pengembalian penuh</p> <p>(iv)  Hingga USD 300 per hari hingga USD 10.000 per orang, per Evakuasi</p> <p>Pra-Otorisasi (</p> <p> Pengembalian penuh</p>






Benefit	Apex
<p><b>20. Mortal Remains:</b></p> <p><i>In the event of death from an Eligible Medical Condition, Reasonable and Customary Charges for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Costs of transportation of body or ashes of an Insured Person to his/her Country of Nationality or Country of Residence, or</i></li> <li>(ii) <i>Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</i></li> </ul>	<p>Pre-Authorisation (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Up to USD 20,000</li> </ul>
<p><b>21. Hospital Cash Benefit:</b></p> <p><i>This Benefit is payable for each night an Insured Person receives In-Patient Treatment and only if an Insured Person is admitted for In-Patient Treatment before midnight, and the Treatment is received free of charge that would have otherwise been Eligible for Benefit privately under this Group Plan. Cover under this Benefit is limited to a maximum of 30 nights per Period of Cover.</i></p> <p><i>For this Benefit exclusion 5.10 does not apply.</i></p>	<p> USD 275 per night</p>
<p><b>22. Out-Patient Charges:</b></p> <p><i>Medical Practitioner fees including consultations; Specialist fees; Diagnostic Tests; prescribed Drugs and Dressings.</i></p> <p><i>Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this Benefit.</i></p>	<p> Full refund</p>
<p><b>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</b></p> <p><i>Treatment costs for a Surgical Procedure performed in a surgery, Hospital, day-care facility or Out-Patient department. Any pre or post-operative consultations are payable under Benefit 22 – Out-Patient charges.</i></p>	<p> Full refund</p>
<p><b>24. Out-Patient Psychiatric Illness:</b></p> <p><i>Out-Patient Treatment administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a Medical Practitioner or Specialist.</i></p> <p><i>This Benefit includes Treatment administered by a Psychologist subject to 10 sessions and the cost limit under this section.</i></p>	<p> Up to USD 7,500 and subject to a maximum of 10 sessions per Period of Cover</p>
<p><b>25. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Physiotherapy by a Registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist.</i></li> <li>(ii) <i>Complementary medicine and Treatment by a therapist, when referred by a Medical Practitioner or Specialist. This Benefit extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture Treatment but excludes Physiotherapist covered in (i).</i></li> <li>(iii) <i>Out-Patient Treatment for therapies administered by a recognised traditional Chinese Medical Practitioner or an Ayurvedic Medical Practitioner.</i></li> </ul> <p><i>We do not cover charges for general chiropody or podiatry.</i></p> <p><i>For this Benefit the Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii) and (iii)  Full refund</li> </ul> <p>Pre-Authorisation for (i), (ii) and (iii) after every 10 sessions (</p>
<p><b>26. Nursing Care at Home:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Care given by Qualified Nurse in the Insured Person's own home, which is immediately received subsequent to Treatment as an In-Patient or Day-Patient on the recommendation of a Medical Practitioner or Specialist.</i></li> <li>(ii) <i>Medical Practitioner (GP) home visits for an Emergency GP home call-out during out of normal clinic hours.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund up to 120 days per Medical Condition Pre-Authorisation for (i) (</li> <li>(ii)  Up to five visits per Period of Cover</li> </ul>

Manfaat	Apex
<p><b>20. Biaya Kematian:</b></p> <p><i>Dalam hal kematian karena Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, Biaya yang Wajar dan Layak untuk:</i></p> <p>(i) <i>Biaya transportasi tubuh atau abu Tertanggung ke Negara Kewarganegaraan atau Negara Tempat Tinggal-nya, atau</i></p> <p>(ii) <i>Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (</p> <p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 20.000</p>
<p><b>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</b></p> <p><i>Manfaat ini dibayar selama setiap malam Tertanggung menerima Pengobatan Rawat Inap dan hanya jika Tertanggung dirawat untuk Pengobatan Rawat Inap sebelum tengah malam, dan Pengobatan diterima secara gratis yang akan dinyatakan telah Memenuhi Syarat untuk Manfaat pribadi berdasarkan Polis Grup ini. Pertanggungungan berdasarkan Manfaat ini terbatas hingga maksimum 30 malam per Masa Pertanggungungan.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.</i></p>	<p> USD 275 per malam</p>
<p><b>22. Biaya Rawat Jalan:</b></p> <p><i>Biaya Praktisi Medis termasuk konsultasi; Biaya Dokter Spesialis; Tes Diagnostik; Obat-Obatan dan Perban yang diresepkan.</i></p> <p><i>Setiap konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayarkan menurut Manfaat ini</i></p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</b></p> <p><i>Biaya Pengobatan untuk Prosedur Bedah yang dilakukan di tempat praktek dokter, Rumah Sakit, fasilitas perawatan sehari atau instalasi Rawat Jalan. Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan Manfaat 22 – biaya Rawat Jalan.</i></p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Jalan yang diberikan di bawah kendali langsung dari Psikiater Terdaftar jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i></p> <p><i>Manfaat ini termasuk Pengobatan yang diberikan oleh Psikolog sesuai dengan 10 sesi dan batas biaya menurut bab ini</i></p>	<p> Hingga USD 7.500 dan tunduk pada jumlah maksimal 10 sesi per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>25. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif:</b></p> <p>(i) <i>Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, jika dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis.</i></p> <p>(ii) <i>Obat dan Pengobatan Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis. Manfaat ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan Pengobatan akupunktur selain tenaga Fisioterapi yang ditanggung di dalam butir (i).</i></p> <p>(iii) <i>Pengobatan Rawat Jalan atau terapi yang dilakukan oleh Praktisi Medis tradisional Cina yang diakui atau Praktisi Medis Ayurveda.</i></p> <p><i>Kami tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum.</i></p> <p><i>Untuk Manfaat ini Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.</i></p>	<p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii) dan (iii)  Pengembalian penuh</p> <p>Pra-Otorisasi untuk (i), (ii) dan (iii) sesudah setiap 10 kunjungan (</p>
<p><b>26. Perawatan di Rumah:</b></p> <p>(i) <i>Perawatan yang diberikan oleh Perawat Berijazah di rumah Tertanggung sendiri, yang segera diterima setelah Pengobatan sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari berdasarkan rekomendasi dari Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i></p> <p>(ii) <i>Kunjungan ke rumah oleh Praktisi Medis untuk panggilan Darurat di luar jam normal klinik.</i></p>	<p>(i)  Pengembalian penuh hingga 120 hari per Kondisi Medis Pra-Otorisasi untuk (i) (</p> <p>(ii)  Hingga lima kunjungan per Masa Pertanggungungan</p>










Benefit	Apex
<p><b>27. AIDS:</b></p> <p><i>Medical expenses, which arise from or are in any way related to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or HIV related illnesses, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) and/or any mutant derivative or variations thereof. As result of proven occupation Accident* or blood transfusion**. Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition, Drugs and Dressings (except experimental or those unproven), Hospital Accommodation and nursing fees.</i></p> <p>* <i>For members of Emergency services, medical or dental professions, laboratory assistants, pharmacist or an employee in a medical facility that provides evidence that they contracted the HIV infection accidentally while carrying out normal duties of their occupation; and they contracted the HIV infection three years after the Entry Date or Start Date, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the Insured Person's occupation; and a test showing no HIV or antibodies to such a virus was made within five days of the incident; and a positive HIV test occurred within 12 months of the reported occupational Accident.</i></p> <p>** <i>As long as the blood transfusion was received as an In-Patient as part of Medically Necessary Treatment.</i></p> <p><i>Waiting Period: Cover only available after three years of continuous membership.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (</p> <p>▶</p> <p>Up to USD 50,000 per Period of Cover</p>
<p><b>28. Maternity:</b></p> <p><i>Medically Necessary costs incurred during normal Pregnancy and childbirth: childbirth costs, including pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a Medical Practitioner or Specialist. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.</i></p> <p><i>Waiting Period: Costs incurred within 12 months from the Start Date are excluded.</i></p> <p><i>Please note, We do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.</i></p> <p><i>For this Benefit exclusion 5.27 does not apply.</i></p> <p><i>The Group Plan Deductible would apply to the Benefit.</i></p>	<p>▶</p> <p>Up to USD 17,500 per Period of Cover</p>
<p><b>29. Dental Care:</b></p> <p>(i) <i>Routine dental Treatment: Fees of a registered Dental Practitioner carrying out routine dental Treatment in a dental surgery. Routine dental Treatment means:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including x-rays where necessary,</i></li> <li>- <i>Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year),</i></li> <li>- <i>Fillings (standard amalgam or composite fillings) and extractions, and</i></li> <li>- <i>Root-canal Treatment (but not the fitting of a crown following root-canal Treatment).</i></li> </ul> <p><i>No other Treatment is covered under the routine dental Treatment Benefit.</i></p> <p><i>Waiting Period: Costs incurred within nine months from the Entry Date are excluded.</i></p> <p><i>A Co-Insurance of 20% applies.</i></p> <p><i>For this Benefit the Group Plan Deductible or Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply.</i></p> <p>(ii) <i>Complex Dental Treatment: Fees of a registered Dental Practitioner and associated costs for the following procedures: Eligible complex dental Treatment: including for example, Apicoectomy done to treat the following – Fractured tooth root; A severely curved tooth root; Teeth with caps or posts; Cyst or infection which is untreatable with root canal therapy; Root perforations; New or repair of crowns, dentures, inlays and bridges. Recurrent pain and infection; Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays. Calcification; Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery.</i></p> <p><i>No other Treatment is covered by this Benefit.</i></p> <p><i>Waiting Period: Costs incurred within nine months from the Entry Date are excluded.</i></p> <p><i>A Co-Insurance of 20% applies.</i></p> <p><i>A 50% Co-Insurance applies in respect of all orthodontic Treatment.</i></p> <p><i>For this Benefit the Group Plan Deductible or Group Plan Out-Patient Per Visit Excess does not apply.</i></p>	<p>(i) ▶</p> <p>Up to USD 1,500 per Period of Cover</p> <p>(ii) ▶</p> <p>Up to USD 3,000 per Period of Cover</p>

Manfaat	Apex
<p><b>27. AIDS:</b></p> <p><i>Biaya medis, yang timbul dari atau dengan cara apapun yang berhubungan dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau penyakit terkait HIV, termasuk Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau AIDS Related Complex (ARC) dan/atau turunan mutan atau variasinya. Akibat dari Kecelakaan kerja yang terbukti* atau transfusi darah**.</i> Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin rutin untuk kondisi ini, Obat-Obatan dan Perban (kecuali percobaan atau yang belum terbukti), Akomodasi Rumah Sakit dan biaya keperawatan.</p> <p>* Bagi peserta layanan Darurat, profesi medis atau gigi, asisten laboratorium, apoteker atau pegawai di fasilitas medis yang memberikan bukti bahwa mereka tertular infeksi HIV tanpa sengaja saat melaksanakan tugas normal dari pekerjaan mereka: dan mereka tertular infeksi HIV tiga tahun setelah Tanggal Masuk atau Tanggal Mulai, mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan Tertanggung; dan tes yang menunjukkan tidak ada HIV atau antibodi terhadap virus tersebut dilakukan dalam waktu lima hari setelah kejadian; dan tes HIV positif terjadi dalam waktu 12 bulan dari Kecelakaan kerja yang dilaporkan.</p> <p>** Asalkan transfusi darah diterima sebagai Pasien Rawat Inap sebagai bagian dari Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan.</p> <p>Masa Tunggu: Pertanggungannya hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.</p>	<p>Pra-Otorisasi (</p> <p>▶</p> <p>Hingga USD 50.000 per Masa Pertanggungannya</p>
<p><b>28. Persalinan:</b></p> <p><i>Biaya yang Secara Medis Diperlukan yang terjadi selama Kehamilan dan persalinan normal: biaya persalinan, termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahirkan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama/pemeriksaan bayi Baru Lahir, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh Praktisi Medis atau Spesialis. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.</i></p> <p>Masa Tunggu: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak Tanggal Mulai dikecualikan.</p> <p>Harap dicatat, Kami tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.27 tidak berlaku.</p> <p>Risiko Sendiri pada Polis Grup tidak berlaku.</p>	<p>▶</p> <p>Hingga USD 17.500 per Masa Pertanggungannya</p>
<p><b>29. Perawatan Gigi:</b></p> <p>(i) Pengobatan gigi rutin: Biaya Praktisi Gigi terdaftar yang melaksanakan Pengobatan gigi rutin di tempat praktek gigi. Pengobatan gigi rutin berarti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skrining (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan gigi tambalan, termasuk sinar-X bila diperlukan,</li> <li>- Pembersihan karang gigi preventif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun),</li> <li>- Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan, dan</li> <li>- Pengobatan saluran akar (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah Pengobatan saluran akar).</li> </ul> <p>Tidak ada Pengobatan lain yang ditanggung berdasarkan Manfaat Pengobatan gigi rutin.</p> <p>Masa Tunggu: Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari Tanggal Masuk dikecualikan.</p> <p>Ko-Asuransi 20% berlaku.</p> <p>Untuk Manfaat ini Risiko Sendiri atau Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.</p> <p>(ii) Pengobatan Gigi Kompleks: Biaya Praktisi Gigi terdaftar dan biaya terkait untuk prosedur berikut: Pengobatan gigi kompleks yang Memenuhi Syarat: termasuk misalnya: Apikektomi yang dilakukan untuk mengobati berikut – Fraktur akar gigi; akar gigi sangat melengkung; gigi dengan mahkota gigi tiruan; Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar; Perforasi akar; Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, inlay dan bridge. Rasa sakit berulang dan infeksi; Gejala terus menerus/ang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X. Pengapuran; Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi.</p> <p>Tidak ada Pengobatan lain yang ditanggung berdasarkan Manfaat ini.</p> <p>Masa Tunggu: Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari Tanggal Masuk dikecualikan.</p> <p>Ko-Asuransi 20% berlaku.</p> <p>Ko-Asuransi 50% berlaku dalam hal Pengobatan ortodontik.</p> <p>Untuk Manfaat ini Risiko Sendiri atau Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan pada Polis Grup tidak berlaku.</p>	<p>(i) ▶</p> <p>Hingga USD 1.500 per Masa Pertanggungannya</p> <p>(ii) ▶</p> <p>Hingga USD 3.000 per Masa Pertanggungannya</p>










Options to Core Benefits	Apex
<p><b>30. USA Elective Treatment:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Costs associated with Eligible In-Patient and Day-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in a Hospital listed in the Provider Network.</i></li> <li>(ii) <i>Costs associated with Eligible Out-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in the Provider Network.</i></li> </ul> <p><i>Treatment that is not received in the Provider Network will be subject to a 50% Co-Insurance.</i></p>	<p><i>Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment (</i></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><i>Optional</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Up to USD 1.5m per Insured Person per Period of Cover</i></p>
<p><b>31. Co-Insurance Out-Patient Treatment:</b></p> <p><i>A 10% Co-Insurance will apply to all Eligible Out-Patient Treatment. Should Your Plan include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and Vaccinations Benefits, any applicable Co-Insurance will be detailed in Your Benefit Schedule.</i></p> <p><i>Please note that the Co-Insurance will not apply to Treatment relating to Renal dialysis/ Renal failure, Cancer or Organ Transplants.</i></p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><i>Optional</i></p>
<p><b>32. Co-Insurance Out-Patient Treatment Option 2:</b></p> <p><i>A 20% Co-Insurance will apply to all Eligible Out-Patient Treatment. Should Your Plan include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and Vaccinations Benefits, any applicable Co-Insurance will be detailed in Your Benefit Schedule.</i></p> <p><i>Please note that the Co-Insurance will not apply to Treatment relating to Renal dialysis/ Renal failure, Cancer or Organ Transplants.</i></p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><i>Optional</i></p>
Additional Options for Group Plans	Apex
<p><b>33. Wellness, Optical and Vaccinations:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Wellness: This Benefit is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including Cancer screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol).</i> <i>and/or</i></li> <li>(ii) <i>Optical Benefits: This Benefit also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, within the combined Benefit limits to a maximum USD 300 per Period of Cover for an optical claim.</i> <i>Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.</i> <i>and/or</i></li> <li>(iii) <i>Vaccinations: Costs of drugs and consultations to administer all Medically Necessary basic immunisation and booster injections and any Medically Necessary travel Vaccinations and malaria prophylaxis.</i></li> </ul> <p><i>For this Benefit exclusion 5.10 does not apply.</i></p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><i>Optional</i></p> <p style="text-align: center;"><i>For Compulsory Group Plans 3+ employees</i></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><i>Combined limit</i> <i>Up to USD 500 per Period of Cover</i></p>
<p><b>34. Wellness, Optical and Vaccinations Option 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Wellness: This Benefit is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including Cancer screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol).</i> <i>and/or</i></li> <li>(ii) <i>Optical Benefits: This Benefit also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, within the combined Benefit limits to a maximum USD 600 per Period of Cover for an optical claim.</i> <i>Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.</i> <i>and/or</i></li> <li>(iii) <i>Vaccinations: Costs of drugs and consultations to administer all Medically Necessary basic immunisation and booster injections and any Medically Necessary travel Vaccinations and malaria prophylaxis.</i></li> </ul> <p><i>For this Benefit exclusion 5.10 does not apply.</i></p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><i>Optional</i></p> <p style="text-align: center;"><i>For Compulsory Group Plans 3+ employees</i></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><i>Combined limit</i> <i>Up to USD 1,000 per Period of Cover</i></p>

Pilihan untuk Manfaat Utama	Apex
<p><b>30. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:</b></p> <p>(i) Biaya yang terkait dengan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari yang Memenuhi Syarat di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila Pengobatan diterima di Rumah Sakit yang tercantum dalam Jaringan Penyedia.</p> <p>(ii) Biaya yang terkait dengan Pengobatan Rawat Jalan yang Memenuhi Syarat di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila Pengobatan diterima di Jaringan Penyedia.</p> <p>Pengobatan yang tidak diterima di Jaringan Penyedia akan dikenakan Ko-Asuransi sebesar 50%.</p>	<p>Pra-Otorisasi untuk diagnostik dan operasi Rawat Jalan, Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari (</p> <p>▶</p> <p>Pilihan</p> <p>Hingga USD 1,5 jt per Tertanggung per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>31. Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi:</b></p> <p>Ko-Asuransi 10% akan berlaku bagi semua Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat. Jika Polis Grup Anda mencakup Manfaat perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar Manfaat Anda.</p> <p>Harap dicatat bahwa Ko-Asuransi tidak akan berlaku untuk Pengobatan yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, Kanker atau Transplantasi Organ.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>
<p><b>32. Opsi Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi 2:</b></p> <p>Ko-Asuransi 20% akan berlaku untuk semua Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat. Jika Polis Grup Anda mencakup Manfaat perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar Manfaat Anda.</p> <p>Harap dicatat bahwa Ko-Asuransi tidak akan berlaku untuk Pengobatan yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, Kanker atau Transplantasi Organ.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>
Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Apex
<p><b>33. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi:</b></p> <p>(i) Pemeriksaan Kesehatan: Manfaat ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining Kanker, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol). dan/atau</p> <p>(ii) Manfaat Optik: Manfaat ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dalam batas Manfaat yang dikombinasikan hingga maksimum USD 300 per Masa Pertanggungungan untuk klaim optik.</p> <p>Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi. dan/atau</p> <p>(iii) Vaksinasi: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang Secara Medis Diperlukan dan setiap Vaksinasi perjalanan yang Secara Medis Diperlukan dan profilaksis malaria.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p> <p>Untuk Polis Grup Wajib 3+ Karyawan</p> <p>▶</p> <p>Batas yang dikombinasikan Hingga USD 500 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>34. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi Opsi 2:</b></p> <p>(i) Pemeriksaan Kesehatan: Manfaat ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining Kanker, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol). dan/atau</p> <p>(ii) Manfaat Optik: Manfaat ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dalam batas Manfaat yang dikombinasikan hingga maksimum USD 600 per Masa Pertanggungungan untuk klaim optik.</p> <p>Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi. dan/atau</p> <p>(iii) Vaksinasi: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang Secara Medis Diperlukan dan setiap Vaksinasi perjalanan yang Secara Medis Diperlukan dan profilaksis malaria.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p> <p>Untuk Polis Grup Wajib 3+ Karyawan</p> <p>▶</p> <p>Batas yang dikombinasikan Hingga USD 1.000 per Masa Pertanggungungan</p>





Additional Options for Group Plans	Apex
<p><b>35. Medical History Disregarded:</b>  <i>Please note that the Waiting Period does not apply to either the Maternity or Dental Care Benefits, if Medical History Disregarded is selected.</i></p>	<p>                      Optional                      Compulsory                      Group Plans                      10+ employees</p>
<p><b>36. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore:</b>  <i>As described in Benefit 2. i), but with a restriction to limit the Hospital Accommodation to ward or semi-private for Hospital admission in Indonesia and Singapore.</i>   <i>Choosing this option means that Hospital rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. Hospital rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.</i></p>	<p>                      Optional</p>
<p><b>37. Removal of Dental Co-Insurance:</b>  <i>No Co-Insurance will be applied to Dental Care.</i></p>	<p>                      Optional                      For Compulsory                      Group Plans                      10+ employees</p>
<p><b>38. Extended Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b>  <i>Arrangements will be made to move an Insured Person who has a critical, life-threatening Eligible Medical Condition to the nearest medical facility, Country of Residence, Country of Nationality or the Insured Member's country of choice for the purpose of admission to Hospital as an In-Patient or Day-Patient.</i></p> <p><i>Reasonable expenses for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(i) Transportation costs of an Insured Person in the event of Emergency Treatment and Medically Necessary transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</i></li> <li><i>(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient.</i></li> <li><i>(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the Hospital to visit the Insured Person following admission as an In-Patient.</i></li> <li><i>(iv) Reasonable costs for non-Hospital Accommodation only for immediate pre and post-Hospital admission periods provided that the Insured Person is under the care of a Specialist.</i></li> </ul> <p><i>Costs of Evacuation do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.</i></p> <p><i>The Insured Member's country of choice is subject to the availability of the appropriate medical facilities being in place. Our medical advisers will determine whether the selected country has the suitable medical facility to treat the Insured Member's Eligible Medical Condition. Our medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the Evacuation and this Benefit will not cover travel if it is against the advice of Our medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the Eligible Medical Condition.</i></p> <p><b>Repatriation</b>  <i>An economy class airfare ticket to return the Insured Person and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of Treatment or the Insured Person's principal Country of Nationality or principal Country of Residence, as long as the journey is made within one month of completion of Treatment. Reasonable cost of the above will be paid in full.</i>  <i>Charges relating to routine Pregnancy and Pregnancy and Childbirth Medical Conditions are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p>Pre-Authorisation (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>                      Optional</li> <li><i>(i)</i>                       Full refund</li> <li><i>(ii)</i>                       Full refund</li> <li><i>(iii)</i>                       Full refund</li> <li><i>(iv)</i>                       Up to USD 300                      per day                      Up to USD 10,000                      per person,                      per Evacuation</li> </ul> <p>Pre-Authorisation (</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>                      Full refund</li> </ul>



Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Apex
<p><b>35. Pengabaian Riwayat Kesehatan:</b>  <i>Harap dicatat bahwa Masa Tunggu tidak berlaku untuk Manfaat Persalinan atau Perawatan Gigi, jika Riwayat Medis Diabaikan dipilih.</i></p>	<p>  Pilihan  Untuk Polis Grup  Wajib 10+ Karyawan</p>
<p><b>36. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura:</b>  <i>Seperti dijelaskan dalam Manfaat 2. i), tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi Rumah Sakit pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk Rumah Sakit di Indonesia dan Singapura.</i>  <i>Memilih opsi ini berarti bahwa kamar Rumah Sakit akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura. Kamar Rumah Sakit di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.</i></p>	<p>  Pilihan</p>
<p><b>37. Penghapusan Ko-Asuransi Perawatan Gigi:</b>  <i>Ko-Asuransi tidak berlaku pada Perawatan Gigi.</i></p>	<p>  Pilihan  Untuk Polis Grup  Wajib 10+ Karyawan</p>
<p><b>38. Perluasan Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b>  <i>Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan Tertanggung yang memiliki Kondisi Medis kritis dan mengancam jiwa yang Memenuhi Syarat ke fasilitas medis terdekat, Negara Tempat Tinggal, Negara Kewarganegaraan atau negara Anggota Tertanggung terdekat untuk tujuan masuk ke Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari.</i></p> <p><i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Biaya transportasi dari Tertanggung bilamana terjadi Pengobatan Darurat dan transportasi dan perawatan yang Secara Medis Diperlukan tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></li> <li>(ii) <i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari.</i></li> <li>(iii) <i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap.</i></li> <li>(iv) <i>Biaya yang wajar untuk Akomodasi non Rumah Sakit hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk Rumah Sakit asalkan Tertanggung sedang dirawat oleh Dokter Spesialis.</i></li> </ul> <p><i>Biaya Evakuasi tidak mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di Gunung, yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.</i></p> <p><i>Negara pilihan Tertanggung bergantung pada ketersediaan fasilitas medis yang tepat di tempat (kejadian). Penasehat medis Kami akan menentukan apakah negara yang dipilih itu memiliki fasilitas medis yang cocok untuk mengobati Kondisi Medis Tertanggung yang memenuhi syarat. Penasihat medis Kami akan memutuskan metode transportasi yang paling tepat untuk Evakuasi dan Manfaat ini tidak akan menanggung perjalanan jika perjalanan ini tidak sesuai dengan saran dari penasehat medis Kami atau bilamana fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati Kondisi Medis yang memenuhi syarat.</i></p> <p><b>Repatriasi</b>  <i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan Tertanggung dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi Pengobatan atau Negara Kewarganegaraan utama atau Negara Tempat Tinggal utama Tertanggung, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah Pengobatan selesai. Biaya wajar di atas akan dibayar penuh.</i>  <i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi (</p> <p>  Pilihan</p> <p>(i)   Pembalihan penuh</p> <p>(ii)   Pembalihan penuh</p> <p>(iii)   Pembalihan penuh</p> <p>(iv)   Hingga  USD 300  per hari hingga  USD 10.000  per orang,  per Evakuasi</p> <p>Pra-Otorisasi (</p> <p>  Pembalihan penuh</p>

Out-Patient Per Visit Excess Options	Apex
<p><b>Out-Patient Per Visit Excess:</b></p> <p><i>A USD 25 Out-Patient Per Visit Excess will apply when You receive Eligible Out-Patient Treatment inside and outside of the Now Health International Provider Network.</i></p> <p><i>Please note:</i></p> <p><i>The Out-Patient Per Visit Excess does not apply to the Alternative Therapies Benefits. If Your Group Plan also includes Dental care Benefit, as detailed in Your Benefit Schedule, no Out-Patient Per Visit Excess will be applicable.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;"><i>Optional USD 25</i></p>
<p><b>Out-Patient Per Visit Excess – Option 2:</b></p> <p><i>A USD 15 Out-Patient Per Visit Excess will apply when You receive Eligible Out-Patient Treatment inside and outside of the Now Health International Provider Network.</i></p> <p><i>Please note:</i></p> <p><i>The Out-Patient Per Visit Excess does not apply to the Alternative Therapies Benefits. If Your Group Plan also includes Dental care Benefit, as detailed in Your Benefit Schedule, no Out-Patient Per Visit Excess will be applicable.</i></p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;"><i>Optional USD 15</i></p>

Deductible Options	Apex
<p><b>Standard Deductible</b></p>	<p style="text-align: center;"><i>Nil</i></p>
<p><b>Optional Deductible</b></p> <p><i>Please note:</i></p> <p><i>If You choose an optional Deductible, You must also select either a Co-Insurance Out-Patient Treatment Option or a Out-Patient Per Visit Excess Option.</i></p> <p><i>Deductibles would apply to any Medically Necessary Treatment under Benefit 19 and Benefit 38.</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>USD 1,000</i></p> <p style="text-align: center;"><i>USD 2,500</i></p> <p style="text-align: center;"><i>USD 5,000</i></p> <p style="text-align: center;"><i>USD 10,000</i></p> <p style="text-align: center;"><i>USD 15,000</i></p>

Opsi Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan	Apex
<p><b>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan:</b></p> <p><i>USD 25 Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan berlaku jika Anda menerima Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat di dalam dan di luar Jaringan Penyedia Now Health National.</i></p> <p><i>Harap Dicatat:</i></p> <p><i>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku pada Manfaat Terapi Alternatif. Jika Polis Grup Anda juga mencakup Manfaat perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar Manfaat Anda, Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku.</i></p>	<p></p> <p><i>Pilihan</i></p> <p><i>USD 25</i></p>
<p><b>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan Pilihan 2:</b></p> <p><i>USD 15 Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan berlaku jika Anda menerima Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat di dalam dan di luar Jaringan Penyedia Now Health National.</i></p> <p><i>Harap Dicatat:</i></p> <p><i>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku pada Manfaat Terapi Alternatif. Jika Polis Grup Anda juga mencakup Manfaat perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar Manfaat Anda, Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan tidak berlaku.</i></p>	<p></p> <p><i>Pilihan</i></p> <p><i>USD 15</i></p>

Opsi Risiko Sendiri	Apex
<p><b>Risiko Sendiri Standar</b></p>	<p><i>Nihil</i></p>
<p><b>Risiko Sendiri Opsional:</b></p> <p><i>Harap dicatat:</i></p> <p><i>Jika Anda memilih opsi Risiko Sendiri, Anda juga harus memilih salah satu opsi dari Ko-Asuransi Rawat Jalan atau Biaya Risiko Sendiri Rawat jalan Per Kunjungan.</i></p> <p><i>Risiko Sendiri akan berlaku untuk setiap Pengobatan yang Diperlukan secara medis yang diperlukan menurut Manfaat 19 dan Manfaat 38.</i></p>	<p><i>USD 1.000</i></p> <p><i>USD 2.500</i></p> <p><i>USD 5.000</i></p> <p><i>USD 10.000</i></p> <p><i>USD 15.000</i></p>

## Key Product Provisions

### 5. Exclusions: What is not covered?

---

These are the **Group Plan** limitations that apply in addition to any personal exclusions detailed in **Your Certificate of Insurance**. These include **Treatments** that may be considered a matter of personal choice (such as cosmetic **Treatment**) and other **Treatments** that are excluded from cover to keep premiums at an affordable level.

#### 5.1 Act of Terrorism, war and illegal acts

We do not pay for **Treatment** of any condition resulting directly or indirectly from, or as a consequence of war, acts of foreign hostilities (whether or not war is declared), civil war, rebellion, revolution, insurrection or military or usurped power, mutiny, riot, strike, martial law or state of siege, or attempted overthrow of government, or any acts of terrorism, unless **You** are an innocent bystander. **You** are not covered for costs arising from taking part in any illegal act.

#### 5.2 Administrative and shipping fees

**You** are not covered for any charges made by a **Medical Practitioner** or **Dental Practitioner** for filling in claim forms or providing medical reports. **You** are not covered for any charges where a police report is required. **You** are not covered for the cost of shipping (including customs duty) on transporting medication.

#### 5.3 Alcohol and drug abuse

**You** are not covered for costs for **Treatment** resulting from dependency on or abuse of alcohol, drugs, or other addictive substances and any illness or injury arising directly or indirectly from such dependency or abuse.

#### 5.4 Allergy Testing

**You** are not covered for any allergy testing even when prescribed by a physician.

#### 5.5 Chemical exposure

**You** are not covered for **Treatment** costs directly or indirectly caused by or contributed to or arising from: ionizing radiations or contamination by radioactivity from any nuclear waste from the combustion of nuclear fuel; the radioactive, toxic, explosive or other hazardous properties of any explosive nuclear assembly or nuclear component thereof.

#### 5.6 Cosmetic surgery

**You** are not covered for **Treatment** costs relating to cosmetic or aesthetic **Treatment** or any **Treatment** related to previous cosmetic or reconstructive surgery (whether or not for psychological purposes) to enhance **Your** appearance, even when medically prescribed, such as but not limited to acne, teeth whitening, lentigo and alopecia.

The only exception is an initial reconstructive surgery necessary to restore function or appearance after a disfiguring **Accident**, or following a **Surgical Procedure** for an **Eligible Medical Condition** if the **Accident** or surgery occurs during **Your** membership.

#### 5.7 Contamination

We do not pay for the **Treatment** of any conditions, or for any claim arising directly or indirectly from chemical or biological contamination, however caused, or from contamination by radioactivity from any nuclear material whatsoever, or asbestosis, including expenses in any way caused by or contributed to by an act of war or terrorism.

#### 5.8 Chronic Conditions

If **You** are insured under the Essential **Group Plan** option, **You** do not have cover for costs relating to the maintenance of **Chronic Conditions**.

#### 5.9 Coma or Vegetative State

We will not pay for any **Treatment** costs incurred by an **Insured Person** after being in a coma or in a vegetative state for more than 12 months.

We will, however, pay for any active **Treatment** costs of an **Eligible Medical Condition** incurred within the first 12 months of the coma or the vegetative state.

## Ketentuan Produk Penting

### 5. Pengecualian: Apa saja yang tidak ditanggung?

Ketentuan-ketentuan ini adalah pembatasan **Polis Grup** yang berlaku di samping setiap pengecualian pribadi yang rinci dalam **Sertifikat Asuransi Anda**. Ini mencakup **Pengobatan** yang dapat dianggap sebagai masalah pilihan pribadi (seperti **Pengobatan** kosmetik) dan **Pengobatan** lain yang dikecualikan dari pertanggunganaan agar premi tetap berada pada tingkat yang terjangkau.

#### 5.1 Perbuatan terorisme, perang dan perbuatan ilegal

**Kami** tidak membayar untuk **Pengobatan** kondisi yang diakibatkan secara langsung atau tidak langsung oleh, atau sebagai akibat dari perang, tindakan permusuhan asing (baik perang yang dinyatakan ataukah tidak), perang saudara, pemberontakan, revolusi, huru-hara atau perebutan militer atau kekuasaan, pembangkangan, kerusuhan, pemogokan, darurat militer atau keadaan perang, atau percobaan penggulingan pemerintah, atau perbuatan terorisme, kecuali **Anda** adalah orang yang berada di sekitar tempat kejadian dan tidak bersalah. **Anda** tidak ditanggung untuk biaya yang timbul akibat ambil bagian dalam perbuatan ilegal.

#### 5.2 Biaya administrasi dan pengiriman

**Anda** tidak ditanggung untuk setiap biaya yang dibuat oleh **Praktisi Medis** atau **Praktisi Gigi** untuk mengisi formulir klaim atau memberikan laporan medis. **Anda** tidak ditanggung untuk setiap biaya dimana laporan polisi diperlukan. **Anda** tidak ditanggung untuk biaya pengiriman (termasuk bea) dalam pengangkutan obat.

#### 5.3 Penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya **Pengobatan** akibat ketergantungan pada atau penyalahgunaan alkohol, narkoba, atau zat adiktif lainnya dan penyakit atau cedera yang diakibatkan secara langsung atau tidak langsung oleh ketergantungan atau penyalahgunaan tersebut.

#### 5.4 Tes Alergi

**Anda** tidak ditanggung untuk tes alergi apapun bahkan jika diresepkan oleh dokter.

#### 5.5 Eksploitasi kimia

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya **Pengobatan** yang langsung atau tidak langsung disebabkan oleh atau disumbang oleh atau diakibatkan oleh: radiasi ion atau kontaminasi oleh radioaktivitas dari limbah nuklir dari pembakaran bahan bakar nuklir; sifat radioaktif, racun, mudah meledak atau sifat berbahaya lainnya dari setiap perakitan nuklir yang mudah meledak atau komponen nuklir tersebut.

#### 5.6 Operasi kosmetik

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya **Pengobatan** yang berkaitan dengan **Pengobatan** kosmetik atau estetik atau **Pengobatan** apapun yang berhubungan dengan bedah kosmetik atau rekonstruksi sebelumnya (baik untuk tujuan psikologis ataupun tidak), seperti tetapi tidak terbatas pada jerawat, pemutihan gigi, lentigo dan alopecia.

Satu-satunya pengecualian adalah operasi rekonstruksi awal yang diperlukan untuk mengembalikan fungsi atau penampilan setelah **Kecelakaan** yang mengakibatkan cacat, atau mengikuti Prosedur bedah untuk **Kondisi Medis** yang memenuhi syarat jika **Kecelakaan** atau operasi terjadi selama kepesertaan **Anda**.

#### 5.7 Kontaminasi

**Kami** tidak membayar untuk **Pengobatan** kondisi apa pun, atau untuk klaim apapun yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari kontaminasi bahan kimia atau biologi, meskipun disebabkan, atau dari kontaminasi oleh radioaktivitas dari bahan nuklir apa pun, atau asbestosis, termasuk biaya dengan cara apapun yang disebabkan oleh atau disumbang oleh tindakan perang atau terorisme.

#### 5.8 Kondisi kronis

Jika **Anda** diasuransikan berdasarkan opsi **Polis Grup** Essential, **Anda** tidak ditanggung untuk biaya yang berkaitan dengan pemeliharaan **Kondisi Kronis**.

#### 5.9 Koma atau Keadaan Vegetatif

**Kami** tidak akan membayar biaya **Pengobatan** yang dikeluarkan oleh **Tertanggung** setelah koma atau dalam keadaan vegetatif selama lebih dari 12 bulan.

Akan tetapi, **Kami** akan membayar biaya **Pengobatan** aktif dari **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang dikeluarkan dalam 12 bulan pertama koma atau keadaan vegetatif.

## 5.10 Deductible, Out-Patient Per Visit Excess or Co-Insurance

**You** are not covered for the amount of the **Deductible, Out-Patient Per Visit Excess or Co-Insurance** that is shown on **Your Certificate of Insurance**. **We** will treat any arrangement with or any offer by a provider to charge **Us** a higher fee to cover the amount of the **Deductible, Out-Patient Per Visit Excess or Co-Insurance** as fraud and **We** will take legal action.

## 5.11 Dental care

**You** are not covered for any dental care unless these **Benefits** are included on **Your Certificate of Insurance**. However **We** will pay for **Emergency In-Patient dental Treatment** following an **Accident** as detailed in the **Benefit Schedule**. **We** will not pay for any telephone or travelling expenses incurred in seeking dental advice or **Treatment**, damage to dentures unless being worn at the time of the **Accident**, or the cost of **Treatment** made necessary by an accidental dental injury if:

- The injury was caused by eating or drinking anything, even if it contains a foreign body
- The damage was caused by normal wear and tear
- The injury was caused when boxing or playing rugby (except school rugby) unless appropriate mouth protection was worn
- The injury was caused by any means other than extra-oral impact
- The damage was caused by tooth brushing or any other oral hygiene procedure
- The damage is not apparent within 10 days of the impact which caused the injury
- The costs are incurred more than 18 months after the date of the injury which made the **Treatment** necessary

## 5.12 Developmental disorders

**You** are not covered for **Treatment** of developmental, behavioural or learning problems such as attention deficit hyperactivity syndrome, speech disorders or dyslexia and physical developmental problems.

## 5.13 Dietary supplements, vitamins or minerals and Cosmetic Products

**We** do not pay for products classified as vitamins or minerals (except during **Pregnancy** or to treat diagnosed, clinically significant vitamin deficiency syndromes), nutritional or dietary consultations and supplements, including, but not limited to, special infant formula and cosmetic products including but not limited to moisturizers, cleansers, lotions, soaps, shampoos, sunscreen, mouth wash, antiseptic lozenges, even if medically recommended or prescribed or acknowledged as having therapeutic effects.

## 5.14 Eating disorders

**You** are not covered for costs relating to **Treatment** of eating disorders such as, but not limited to, anorexia nervosa and bulimia.

## 5.15 Experimental Treatment and drugs

**You** are not covered for **Treatment** or drugs which have not been established as being effective or which are experimental. For drugs this means they must be licensed for use by the European Medicines Agency or the Medicines and Healthcare products Regulatory Agency and The Agency for Food and Drug Administration (BPOM) be used within the terms of that licence. For established **Treatment**, this means procedures and practices that have undergone appropriate clinical trial and assessment, sufficiently evidenced and published medical journals and/or been approved by the National Institute for Health and Clinical Excellence for specific purposes to be considered proven safe and effective therapies.

## 5.16 Eyesight tests or vision correction, hearing tests, hearing or visual aids

**You** are not covered for routine eyesight or hearing tests or the cost of eyeglasses, contact lenses, hearing aids or cochlear implants. **We** do not pay for eye surgery to correct vision, however eye surgery to correct an **Eligible Medical Condition** is covered.

## 5.17 External appliance and/or Prosthesis

**You** are not covered for any costs relating to providing, maintaining and fitting of any external prosthesis or appliance or other equipment, medical or otherwise except as is specified under the **Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist fees Benefit**.

## 5.10 Risiko Sendiri, Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan atau Ko-Asuransi Biaya Risiko Sendiri atau Ko-Asuransi

**Anda** tidak ditanggung untuk jumlah **Risiko Sendiri, Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan** atau **Ko-Asuransi** yang ditunjukkan pada **Sertifikat Asuransi Anda**. **Kami** akan memperlakukan perjanjian apapun dengan atau tawaran apapun oleh penyedia untuk membebani **Kami** biaya yang lebih tinggi untuk menanggung jumlah **Biaya Risiko Sendiri atau Ko-Asuransi** sebagai penyalahgunaan dan **Kami** akan mengambil tindakan hukum.

## 5.11 Perawatan gigi

**Anda** tidak ditanggung untuk setiap perawatan gigi kecuali **Manfaat** ini disertakan dalam **Sertifikat Asuransi Anda**. Namun **Kami** akan membayar untuk **Pengobatan** gigi **Rawat Inap Darurat** karena **Kecelakaan** sebagaimana tercantum dalam **Ikhtisar Manfaat**. **Kami** tidak akan membayar untuk setiap biaya telepon atau bepergian yang dikeluarkan dalam mencari saran atau **Pengobatan** gigi, kerusakan gigi palsu kecuali yang dikenakan pada saat **Kecelakaan**, atau biaya **Pengobatan** yang diperlukan karena cedera gigi akibat kecelakaan jika:

- Cedera disebabkan oleh makan atau minum apa pun, meski itu mengandung benda asing
- Kerusakan disebabkan oleh keausan dan robekan normal
- Cedera disebabkan saat bertinju atau bermain rugby (kecuali rugby di sekolah) kecuali pelindung mulut yang tepat dipakai
- Cedera disebabkan oleh cara apa pun selain benturan di luar mulut
- Kerusakan disebabkan oleh menyikat gigi atau prosedur kebersihan mulut lainnya
- Kerusakan tidak terlihat jelas dalam waktu 10 hari dari benturan yang menyebabkan cedera
- Biaya dikeluarkan lebih dari 18 bulan setelah tanggal cedera yang memerlukan **Pengobatan**

## 5.12 Gangguan perkembangan

**Anda** tidak ditanggung untuk **Pengobatan** masalah perkembangan, perilaku atau belajar seperti attention deficit hyperactivity syndrome, gangguan bicara atau disleksia dan masalah perkembangan fisik.

## 5.13 Suplemen makanan, vitamin atau mineral dan Produk Kosmetik

**Kami** tidak membayar produk yang diklasifikasikan sebagai vitamin atau mineral (kecuali selama **Kehamilan** atau untuk mengobati sindrom kekurangan vitamin yang telah didiagnosis dan signifikan secara klinis), konsultasi gizi atau konsultasi diet dan suplemen, termasuk, namun tidak terbatas pada, formula bayi khusus dan produk kosmetik termasuk tetapi tidak terbatas pada pelembab, pembersih, lotion, sabun, shampoo, tabir surya, obat kumur mulut, lozenge antiseptik, meski Direkomendasikan secara medis atau diresepkan atau diakui memiliki efek terapi.

## 5.14 Gangguan makan

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya yang berkaitan dengan **Pengobatan** gangguan makan seperti, namun tidak terbatas pada, anoreksia nervosa dan bulimia.

## 5.15 Perawatan Eksperimental dan Obat-obatan

**Anda** tidak ditanggung untuk **Pengobatan** atau obat-obatan yang belum terbukti efektif atau yang bersifat eksperimental. Untuk obat-obatan, ini berarti mereka harus mendapatkan lisensi untuk penggunaannya dari European Medicines Agency atau Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency dan Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) digunakan sesuai ketentuan lisensi tersebut. Untuk **Pengobatan** yang terbukti, ini berarti prosedur dan praktik yang telah menjalani uji klinis dan penilaian yang tepat, cukup dibuktikan dan dipublikasikan dalam jurnal medis dan/atau disetujui oleh National Institute for Health and Clinical Excellence untuk tujuan tertentu yang dianggap sebagai terapi yang terbukti aman dan efektif.

## 5.16 Tes penglihatan atau koreski penglihatan, tes pendengaran, alat bantu dengar atau alat bantu melihat

**Anda** tidak ditanggung untuk pemeriksaan penglihatan atau pendengaran rutin atau biaya kacamata, lensa kontak, alat bantu dengar atau implan koklea. **Kami** tidak membayar untuk operasi mata untuk memperbaiki penglihatan, tetapi operasi mata untuk memperbaiki **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** ditanggung.

## 5.17 Peratalan Eksternal dan atau Prostesis

**Anda** tidak ditanggung untuk setiap biaya yang berkaitan dengan penyediaan, pemeliharaan dan pemasangan prostesis atau alat eksternal apapun atau peralatan lain, medis atau yang lain kecuali seperti ditentukan berdasarkan **Manfaat** biaya **Rumah Sakit**, biaya **Praktisi Medis** dan biaya **Dokter Spesialis**.



---

### 5.18 Failure to follow medical advice

We do not pay for **Treatment** arising from or related to **Your** unreasonable failure to seek or follow medical advice and/or prescribed **Treatment**, or **Your** unreasonable delay in seeking or following such medical advice and/or prescribed **Treatment**. We do not pay for complications arising from ignoring such advice.

### 5.19 Foetal surgery

We do not cover the costs of surgery on a child while in its mother's womb except as part of the maternity **Benefits** detailed in **Your Certificate of Insurance**.

### 5.20 Genetic testing

We do not cover the cost of genetic tests, when those tests are undertaken to establish whether or not **You** may be genetically disposed to the development of a **Medical Condition**, **You** have a **Medical Condition** when **You** have no symptoms or if there is a genetic risk of **You** passing on a **Medical Condition**.

### 5.21 Hazardous sports and pursuits

We do not cover **Treatment** of injuries sustained from base jumping, cliff diving, flying in an unlicensed aircraft or as a learner, martial arts, free climbing, mountaineering with or without ropes, scuba diving to a depth of more than 30 metres, trekking to a height of over 4,000 metres, bungee jumping, canyoning, hang-gliding, paragliding or microlighting, parachuting, potholing, skiing off piste or any other winter sports activity carried out off piste.

### 5.22 HIV, AIDS or sexually transmitted disease

**You** are not covered for **Treatment** for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS-related Complex Syndrome (ARCS) and all diseases caused by or related to Human Immunodeficiency Virus (HIV) (or both) and sexually transmitted disease, other than stated in the **Benefit Schedule**. HIV test when not medically prescribed or screening for visa application purposes are not covered.

### 5.23 Hormone Replacement Therapy

**You** are not covered for the costs of **Treatment** for Hormone Replacement Therapy (HRT). We will cover **Medical Practitioner's** fees including consultations, the cost of implants, patches or tablets which are **Medically Necessary** as a direct result of medical intervention, up to a maximum of 18 months from the date of medical intervention.

### 5.24 Morbid obesity

**You** are not covered for the costs of **Treatment** for, or related to, morbid obesity. **You** are not covered for costs arising from or relating to removing fat or surplus healthy tissue from any part of the body.

### 5.25 Nursing homes, convalescence homes, health hydros, and nature cure clinics

**You** are not covered for **Treatment** received in nursing homes, convalescence homes, health hydros, nature cure clinics or similar establishments. **You** are not covered for convalescence or where **You** are in **Hospital** for the purpose of supervision. **You** are not covered for extended nursing care if the reason for the extended nursing care is due to age related infirmity and/or if the **Hospital** has effectively become **Your** home.

### 5.26 Pre-Existing Medical Conditions (not applicable for MHD Groups)

**Your Plan** does not cover **You** for **Treatment** of **Pre-Existing Medical Conditions** and **Related Conditions** unless accepted by **Us** in writing.

A **Pre-Existing Medical Condition** means any disease, injury or illness for which:

1. **You** have received **Treatment**, test or investigations for, been diagnosed with or been hospitalised for; or
2. **You** have suffered from or experienced symptoms; whether the **Medical Condition** has been diagnosed or not, at any time before **Your Start Date/Entry Date** into the **Plan**.

## 5.18 Kelalaian dalam mematuhi saran medis

**Kami** tidak membayar untuk **Pengobatan** yang timbul dari atau terkait dengan kelalaian tak wajar **Anda** untuk mencari atau mematuhi saran medis dan/atau **Pengobatan** yang diresepkan, atau keterlambatan tak wajar **Anda** dalam mencari atau mematuhi saran medis dan/atau **Pengobatan** yang diresepkan. **Kami** tidak membayar untuk komplikasi akibat mengabaikan saran tersebut.

## 5.19 Operasi janin

**Kami** tidak menanggung biaya operasi pada seorang anak saat berada di rahim ibunya kecuali sebagai bagian dari **Manfaat** persalinan yang dirinci dalam **Sertifikat Asuransi Anda**.

## 5.20 Tes Genetik

**Kami** tidak menanggung biaya tes genetik, jika tes tersebut dilakukan untuk mengetahui apakah **Anda** mungkin mempunyai kecenderungan genetik untuk mengidap suatu **Kondisi Medis** atau tidak, **Anda** memiliki **Kondisi Medis** jika **Anda** tidak memiliki gejala atau terdapat risiko genetik pada **Anda** untuk menularkan **Kondisi Medis**.

## 5.21 Olahraga dan aktivitas yang berbahaya

**Kami** tidak menanggung **Pengobatan** asta luka berkepanjangan yang diderita akibat base jumping, cliff diving, terbang dengan pesawat tanpa izin atau sebagai pelajar, seni bela diri, panjat tebing bebas, panjat gunung dengan atau tanpa tali, scuba diving hingga kedalaman lebih dari 30 meter, trekking/menjelajah sampai ketinggian lebih dari 4.000 meter, bungee jumping, canyoning, hang-gliding, paralayang atau microlighting, terjun payung, potholing, ski off piste atau kegiatan olahraga musim dingin lainnya yang dilakukan secara out off piste.

## 5.22 HIV, AIDS atau penyakit menular seksual

**Anda** tidak ditanggung untuk **Pengobatan** untuk Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS-related Complex Syndrome (ARCS) dan semua penyakit yang disebabkan oleh atau berhubungan dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) (atau keduanya) dan penyakit menular seksual, selain yang dinyatakan dalam **Ikhtisar Manfaat**. Tes HIV tidak ditanggung jika tidak diresepkan secara medis atau penyaringan untuk keperluan aplikasi visa tidak ditanggung.

## 5.23 Terapi penggantian hormon

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya **Pengobatan** untuk Hormone Replacement Therapy/Terapi Penggantian Hormon (HRT). **Kami** akan menanggung biaya **Praktisi medis** termasuk konsultasi, biaya implan, patch atau tablet yang **diperlukan secara medis** sebagai akibat langsung dari intervensi medis, hingga maksimal 18 bulan sejak tanggal intervensi medis.

## 5.24 Obesitas Yang tidak wajar

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya **Pengobatan** untuk, atau terkait dengan, obesitas yang tidak wajar. **Anda** tidak ditanggung untuk biaya yang timbul dari atau berkaitan dengan pengangkatan lemak atau surplus jaringan sehat dari setiap bagian tubuh.

## 5.25 Panti jompo, rumah pemulihan, Terapi air kesehatan, dan klinik obat alam

**Anda** tidak ditanggung untuk **Pengobatan** yang diterima di panti jompo, rumah pemulihan, terapi air kesehatan, klinik obat alam atau tempat serupa. **Anda** tidak ditanggung untuk pemulihan atau dimana **Anda** berada di **Rumah Sakit** untuk tujuan pengawasan. **Anda** tidak ditanggung untuk perpanjangan asuhan keperawatan jika alasan untuk perpanjangan asuhan keperawatan tersebut karena kelemahan yang terkait dengan usia dan/atau jika **Rumah Sakit** secara efektif telah menjadi rumah **Anda**.

## 5.26 Kondisi Medis yang diderita sebelumnya

**Polis Grup Anda** tidak menanggung **Anda** untuk **Pengobatan Kondisi Medis** yang diderita sebelumnya dan **Kondisi Terkait** kecuali diterima oleh **Kami** secara tertulis.

**Kondisi Medis** yang diderita sebelumnya berarti setiap penyakit, cedera atau kesakitan yang mana:

1. **Anda** telah mendapat **Pengobatan**, percobaan atau pemeriksaan, didiagnosa atau dirawat inap di rumah sakit; atau
2. **Anda** telah menderita atau mengalami gejala; apakah **Kondisi Medis** tersebut telah didiagnosa atau tidak, kapan saja sebelum **Tanggal Mulai/Tanggal Masuk Anda** ke dalam **Polis Grup** ini.

### 5.27 Pregnancy or maternity

**You** are not covered for costs relating to normal **Pregnancy** or childbirth, voluntary caesarean section, unless maternity **Benefits** are shown on **Your Certificate of Insurance**.

### 5.28 Professional sports

**You** are not covered for any costs resulting from injuries or illness arising from **You** taking part in any form of professional sport. By professional sport, **We** mean where **You** are being paid to take part.

### 5.29 Reproductive medicine

**You** are not covered for costs relating to investigations into or **Treatment** of infertility and fertility, sterilisation (or its reversal) or assisted conception. **You** are not covered for the costs in connection with contraception.

### 5.30 Routine examinations, health screening

**You** are not covered for routine medical examinations including issuing medical certificates, health screening examinations or tests to rule out the existence of a condition for which **You** do not have any symptoms, unless these **Benefits** are shown on **Your Certificate of Insurance**.

### 5.31 Second opinions

**We** do not cover the costs of any second or subsequent medical opinions from a **Medical Practitioner** or **Specialist** for the same **Medical Condition** other than stated in **Your Certificate of Insurance**, unless authorised by **Us**.

### 5.32 Self-inflicted injuries or attempted suicide

**You** are not covered for any costs for **Treatment** resulting directly or indirectly from self-inflicted injury, suicide or attempted suicide.

### 5.33 Sexual problems and gender re-assignment

**You** are not covered for **Treatment** costs relating to sexual problems including sexual dysfunction, or gender re-assignment operations or any other surgical or medical **Treatment** including psychotherapy or similar services which arise from, or are directly or indirectly associated with gender re-assignment. **You** are not covered for the costs of treating sexually transmitted infections.

### 5.34 Sleep disorders

**You** are not covered for **Treatment** costs related to snoring, insomnia, jet-lag, fatigue, or sleep apnoea including sleep studies or corrective surgery.

### 5.35 Travel/accommodation costs

**You** are not covered for transport or accommodation costs **You** incur during trips made specifically to get medical **Treatment** unless these costs are for an **Emergency** medical **Evacuation** that **We** pre-authorised. **You** are not covered for any costs of **Emergency** medical **Evacuation** or repatriating **Your** body that **We** did not pre-authorise and arrange.

### 5.36 Travelling against medical advice

**You** are not covered for medical or other costs **You** incur if **You** travel against the advice given by **Your** treating **Medical Practitioner**.

### 5.37 Treatment by a family member

**You** are not covered for the costs of **Treatment** by a family member or for self-therapy.

### 5.38 Treatment charges outside of Our reasonable and customary range

**We** will not pay **Treatment** charges when they are above the **Reasonable and Customary Charges** level.

### 5.27 Kehamilan atau persalinan

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya yang berkaitan dengan **Kehamilan** atau persalinan normal, operasi caesar atas permintaan sendiri, kecuali **Manfaat** persalinan ditunjukkan pada **Sertifikat Asuransi Anda**.

### 5.28 Olahraga profesional

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya yang diakibatkan oleh cedera atau kesakitan yang timbul karena **Anda** mengambil bagian dalam segala bentuk olahraga profesional. Yang **Kami** maksud dengan olahraga profesional adalah **Anda** dibayar untuk ambil bagian.

### 5.29 Pengobatan reproduksi

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya yang berkaitan dengan pemeriksaan atau **Pengobatan** ketidaksuburan dan kesuburan, sterilisasi (atau kebalikannya) atau pembuahan terbantu. **Anda** tidak ditanggung untuk biaya sehubungan dengan kontrasepsi.

### 5.30 Pemeriksaan rutin, skrining kesehatan

**Anda** tidak ditanggung untuk pemeriksaan medis rutin termasuk menerbitkan sertifikat medis, pemeriksaan skrining kesehatan atau tes untuk mengesampingkan adanya kondisi yang **Anda** tidak memiliki gejala apapun, kecuali **Manfaat** ini ditunjukkan pada **Sertifikat Asuransi Anda**.

### 5.31 Pendapat kedua

**Kami** tidak menanggung biaya apapun untuk pendapat medis kedua atau berikutnya dari **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis** untuk **Kondisi Medis** yang sama selain yang dinyatakan dalam **Sertifikat Asuransi Anda**, kecuali diizinkan oleh **Kami**.

### 5.32 Cedera akibat perbuatan sendiri atau percobaan bunuh diri

**Anda** tidak ditanggung untuk setiap biaya **Pengobatan** yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung oleh cedera akibat perbuatan sendiri, bunuh diri atau percobaan bunuh diri.

### 5.33 Masalah seksual dan ganti kelamin

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya **Pengobatan** yang berkaitan dengan masalah seksual termasuk disfungsi seksual, atau operasi ganti kelamin atau **Pengobatan** bedah atau medis lainnya termasuk psikoterapi atau layanan serupa yang timbul dari, atau secara langsung atau tidak langsung berhubungan dengan ganti kelamin. **Anda** tidak ditanggung untuk biaya mengobati infeksi menular seksual.

### 5.34 Gangguan tidur

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya **Pengobatan** yang berhubungan dengan mendengkur, insomnia, jet lag, kelelahan, atau sleep apnoea termasuk studi tidur atau operasi korektif.

### 5.35 Biaya perjalanan/akomodasi

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya transportasi atau akomodasi yang **Anda** keluarkan selama perjalanan yang dilakukan khusus untuk mendapatkan **Pengobatan** medis kecuali biaya ini untuk **Evakuasi** medis **Darurat** yang **Kami** telah izinkan sebelumnya. **Anda** tidak ditanggung untuk setiap biaya **Evakuasi** medis **Darurat** atau pemulangan jenazah **Anda** yang **Kami** tidak izinkan sebelumnya dan atur.

### 5.36 Perjalanan yang bertentangan dengan saran medis

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya medis atau biaya lainnya yang **Anda** keluarkan jika **Anda** melakukan perjalanan yang bertentangan dengan saran yang diberikan oleh **Praktisi Medis** yang mengobati **Anda**.

### 5.37 Pengobatan oleh anggota keluarga

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya **Pengobatan** oleh anggota keluarga atau untuk terapi mandiri.

### 5.38 Biaya Pengobatan di luar jangkauan wajar dan layak Kami

**Kami** tidak akan membayar biaya **Pengobatan** jika biaya tersebut berada di atas tingkat **Biaya yang Wajar dan layak**.

## 6. Group Plan administration

---

### 6.1 The contract

The application form and any supporting documents, the Group Agreement, **Certificate of Insurance**, **Benefit Schedule** and this handbook incorporating the **Group Plan** terms and conditions make up the contract between **You** and **Us**.

### 6.2 Premium payment and refunds

At the start of each **Group Plan** year, **We** will calculate the premium applicable and let the **Planholder** know how much it is. Premiums are payable for each person covered and any increase will normally take effect from the annual Renewal Date of **Your** membership.

The **Planholder** must pay the premium when it is due. **We** will allow a grace period of 30 days at the latest, for payment of premiums from these dates. If payment is not received within this 30 day period, **We** will cancel **Your Group Plan** and will not pay for any **Treatment** or **Benefit** entitlement arising after the date that the premium became due.

Where a payment is received after the grace period, **We** have the right to reinstate the **Group Plan** at **Our** sole discretion and may be subject to the alternation in terms or may be subject to a medical questionnaire or declaration.

All premiums and **Benefits** shall be quoted and operated in US Dollars. Should payment of premiums be made in Rupiah, the exchange rate used will be that of Bank Indonesia at the prevailing rate on the date the payment was received.

### 6.3 Eligibility

#### 6.3.1 Age limits

The maximum entry age is 79. **You** must be under 80 years of age at the **Entry Date** of **Your Group Plan**.

#### 6.3.2 Actively at Work

Actively at Work shall mean **You** are employed by the **Planholder** on a permanent basis and **You** are performing all **Your** regular duties according to **Your** employment terms on a customary manner and on a full time basis.

If **You** are an employee, **You** need to be Actively at Work on the day **You** become **Eligible** to join the **Group Plan**. If **You** are not Actively at Work on the day **You** become **Eligible**, **Your** cover will only begin on the day **You** return to work on an Actively at Work basis. **You** can only add **Your Dependants** when **You** return to work.

**You** are considered NOT being Actively at Work if:

- **You** are working less than 80% of the required work hours or being paid less than 80% of the usual pay as stipulated in **Your** employment terms
- **You** have a **Medical Condition** that necessitates absence from **Your** usual work place for more than 60 days, with the exception of maternity/paternity leave as allowed by the local regulations.

#### 6.3.3 Full medical underwriting

Full medical underwriting requires each person to be covered by **Our Group Plan** to complete and return an application form including the medical declaration. If **You** answer "Yes" to any of the questions, **You** will be required to provide details of the date of, and diagnosis; past/current and future known **Treatment**; details of the frequency and severity of symptoms including the date of the last episode. If available, **You** should provide any medical reports or test results with **Your** application. **You** may be required to complete a further medical questionnaire if **We** require more information.

All information will be treated in strict confidence.

**We** rely on the information that **You** provide in the application form when **We** decide whether or not to accept **Your** application, and whether or not **We** need to apply special terms. Special terms are exclusions or conditions that **We** may apply to **Your** cover. If **You** submit a claim for the **Treatment** of any condition which **You** omitted to tell **Us** about here, or **You** omit to tell **Us** everything about any condition, **We** may refuse to pay that claim. **We** will tell **You** about any excluded **Medical Conditions**, restriction of coverage, and/or additional loading on **Your Certificate of Insurance**.

#### 6.3.4 Dependants

Any **Dependants** generally must be covered under the same level of **Benefits** as the **Planholder**.

A different level of **Benefits** can be selected that provides no more **Benefits** than the **Insured Person** has. For example, the **Insured Person** may have an Excel **Group Plan** option; they can decide to cover their **Dependant** on the Excel, Essential or the Advance **Group Plan** option, but not the Apex **Group Plan** option.

## 6. Administrasi Polis Grup

### 6.1 Kontrak

Formulir permohonan dan dokumen pendukung apapun, Perjanjian Grup, **Sertifikat Asuransi**, **Ikhtisar Manfaat** dan buku Panduan ini yang memasukkan syarat dan ketentuan **Polis Grup** membentuk kontrak antara **Anda** dan **Kami**.

### 6.2 Pembayaran dan pengembalian premi

Pada awal setiap tahun **Polis Grup**, **Kami** akan menghitung premi yang berlaku dan memberitahu **Pemegang Polis** berapa banyak jumlahnya. Premi yang harus dibayar untuk setiap orang yang ditanggung dan setiap peningkatan biasanya akan berlaku sejak Tanggal Pembaharuan tahunan kepesertaan **Anda**.

**Pemegang Polis** harus membayar premi saat jatuh tempo. **Kami** akan memberikan masa tenggang paling lama 30 hari, untuk pembayaran premi dari tanggal tersebut. Jika pembayaran tidak diterima dalam jangka waktu 30 hari ini, **Kami** akan membatalkan **Polis Grup Anda** dan tidak akan membayar untuk setiap **Pengobatan** atau hak atas **Manfaat** yang timbul setelah tanggal premi jatuh tempo.

Bila pembayaran diterima setelah masa tenggang, **Kami** memiliki hak untuk memulihkan **Polis Grup** atas kebijakan **Kami** dan dapat tunduk pada pergantian syarat-syarat atau dapat tunduk pada kuesioner medis atau pernyataan.

Semua premi dan **Manfaat** harus dikutip dan dioperasikan dalam Dollar Amerika Serikat. Jika pembayaran premi dilakukan dalam Rupiah, maka kurs yang digunakan adalah kurs Bank Indonesia pada kurs yang berlaku pada tanggal pembayaran diterima.

### 6.3 Pemenuhan Syarat

#### 6.3.1 Batas Usia

Usia masuk maksimal adalah 79 tahun. **Anda** harus berumur kurang dari 80 tahun pada **Tanggal Masuk Polis Grup Anda**.

#### 6.3.2 Aktif di Tempat Kerja

Aktif di Tempat Kerja berarti **Anda** dipekerjakan oleh **Pemegang Polis** secara tetap dan **Anda** menjalankan semua tugas rutin **Anda** sesuai dengan ketentuan ketenagakerjaan **Anda** secara layak dan secara penuh waktu. Jika **Anda** seorang karyawan, **Anda** harus Aktif di Tempat Kerja pada hari **Anda** sudah **Memenuhi Syarat** untuk bergabung dengan **Polis Grup**. Jika **Anda** tidak Aktif di Tempat Kerja pada hari **Anda** sudah **Memenuhi Syarat**, **Pertanggungannya Anda** hanya akan dimulai pada hari **Anda** kembali bekerja secara Aktif di Tempat Kerja. **Anda** hanya dapat menambahkan **Tanggungannya Anda** saat kembali bekerja.

**Anda** dianggap TIDAK Aktif di Tempat Kerja jika:

- **Anda** bekerja kurang dari 80% dari jam kerja yang dibutuhkan atau dibayar kurang dari 80% dari bayaran biasanya sesuai ketentuan kerja **Anda**
- **Anda** memiliki **Kondisi Medis** yang mengharuskan **Anda** absen ke tempat kerja dimana **Anda** bekerja selama lebih dari 60 hari, dengan pengecualian cuti hamil/bersalin seperti yang diizinkan oleh peraturan setempat.

#### 6.3.3 Seleksi Risiko Medis Penuh

Seleksi risiko medis penuh mensyaratkan setiap orang yang akan ditanggung oleh **Polis Grup Kami** untuk mengisi dan mengembalikan formulir permohonan termasuk pernyataan medis. Jika **Anda** menjawab "Ya" untuk salah satu pertanyaan, **Anda** akan diminta untuk memberikan rincian tanggal, dan diagnosis; **Pengobatan** di masa lalu/saat ini dan masa depan yang diketahui; Rincian dari seringnya dan keparahan gejala termasuk tanggal episode terakhir. Jika tersedia, **Anda** harus memberikan laporan medis atau hasil tes bersama permohonan **Anda**. **Anda** mungkin diminta untuk mengisi kuesioner medis lebih lanjut jika **Kami** memerlukan informasi lebih lanjut.

Semua informasi akan diperlakukan dengan sangat rahasia.

**Kami** mengandalkan informasi yang **Anda** berikan dalam formulir permohonan saat **Kami** memutuskan apakah menerima permohonan **Anda** atau tidak, dan apakah **Kami** perlu memberlakukan persyaratan khusus atau tidak. Persyaratan khusus adalah pengecualian atau ketentuan yang **Kami** mungkin berlakukannya terhadap pertanggungannya **Anda**. Jika **Anda** mengajukan klaim untuk **Pengobatan** kondisi apapun yang **Anda** telah lalai untuk memberitahukan kepada **Kami** di sini, atau **Anda** lalai untuk memberitahu **Kami** segala sesuatu tentang kondisi apapun, maka **Kami** dapat menolak untuk membayar klaim tersebut. **Kami** akan memberitahu **Anda** segala **Kondisi Medis** yang dikecualikan, pembatasan pertanggungannya, dan/atau beban tambahan dalam **Sertifikat Asuransi Anda**.

#### 6.3.4 Tanggungan

Setiap **Tanggungannya** umumnya harus ditanggung pada tingkat **Manfaat** yang sama dengan **Pemegang Polis**. Tingkat **Manfaat** yang berbeda dapat dipilih yang memberikan **Manfaat** tidak lebih dari yang **Tertanggungannya** miliki. Misalnya, **Tertanggungannya** dapat memiliki pilihan **Polis Grup Excel**; mereka dapat memutuskan untuk menanggung **Tanggungannya** mereka pada pilihan **Polis Grup Excel**, **Essential** atau **Advance**, tetapi bukan pilihan **Polis Grup Apex**.



### 6.3.5 Start date

Cover starts on the **Start Date** shown on **Your Certificate of Insurance** provided **We** have received the premium. Depending on the preferred premium payment method, a cover note may be issued and premiums will be due within 30 days of **Our** written acceptance.

### 6.3.6 Local legislation

Membership may depend on local insurance licensing legislation in **Your Country of Residence**. **You** are obliged to meet local legislation requirements in **Your Country of Residence** at any time before and while **You** are a member of this **Group Plan**.

### 6.3.7 Non-eligible residency

If **You** permanently reside in a country that is not covered by this **Group Plan** and which **We** have advised at **Renewal Date**, **You** are not **Eligible** for this **Group Plan**. For details of the excluded countries please contact **Our** Customer Service team on Toll-free 0800 1 889900 /Toll +62 21 2783 6910.

## 6.4 Adding a new Dependant

If the **Planholder** wishes to add **Your** spouse, partner or child to this **Group Plan**, **Your Planholder** must either use its online secure portfolio area at [www.now-health.com](http://www.now-health.com) or complete an add **Dependant** application form. Cover will not start until the **Planholder's** application has been accepted by **Us** for that **Dependant** and **We** have received premium payment.

## 6.5 Adding New Borns

**You** can apply to add **New Born** babies (who are born to the **Planholder** or the **Planholder's** spouse) to the **Plan** from their date of birth. This can normally be done without filling out details of their medical history, provided **You** add them within 30 days of their date of birth. **You** can do this by applying via **Your** online secure portfolio area at [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

However, **We** will require details of the baby's medical history if :

- the baby was born within 10 months from **Your Start Date** or **Your** spouse's **Start Date**, whichever date is later; or
- the baby has been adopted; or
- the baby was born as the result of any method of assisted conception or following any type of fertility **Treatment**, including but not limited to fertility drug **Treatment**.

In such circumstances **We** reserve the right to apply particular restrictions to the cover **We** will offer, and **We** will notify **You** of those terms as soon as reasonably possible. This may limit **Your** baby's cover for existing **Medical Conditions**. This would mean that **Your** baby will not be covered for **Treatment** carried out for **Medical Conditions** which existed prior to joining, such as **Treatment** in a Special Care Baby Unit and **You** will be liable for these costs.

## 6.6 Changing the Planholder's cover

Subsequent changes in cover can only be made at renewal.

## 6.7 Renewing the Planholder's cover

The **Planholder's Group Plan** is for one year, the **Period of Cover**. Prior to the end of any **Period of Cover** **We** will write to the **Planholder** to advise on what terms the **Group Plan** will continue, provided the **Group Plan** is still available. If **We** do not hear from the **Planholder** in response, **We** will renew the **Planholder's Group Plan** on the new terms.

## 6.8 Continuous transfer terms

**We** will maintain the existing underwriting or special acceptance terms, as shown by the **Planholder's** current insurer, such as any moratoria or specific exclusions and the **Group Plan** with **Us** will be governed by the terms and conditions of this **Group Plan**. The acceptance by **Us** of the **Planholder's** original **Start Date** will be applied to the **Group Plan** with **Us** and any transfer will be subject to no enhanced **Benefits** being provided. Transfer from a **Company Plan** to an **Individual Plan** is subject to written agreement from **Us**.

## 6.9 Local taxes

The **Planholder** is liable for any local taxes and charges as established by the applicable laws. These have to be paid in full by the **Planholder** and will be shown on the **Planholder's Certificate of Insurance**.

## 6.10 Language

This contract will be written in both English and Bahasa. In the event of any discrepancy or ambiguity between the versions the English version of the contract shall prevail.



### 6.3.5 Tanggal mulai

Pertanggungjawaban dimulai pada **Tanggal Mulai** yang ditunjukkan pada **Sertifikat Asuransi Anda** asalkan **Kami** telah menerima premi. Bergantung pada metode pembayaran premi yang dipilih, nota penutupan pertanggungjawaban (cover note) dapat diterbitkan dan premi akan jatuh tempo dalam waktu 30 hari dari penerimaan secara tertulis oleh **Kami**.

### 6.3.6 Undang-undang lokal

Kepesertaan dapat bergantung pada undang-undang perizinan asuransi lokal di **Negara Tempat Tinggal Anda**. **Anda** wajib memenuhi persyaratan undang-undang lokal di **Negara Tempat Tinggal Anda** setiap saat sebelum dan selama **Anda** menjadi peserta dari **Polis Grup** ini.

### 6.3.7 Tempat tinggal tidak memenuhi syarat

Jika **Anda** tinggal secara tetap di negara yang tidak ditanggung oleh **Polis Grup** ini dan yang **Kami** telah sarankan pada **Tanggal Pembaruan**, maka **Anda** tidak memenuhi syarat untuk **Polis Grup** ini. Untuk rincian negara yang dikecualikan, silahkan hubungi Tim Layanan Nasabah **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/ Telepon +62 21 2783 6910.

## 6.4 Menambahkan Tanggungan baru

Jika **Pemegang Polis** ingin menambahkan suami/istri, pasangan atau anak **Anda** pada **Polis Grup** ini, maka **Pemegang Polis Anda** harus menggunakan area portofolio online yang aman **Anda** di [www.now-health.com](http://www.now-health.com) atau mengisi formulir permohonan penambahan tanggungan. Pertanggungjawaban tidak akan dimulai sampai permohonan **Pemegang Polis** telah diterima oleh **Kami** untuk **Tanggungan** itu dan **Kami** telah menerima pembayaran premi.

## 6.5 Menambahkan Bayi Baru Lahir

**Anda** dapat mengajukan permohonan untuk menambahkan **Bayi Baru Lahir** (yang dilahirkan ke **Pemegang Polis** atau pasangan dari **Pemegang Polis**) ke dalam **Polis** sejak tanggal kelahiran mereka. Hal ini biasanya dapat dilakukan tanpa mengisi rincian riwayat kesehatan mereka, asalkan **Anda** menambahkan mereka dalam waktu 30 hari sejak tanggal kelahiran mereka. **Anda** dapat melakukan hal ini dengan mengajukan permohonan melalui area portofolio online yang aman **Anda** di [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

Akan tetapi, **Kami** akan meminta rincian riwayat kesehatan bayi jika:

- bayi lahir dalam waktu 10 bulan dari **Tanggal Mulai Anda** atau **Tanggal Mulai pasangan Anda**, tanggal yang mana yang lebih akhir; atau
- bayi telah diadopsi; atau
- bayi lahir sebagai hasil dari metode pembuahan bantuan atau jenis **Pengobatan** kesuburan apapun, termasuk namun tidak terbatas pada **Pengobatan** dengan obat kesuburan.

Dalam keadaan seperti itu **Kami** berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungjawaban yang akan **Kami** tawarkan, dan **Kami** akan memberitahu **Anda** mengenai syarat-syarat tersebut sesegera mungkin. Hal ini dapat membatasi pertanggungjawaban bayi **Anda** untuk **Kondisi Medis** yang sudah diderita. Ini berarti bahwa bayi **Anda** tidak akan ditanggung untuk **Pengobatan** yang dilakukan untuk **Kondisi Medis** yang ada sebelum bergabung, seperti **Pengobatan** di Unit Perawatan Bayi Khusus dan **Anda** akan bertanggung jawab atas biaya-biaya ini.

## 6.6 Mengubah pertanggungjawaban Pemegang Polis

Perubahan berikutnya dalam hal pertanggungjawaban hanya dapat dilakukan saat pembaharuan.

## 6.7 Memperbarui pertanggungjawaban Pemegang Polis

**Polis Grup** dari **Pemegang Polis** adalah selama satu tahun, yakni **Masa Pertanggungjawaban**. Sebelum akhir dari setiap **Masa Pertanggungjawaban Kami** akan menulis surat kepada **Pemegang Polis** untuk memberi saran tentang apa syarat-syarat meneruskan **Polis Grup**, asalkan **Polis Grup** masih tersedia. Jika **Kami** tidak mendengar tanggapan dari **Pemegang Polis**, maka **Kami** akan memperbaharui **Polis Grup** dari **Pemegang Polis** berdasarkan syarat-syarat baru.

## 6.8 Syarat-syarat perpindahan berkelanjutan

**Kami** akan mempertahankan penjaminan yang ada atau syarat-syarat penerimaan khusus, seperti ditunjukkan oleh penanggung saat ini dari **Pemegang Polis**, misalnya setiap masa tunggu atau pengecualian khusus dan **Polis Grup** bersama **Kami** akan diatur oleh syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan **Polis Grup Tanggal Mulai** asli dari **Pemegang Polis** yang **Kami** terima akan diterapkan pada **Polis Grup** bersama **Kami** dan peralihan apapun akan tunduk pada tidak adanya peningkatan **Manfaat** yang disediakan. Peralihan dari **Polis Grup** Perusahaan ke **Polis Grup** perorangan tunduk pada persetujuan tertulis dari **Kami**.

## 6.9 Pajak Lokal

**Pemegang Polis** bertanggung jawab atas segala pajak lokal dan biaya sebagaimana ditetapkan oleh hukum yang berlaku. Ini harus dibayar penuh oleh **Pemegang Polis** dan akan ditunjukkan pada **Sertifikat Asuransi Pemegang Polis**.

## 6.10 Bahasa

Kontrak ini akan ditulis dalam bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia. Dalam hal terjadi perbedaan atau ambiguitas antar versi maka versi bahasa Inggris dari kontrak ini berlaku.

## 7. Dispute resolution

---

**7.1** In the event of any dispute arising between the Insurer and the **Insured** as consequence of the interpretation of liability or amount of indemnity of this Policy, the dispute shall be settled amicably by the complaint handling and resolution unit of the Insurers within 60 (sixty) calendar days from the dispute arose. The dispute arises since the Insured has expressed disagreement in writing on the subject matter of the dispute.

**7.2** If the dispute could not be settled amicably as provided in item 1 above, both the Insurer and the **Insured** shall make. statement of disagreement in writing. Then the **Insured** shall choose to settle the dispute through out of the court or court settlement by selecting either one of the following dispute settlement clauses as stated below:

### 7.2.1 Alternative dispute resolution body

It is hereby declared and agreed that the **Insured** and the Insurer shall settle the dispute through the Indonesian Insurance Mediation and Arbitration Board (BMAI) subject to the terms and procedures of BMAI or any other alternative insurance dispute resolution body which is registered in the Financial Services Authority.

### 7.2.2. Court

It is hereby declared and agreed that the **Insured** and the Insurer shall settle the dispute through the Court (Pengadilan Negeri) within the territory of the Republic of Indonesia.

### 7.2.3 Conclusion

This policy has complied with prevailing laws and regulations including regulations of Financial Service Authority. Other matters which may not be sufficiently stipulated in this Policy shall be subject to the provisions of the Commercial Code (Kitab Undang-Undang Hukum Dagang) and or prevailing Laws and Regulations.

## 7. Penyelesaian Sengketa

---

**7.1** Dalam hal timbul perselisihan antara Penanggung dan **Tertanggung** sebagai akibat dari penafsiran atas tanggung jawab atau besarnya ganti rugi dari **Polis** ini, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui forum perdamaian atau musyawarah oleh unit internal Penanggung yang menangani Pelayanan dan Penyelesaian Pengaduan bagi Konsumen. Perselisihan timbul sejak **Tertanggung** menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan. Penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah dilakukan dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan.

**7.2** Apabila penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah sebagaimana diatur pada ayat 1 tidak mencapai kesepakatan, maka ketidaksepakatan tersebut harus dinyatakan secara tertulis oleh Penanggung dan **Tertanggung**. Selanjutnya **Tertanggung** dapat memilih penyelesaian sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan dengan memilih salah satu klausul penyelesaian sengketa sebagaimana diatur di bawah ini:

### 7.2.1 Lembaga alternatif penyelesaian sengketa

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa **Tertanggung** dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI) sesuai dengan Peraturan dan Prosedur BMAI atau melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Asuransi lainnya yang terdaftar di Otoritas Jasa Keuangan.

### 7.2.2. Pengadilan

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

### 7.2.3 Penutup

Isi **Polis** ini telah disesuaikan dengan hukum dan peraturan perundang-undangan termasuk Peraturan Otoritas Jasa Keuangan. Untuk hal-hal yang belum atau tidak cukup diatur dalam **Polis** ini, berlaku ketentuan Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan atau hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

---

### 7.3 What we do with your personal data

Please ensure that **You** show the following information to others covered under **Your Plan**, or make them aware of its contents.

**We** will deal with all personal information supplied in the strictest confidence. **We** collect personal information about **You** and **Your Dependants** (including health, bank account and occupation) for the purpose of establishing and administering **Your Plan**. This includes information supplied by **You**, those family members, medical providers or **Your** employer (if applicable). **Your** information may be passed to group companies administering **Your Plan**, **Medical Practitioners**, Medical Assistance Companies and Claims Administrators for these purposes, including those located outside Indonesia. Confidentiality is required of any third parties to whom the administration of **Your Plan** may be subcontracted, including those based outside Indonesia. In certain circumstances medical service providers (or others) may be asked to supply further information. **Your** personal details will not be disclosed to other organisations without **Your** consent.

**You** may have access to, and correct, information that **We** hold about **You**. When **You** provide information about family members, **We** will take this as confirmation that **You** have their consent to do so. As the legal holder of the **Plan** all correspondence about the **Plan**, including claims correspondence, will be sent to the **Planholder**. If any family member over 18 insured under the **Plan** does not want this to happen they should apply for their own **Plan**.

There is a legal requirement, in certain circumstances, to disclose information to law enforcement agencies relating to suspicions of fraudulent claims and other crimes. If required, information will be disclosed to third parties including other insurers for the purposes of prevention or investigation of crime including fraud or otherwise improper claims where there is reasonable suspicion. This may involve adding non-medical information to a database that will be accessible to other insurers and law enforcement agencies. Additionally, the General Medical Council or other relevant regulatory body will be notified about any issue where there is reason to believe a **Medical Practitioner's** fitness to practise may be impaired. Group companies providing IPMI products may contact **You** by letter, SMS or email with details of other IPMI or related products and services which may be of interest to **You**. If **You** do not wish this to happen please send **Us** an email at [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

A list of group companies, their contact details and **Our** Data Privacy Policy is available at [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

If **You** change **Your** mind about this permission, please contact **Our** Customer Services team or write to **Us** at the address on the back of this handbook. Unless **You** inform **Us** otherwise **We** will assume that, for the time being, **You** are happy to be contacted in this way.

**Your** health claims information may be shared by Now Health International Group companies to other Insurance Companies or Reinsurance Companies in the objective of risk management, contract negotiations, research, development and analysis, as well as, to promote other products that may be of interest to **You**.

### 7.3 Apa yang Kami lakukan dengan data pribadi Anda

Pastikan bahwa **Anda** menunjukkan informasi berikut kepada orang lain yang ditanggung dalam **Polis Grup Anda**, atau membuat mereka memahami isinya.

**Kami** akan menangani semua informasi pribadi yang diberikan dengan sangat rahasia. **Kami** mengumpulkan informasi pribadi tentang **Anda** dan **Tanggungannya** (termasuk kesehatan, rekening bank dan pekerjaan) untuk tujuan menyusun dan mengelola **Polis Anda**. Ini termasuk informasi yang diberikan oleh **Anda**, para anggota keluarga, penyedia medis atau pemberi kerja **Anda** (jika ada). Informasi **Anda** mungkin diteruskan ke perusahaan-perusahaan grup yang mengelola **Polis Anda**, **Praktisi Medis**, Perusahaan Bantuan Medis dan Administrator Klaim untuk tujuan ini, termasuk yang terletak di luar Indonesia. Kerahasiaan dipersyaratkan atas pihak ketiga kepada siapa administrasi **Polis Anda** dapat disubkontrakkan, termasuk yang berbasis di luar Indonesia. Dalam keadaan tertentu penyedia layanan kesehatan (atau orang lain) bisa diminta untuk memberikan informasi lebih lanjut. Keterangan pribadi **Anda** tidak akan diungkapkan kepada organisasi lain tanpa persetujuan **Anda**. **Anda** dapat memiliki akses ke, dan memperbaiki, informasi yang **Kami** miliki tentang **Anda**. Saat **Anda** memberikan informasi tentang anggota keluarga, **Kami** akan menganggap ini sebagai konfirmasi bahwa **Anda** mendapatkan persetujuan mereka untuk melakukannya. Sebagai pemegang sah dari **Polis** semua korespondensi tentang **Polis**, termasuk korespondensi klaim, akan dikirim ke **Pemegang Polis** tersebut. Jika ada anggota keluarga yang berusia di atas 18 tahun yang diasuransikan berdasarkan **Polis Grup** ini tidak ingin hal ini terjadi maka mereka harus mengajukan permohonan untuk **Polis Grup** mereka sendiri.

Terdapat persyaratan hukum, dalam keadaan tertentu, untuk mengungkapkan informasi kepada lembaga penegak hukum yang berkaitan dengan kecurigaan akan penipuan klaim dan kejahatan lainnya. Jika diperlukan, informasi akan diungkapkan kepada pihak ketiga termasuk penanggung lain untuk tujuan pencegahan atau investigasi kejahatan termasuk penipuan atau klaim tidak semestinya bila ada kecurigaan yang wajar. Ini bisa meliputi menambahkan informasi non-medis ke database yang akan dapat diakses oleh penanggung lain dan lembaga penegak hukum. Selain itu, General Medical Council atau badan pengawas lainnya yang relevan akan diberitahu tentang semua persoalan di mana ada alasan untuk percaya Kelayakan **Praktisi Medis** untuk berpraktek mungkin terganggu. Perusahaan-perusahaan dalam grup yang menyediakan produk Asuransi Swasta Kesehatan Internasional dapat menghubungi **Anda** melalui surat, SMS atau email dengan rincian lainnya mengenai produk dan jasa Asuransi Swasta Kesehatan Internasional atau produk dan jasa terkait yang mungkin menarik bagi **Anda**. Jika **Anda** tidak ingin ini terjadi, silahkan kirim email ke **Kami** di [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

Daftar perusahaan dalam grup, rincian kontak mereka dan Kebijakan Privasi Data **Kami** tersedia di [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

Jika **Anda** mengubah pikiran **Anda** tentang izin ini, silahkan hubungi Tim Layanan Nasabah **Kami** atau menulis surat kepada **Kami** di alamat yang ada di bagian belakang buku panduan ini. Kecuali **Anda** menginformasikan **Kami** yang lain, **Kami** akan menganggap bahwa, untuk saat ini, **Anda** nyaman dihubungi dengan cara ini.

Informasi klaim kesehatan **Anda** dapat diberikan oleh perusahaan Now Health International Group kepada Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi lain dengan tujuan manajemen risiko, negosiasi kontrak, penelitian, pengembangan dan analisis, serta, untuk mempromosikan produk lain yang mungkin menarik bagi **Anda**.

## 8. Rights and responsibilities

---

### 8.1 Your rights and responsibilities

**8.1.1** You must make sure that whenever You are required to give Us any information, all the information You give Us is sufficiently true, accurate and complete so as to give Us a fair presentation of the risk We are taking on (these are Your representations to Us).

If We discover later it is not and that Your representations were deliberate, reckless or careless, then We may void Your cover and advise the Planholder or apply different terms of cover in line with the terms We would have applied had the information been presented to Us fairly in the first place. These terms may increase the Group Plan premium and reduce Your claim(s).

**8.1.2** You or the Planholder must write and tell Us if You change Your address or occupation.

**8.1.3** This Group Plan is available only to people living in Indonesia. You must tell Us if You change Your principal Country of Residence. If You don't tell Us We can refuse to pay Benefits claimed for.

**8.1.4** Only We and the Planholder have legal rights under this Group Plan and it is not intended that any clause or term of this Group Plan should be enforceable, by any other person including any family member.

**8.1.5** The Planholder must pay Your premium when it is due and in the currency of Your Group Plan. We will decide the amount at the start of each year and tell You how much it is. We can change the amount of Your premium during a year to reflect any change in insurance premium tax or other taxes but We will tell the Planholder of the change. If Your premium payments are not up to date Your Group Plan will end.

**8.1.6** The Planholder may cancel this Group Plan by contacting Us during the 14-day cooling off period. The 14-day cooling off period starts on the day that contract is concluded or the day that full Group Plan terms and conditions are received, whichever is the later. The 14-day cooling off period also applies from each Renewal Date.

If the Group Plan is cancelled during the 14-day cooling off period We will return any premium paid for the Group Plan providing no claims have been made on the Group Plan and the Out-Patient Direct Billing membership card has been returned in relation to the Period of Cover before cancellation (being no more than 14 days' cover). If You incur Eligible claims costs within that Period of Cover We reserve the right to require the Planholder to pay for the services We have actually provided in connection with the Group Plan to the extent permitted by law and any return of premium is subject to this.

If the Planholder does not cancel the Group Plan during the cancellation period, the Group Plan will continue on the terms described in this handbook for the remainder of the Period of Cover.

We may void the Group Plan for You (as the Insured Person) and Your Dependants in the following situations:

- Make a misrepresentation by withholding relevant information or giving Us incorrect information
- Make a misrepresentation by withholding a false or fraudulent claim
- Fail to provide any reasonable information We have asked for
- Fail to pay the premiums due
- If You move to the USA, or a country not covered by this Group Plan which may vary from time to time, of which You will be advised

**8.1.7** If You have an Out-Patient Direct Billing membership card, it is Your responsibility to return all such cards for You and Your Dependants to Us if You cancel, or do not renew Your Group Plan or Your premium payments are not up to date. We will not be liable for any misuse by You of such Out-Patient Direct Billing membership cards, if We have already paid the Benefit We can recover those sums from You.

## 8. Hak dan tanggung jawab

### 8.1 Hak dan tanggung jawab Anda

- 8.1.1** **Anda** harus memastikan bahwa setiap kali **Anda** diminta untuk memberi **Kami** informasi, semua informasi yang **Anda** berikan kepada **Kami** cukup benar, akurat dan lengkap sehingga dapat memberi **Kami** gambaran yang wajar akan risiko yang **Kami** ambil (ini adalah pernyataan **Anda** kepada **Kami**).
- Jika **Kami** menemukan kemudian bahwa hal itu tidak benar dan bahwa pernyataan **Anda** disengaja, sembrono atau ceroboh, maka **Kami** dapat membatalkan pertanggung **Anda** dan menyarankan **Pemegang polis** atau memberlakukan syarat-syarat pertanggung yang berbeda sesuai dengan syarat-syarat yang **Kami** akan berlakukan seandainya informasi tersebut disampaikan kepada **Kami** secara wajar sebelumnya. Syarat-syarat ini dapat meningkatkan premi **Polis Grup** dan mengurangi klaim **Anda**.
- 8.1.2** **Anda** atau **Pemegang Polis** harus menulis surat dan memberitahu **Kami** jika **Anda** mengganti alamat atau pekerjaan **Anda**.
- 8.1.3** **Polis Grup** ini hanya tersedia untuk orang yang tinggal di Indonesia. **Anda** harus memberitahu **Kami** jika **Anda** mengubah **Negara Tempat Tinggal** utama **Anda**. Jika **Anda** tidak memberitahu **Kami** maka **Kami** dapat menolak untuk membayar **Manfaat** yang diklaim.
- 8.1.4** Hanya **Kami** dan **Pemegang Polis** memiliki hak hukum berdasarkan **Polis Grup** ini dan klausul atau syarat apapun dalam **Polis Grup** ini tidak dimaksudkan harus diberlakukan, oleh orang lain termasuk anggota keluarga.
- 8.1.5** **Pemegang Polis** harus membayar premi **Anda** saat jatuh tempo dan dalam mata uang **Polis Grup** **Anda**. **Kami** akan memutuskan jumlahnya pada awal setiap tahun dan memberitahu **Anda** berapa jumlahnya. **Kami** dapat mengubah jumlah premi **Anda** selama setahun untuk mencerminkan perubahan pajak premi atau pajak lainnya tetapi **Kami** akan memberitahu **Pemegang Polis** mengenai perubahan tersebut. Jika pembayaran premi **Anda** melampaui tanggal maka **Polis Grup** **Anda** akan berakhir.
- 8.1.6** **Pemegang Polis** dapat membatalkan **Polis Grup** ini dengan menghubungi **Kami** selama masa peninjauan polis 14 hari. Masa peninjauan **Polis** 14 hari dimulai pada hari kontrak ditandatangani atau hari dimana syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan lengkap **Polis Grup** diterima, yang mana yang lebih akhir. Masa peninjauan **Polis** 14 hari juga berlaku sejak setiap **Tanggal Pembaharuan**. Jika **Polis** dibatalkan selama masa peninjauan **Polis** 14 hari maka **Kami** akan mengembalikan setiap premi yang dibayarkan untuk **Polis Grup** ini jika tidak ada klaim yang diajukan dalam **Polis Grup** ini dan kartu kepesertaan **Penagihan Langsung Rawat Jalan** telah dikembalikan sehubungan dengan **Masa Pertanggung** sebelum pembatalan (pertanggung tidak lebih dari 14 hari). Jika **Anda** mengeluarkan biaya klaim yang **Memenuhi Syarat** dalam **Masa Pertanggung** itu **Kami** berhak untuk meminta **Pemegang Polis** untuk membayar layanan yang **Kami** telah benar-benar sediakan sehubungan dengan **Polis Grup** sejauh diizinkan oleh hukum dan setiap pengembalian premi tunduk pada hal ini.
- Jika **Pemegang Polis** tidak membatalkan **Polis Grup** selama masa pembatalan, maka **Polis Grup** akan berlanjut berdasarkan syarat-syarat yang dijelaskan dalam buku panduan ini selama sisa **Masa Pertanggung**.
- Kami** dapat membatalkan **Polis Grup** untuk **Anda** (sebagai **Tertanggung**) dan **Tanggung** **Anda** dalam situasi berikut:
- Membuat pemahaman yang salah dengan menyimpan informasi yang berhubungan atau memberikan informasi yang salah kepada **Kami**
  - Membuat pemahaman yang salah dengan menyimpan klaim palsu atau tidak benar
  - Lalai dalam memberikan informasi yang wajar yang **Kami** telah minta
  - Lalai dalam membayar premi yang jatuh tempo
  - Jika **Anda** pindah ke Amerika Serikat, atau negara yang tidak ditanggung oleh **Polis Grup** ini yang mungkin berubah-ubah dari waktu ke waktu, yang mana **Anda** akan diberitahu
- 8.1.7** Jika **Anda** memiliki kartu kepesertaan **Penagihan Langsung Rawat Jalan**, **Anda** bertanggung jawab untuk mengembalikan semua kartu tersebut untuk **Anda** dan **Tanggung** **Anda** kepada **Kami** jika **Anda** membatalkan atau tidak memperbaharui **Polis Grup** **Anda** atau pembayaran premi **Anda** melampaui tanggal. **Kami** tidak akan bertanggung jawab atas penyalahgunaan kartu kepesertaan **Penagihan Langsung Rawat Jalan** tersebut oleh **Anda**, jika **Kami** telah membayar **Manfaat** maka **Kami** dapat meminta penggantian dari **Anda**.



## 8.2 Our rights and responsibilities

- 8.2.1 We will tell the **Planholder** in writing the date the **Group Plan** starts and any special terms which apply to it. We can refuse to give cover and will tell the **Planholder** if We do.
- 8.2.2 If for whatever reason there is a break in **Your** cover, We may reinstate the cover if the premium is subsequently paid, though terms of cover may be subject to variation. Any acceptance by Us is subject to **Our** written consent and the **Planholder's** acceptance.
- 8.2.3 We can refuse to add a family member to the **Group Plan** and We will tell the **Planholder** if We do.
- 8.2.4 We will pay for **Eligible** costs incurred during a period for which the premium has been paid.
- 8.2.5 If **You** break any of the terms of the **Group Plan** which We reasonably consider to be fundamental, We may (subject to 8.2.7) do one or more of the following:
- Refuse to make any **Benefit** payment or, if We have already paid **Benefits**, We can recover from **You** or the **Planholder** any loss to **Us** caused by the break
  - Refuse to renew **Your Group Plan**
  - Impose different terms to any cover We are prepared to provide
  - End **Your Group Plan** and all cover under it immediately
- 8.2.6 Waiver by **Us** of any breach of any term or condition of this **Group Plan** shall not prevent the subsequent enforcement of that term or condition and shall not be deemed to be a waiver of any subsequent breach.
- 8.2.7 If **You** (or anyone acting on **Your** behalf) make a claim under **Your Group Plan** knowing it to be false or fraudulent, (i.e. **You** make a misrepresentation) We can refuse to make **Benefit** payments for that claim and may declare **Your Benefits** void, as if it never existed. If We have already paid the **Benefit** We can recover those sums from **You** or the **Planholder**. Where We have paid a claim later found to be fraudulent (whether in whole, or in part), We will be able to recover those sums from **You**.
- 8.2.8 We retain all rights of subrogation. **You** have no right to admit liability for any event or give any undertaking, which is binding upon **You**, **Your Dependants** or any other person named in the **Certificate of Insurance** without **Our** prior written consent.
- 8.2.9 We may alter the handbook terms or **Benefit Schedule** from time to time, but no alteration shall take effect until the next annual **Renewal Date**. We shall notify such changes to **You** in writing by sending the details to the primary contact details We have for **You**. We reserve the right to revise or discontinue the **Group Plan** with effect from any **Renewal Date**.
- No variation or alteration will be admitted unless it is in writing and signed on behalf of **Us** by an authorised employee.
- 8.2.10 This **Group Plan** is written in English and Indonesian and all other information and communications to **You** relating to this **Group Plan** will also be in English and Indonesian unless We have agreed otherwise in writing.
- 8.2.11 **Termination**
- Notwithstanding the foregoing We may cancel **Your Group Plan** at any time if **You** or the **Planholder** have at any time:
- Misled **Us** by misstatement
  - Knowingly claimed **Benefits** for any purpose other than as are provided for under this **Group Plan**
  - Agreed to any attempt by a third party to obtain an unreasonable pecuniary advantage to **Our** detriment
  - Otherwise failed to observe the terms and conditions of this **Group Plan** or failed to act with utmost good faith. If the **Planholder** cancels the **Group Plan** at any time other than following the **Renewal Date**, there will be no return of premium

## 8.2 Hak dan tanggung jawab Kami

- 8.2.1 Kami akan memberitahu **Pemegang Polis** secara tertulis tanggal dimulainya **Polis Grup** dan setiap syarat-syarat khusus yang berlaku untuk itu. Kami dapat menolak untuk memberikan pertanggungjawaban dan akan memberitahu **Pemegang Polis** jika Kami melakukannya.
- 8.2.2 Jika untuk alasan apapun terjadi pelanggaran dalam pertanggungjawaban **Anda**, Kami dapat memulihkan pertanggungjawaban jika premi selanjutnya dibayar, meskipun syarat-syarat pertanggungjawaban dapat tunduk pada perubahan. Setiap diterimanya syarat-syarat tersebut oleh Kami tunduk pada persetujuan tertulis dari Kami dan diterimanya syarat-syarat tersebut oleh **Pemegang Polis**.
- 8.2.3 Kami dapat menolak untuk menambahkan anggota keluarga pada **Polis Grup** dan Kami akan memberitahu **Pemegang Polis** jika Kami melakukannya.
- 8.2.4 Kami akan membayar biaya yang **Memenuhi Syarat** yang dikeluarkan selama periode yang preminya telah dibayar.
- 8.2.5 Jika **Anda** melanggar salah satu syarat dari **Polis Grup** yang Kami anggap cukup mendasar, Kami dapat (tunduk pada 8.2.7) melakukan satu atau beberapa hal berikut:
- Menolak untuk melakukan pembayaran **Manfaat**, atau jika Kami telah membayar **Manfaat**, Kami dapat meminta penggantian dari **Anda** atau **Pemegang Polis** atas kerugian bagi Kami yang disebabkan oleh pelanggaran tersebut
  - Menolak untuk memperbaharui **Grup Polis Anda**
  - Membebaskan syarat-syarat yang berbeda terhadap setiap pertanggungjawaban yang Kami siap untuk sediakan
  - Mengakhiri **Polis Grup Anda** dan semua pertanggungjawaban di bawahnya segera
- 8.2.6 Pengabaian oleh Kami atas setiap pelanggaran terhadap syarat atau ketentuan **Polis Grup** ini tidak akan menghalangi pelaksanaan syarat dan ketentuan itu dan tidak akan dianggap sebagai pengabaian atas pelanggaran berikutnya.
- 8.2.7 Jika **Anda** (atau siapa pun yang bertindak atas nama **Anda**) mengajukan klaim berdasarkan **Polis Grup Anda** dengan mengetahui bahwa klaim tersebut palsu atau tidak benar, (yaitu **Anda** membuat pemahaman yang salah) Kami dapat menolak untuk melakukan pembayaran **Manfaat** untuk klaim itu dan dapat menyatakan **Manfaat Anda** batal, seolah-olah itu tidak pernah ada. Jika Kami telah membayar **Manfaat** tersebut maka Kami dapat meminta penggantian uang sejumlah itu dari **Anda** atau **Pemegang Polis**. Bila Kami telah membayar klaim yang kemudian diketahui tidak benar, (baik secara keseluruhan atau sebagian), Kami akan dapat meminta pengembalian uang sejumlah itu dari **Anda**.
- 8.2.8 Kami memiliki semua hak subrogasi. **Anda** tidak berhak untuk mengakui tanggung jawab atas setiap kejadian atau memberikan usaha apapun, yang mengikat **Anda**, **Tanggungjawab Anda** atau orang lain yang disebutkan dalam **Sertifikat Asuransi** tanpa persetujuan tertulis sebelumnya dari Kami.
- 8.2.9 Kami dapat mengubah istilah dalam buku panduan atau **Ikhtisar Manfaat** dari waktu ke waktu, tetapi perubahan tidak akan berlaku sampai **Tanggal Pembaharuan** tahunan berikutnya. Kami akan memberitahukan perubahan tersebut kepada **Anda** secara tertulis dengan mengirimkan rincian tersebut ke rincian kontak utama yang Kami miliki untuk **Anda**. Kami berhak untuk merevisi atau menghentikan **Polis Grup** yang berlaku sejak setiap **Tanggal Pembaharuan**. Tidak ada perbedaan atau perubahan yang akan diakui kecuali dibuat secara tertulis dan ditandatangani atas nama Kami oleh seorang karyawan yang berwenang.
- 8.2.10 **Polis Grup** ini ditulis dalam bahasa Inggris dan Indonesia dan semua informasi lainnya dan komunikasi dengan **Anda** yang berkaitan dengan **Polis Grup** ini juga akan dilakukan dalam bahasa Inggris dan bahasa Indonesia kecuali Kami telah menyetujui yang lain secara tertulis.
- 8.2.11 **Pengakhiran**  
Sekalipun demikian Kami dapat membatalkan **Polis Grup Anda** kapan saja jika **Anda** atau **Pemegang Polis** telah setiap saat:
- Menyesatkan Kami dengan salah pernyataan yang salah
  - Secara sadar mengklaim **Manfaat** untuk tujuan apapun selain yang ditentukan berdasarkan **Polis Grup** ini
  - Menyetujui setiap upaya oleh pihak ketiga untuk mendapatkan keuntungan berupa uang yang tidak wajar yang merugikan Kami
  - Lalai dalam mematuhi syarat dan ketentuan **Polis Grup** ini atau lalai dalam bertindak dengan itikad baik sepenuhnya. Jika **Pemegang Polis** membatalkan **Polis Grup** setiap saat selain sesudah **Tanggal Pembaharuan**, maka tidak akan ada pengembalian premi

### 8.2.12 Premium Payment Warranty (1 May 2005)

This clause shall apply where the **Plan** is issued to a corporate entity, Period of Insurance is more than sixty (60) days and premium is below USD 100,000.00 in any single **Policy**, Renewal Certificate or Cover Note.

- (a) Notwithstanding anything herein contained but subject to clause 2 hereof, it is hereby agreed and declared that if the Period of Insurance is sixty (60) days or more, any premium due must be paid and actually received in full by the Company (or the intermediary through whom this **Policy** was effected) within sixty (60) days of the:-
  - (i) Inception date of the coverage under the **Plan**, Renewal Certificate or Cover Note; or
  - (ii) Effective date of each Endorsement, if any, issued under the **Plan**, Renewal Certificate or Cover Note.
- (b) In the event that any premium due is not paid and actually received in full by **Us** (or the intermediary through whom this **Plan** was effected) within the sixty (60) day period referred to above, then:
  - (i) The cover under the **Plan**, Renewal Certificate, Cover Note or Endorsement is automatically terminated immediately after the expiry of the said sixty (60) day period;
  - (ii) the automatic termination of the cover shall be without prejudice to any liability incurred within the said sixty (60) day period; and
  - (iii) **We** shall be entitled to a pro-rata time on risk premium subject to a minimum of USD 25 or the minimum premium applicable for the **Plan**.
- (c) If the Period of Insurance is less than sixty (60) days, any premium due must be paid and actually received in full by the Company (or the intermediary through whom this **Plan** was effected) within the Period of Insurance.

### 8.2.13 Sanction Limitation And Exclusion Clause

No insurer shall be deemed to provide cover and no insurer shall be liable to pay any claim or provide any **Benefit** hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such **Benefit** would expose that insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, Japan, United Kingdom or United States of America.

### 8.2.14 Terrorism Exclusion Endorsement

Notwithstanding any provision to the contrary within this insurance or any endorsement thereto it is agreed that this insurance excludes loss, damage cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, resulting from or in connection with any act of terrorism regardless of any other cause or event contributing concurrently or in any other sequence to the loss.

For the purpose of this endorsement an act of terrorism means an act, including but not limited to the use of force or violence and/or the threat thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organisation(s) or government(s), committed for political, religious, ideological or similar purposes including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear.

This endorsement also excludes loss, damage, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, resulting from or in connection with any action taken in controlling, preventing, suppressing or in any way relating to any act of terrorism.

If the **Underwriters** allege that by reason of this exclusion, any loss, damage, cost or expense is not covered by this insurance the burden of proving the contrary shall be upon the Assured.

In the event any portion of this endorsement is found to be invalid or unenforceable, the remainder shall remain in full force and effect.

### 8.2.15 Contracts (Rights Of Third Parties) Act 2001

A person who is not a party to this **Plan** contract shall have no right under the Contracts (Rights of Third Parties) Act 2001 to enforce any of its terms.

### 8.2.12 Jaminan Pembayaran Premi (1 Mei 2005)

Klausul ini berlaku bila **Polis Grup** diterbitkan untuk perusahaan berbadan hukum, Masa Asuransi adalah lebih dari enam puluh (60) hari dan premi di bawah USD 100.000,00 dalam satu **Polis**, Sertifikat Pembaharuan atau Nota Penutupan.

- (a) Tanpa mengabaikan hal yang terkandung di sini tetapi tunduk pada klausul 2 buku panduan ini, dengan ini disetujui dan dinyatakan bahwa jika Masa Asuransinya adalah enam puluh (60) hari atau lebih, maka premi karena harus dibayar dan benar-benar diterima seluruhnya oleh Perusahaan (atau perantara melalui siapa **Polis** ini dijalankan) dalam waktu enam puluh (60) hari dari: -
  - (i) Tanggal dimulainya pertanggungansian berdasarkan **Polis** ini, Sertifikat Pembaharuan atau Nota Penutupan; atau
  - (ii) Tanggal berlakunya setiap adendum, jika ada, yang diterbitkan berdasarkan **Polis Grup**, Sertifikat Pembaharuan atau Nota Penutupan.
- (b) Dalam hal premi yang jatuh tempo tidak dibayar dan benar-benar diterima secara penuh oleh **Kami** (atau perantara melalui siapa **Polis** ini dijalankan) dalam jangka waktu 60 (enam puluh) hari sebagaimana dimaksud di atas, maka:
  - (i) Pertanggungansian berdasarkan **Polis**, Sertifikat Pembaharuan, Nota Penutupan atau adendum secara otomatis segera diakhiri setelah berakhirnya jangka waktu enam puluh (60) hari tersebut;
  - (ii) Pengakhiran otomatis atas pertanggungansian harus tanpa mengurangi kewajiban yang terjadi dalam jangka waktu enam puluh (60) hari tersebut; dan
  - (iii) **Kami** berhak atas waktu pro-rata terhadap premi risiko yang tunduk pada jumlah minimal USD 25 atau premi minimum yang berlaku untuk **Polis** ini.
- (c) Jika Masa Asuransi kurang dari enam puluh (60) hari, maka premi yang jatuh tempo harus dibayar dan benar-benar diterima seluruhnya oleh Perusahaan (atau perantara melalui siapa **Polis** ini dijalankan) dalam Masa Asuransi.

### 8.2.13 Pembatasan Sanksi Dan Klausul Pengecualian

Penanggung tidak dianggap memberikan pertanggungansian dan penanggung tidak bertanggung jawab untuk membayar klaim atau memberikan **Manfaat** apapun di bawah ini sejauh pemberian pertanggungansian tersebut, pembayaran klaim tersebut atau pemberian **Manfaat** tersebut akan menghadapi penanggung pada sanksi, larangan atau pembatasan berdasarkan resolusi PBB atau sanksi perdagangan atau ekonomi, hukum atau peraturan Uni Eropa, Jepang, Inggris atau Amerika Serikat.

### 8.2.14 Adendum Pengecualian Terorisme

Terlepas dari ketentuan yang bertentangan dalam asuransi ini atau adendum terhadapnya disepakati bahwa asuransi ini tidak termasuk kerugian, biaya kerusakan atau biaya apapun yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh, diakibatkan oleh atau sehubungan dengan perbuatan terorisme terlepas dari penyebab lainnya atau kejadian yang secara bersamaan atau dalam urutan lainnya berkontribusi bagi kerugian tersebut.

Untuk tujuan adendum ini perbuatan terorisme berarti perbuatan, termasuk namun tidak terbatas pada penggunaan paksaan atau kekerasan dan/atau ancaman daripadanya, terhadap setiap orang atau kelompok orang, baik bertindak sendiri atau atas nama atau berhubungan dengan organisasi atau pemerintah, yang dilakukan untuk tujuan politik, agama, ideologi atau tujuan serupa termasuk niat untuk mempengaruhi pemerintah dan/atau membuat masyarakat, atau bagian dari masyarakat, merasa ketakutan.

Adendum ini juga tidak termasuk kerugian, kerusakan, biaya atau beban apapun yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh, diakibatkan oleh atau sehubungan dengan tindakan apapun yang dilakukan dalam mengendalikan, mencegah, menekan atau dengan cara apapun yang terkait dengan perbuatan terorisme.

Jika penanggung menyatakan bahwa dengan alasan pengecualian ini, kerugian, kerusakan, biaya atau beban tidak ditanggung oleh asuransi ini maka beban untuk membuktikan sebaliknya ada pada **Tertanggung**. Dalam hal ada bagian dari adendum ini diketahui tidak sah atau tidak dapat dilaksanakan, maka sisanya akan tetap berlaku sepenuhnya.

### 8.2.15 Undang-Undang Kontrak (Hak Pihak Ketiga) Tahun 2001

Seseorang yang bukan merupakan pihak dalam kontrak **Polis Grup** ini tidak berhak berdasarkan Undang-Undang Kontrak (Hak Pihak Ketiga) tahun 2001 untuk melaksanakan setiap syarat-syaratnya.

## 9. Provision of compulsory standard agreement

---

### 9.1 Provision of compulsory standard agreement

This agreement has been adjusted with provision of prevailing Law and Regulations including Regulations of Indonesia Financial Services Authority (OJK).

## 9. Ketentuan perjanjian baku

---

### 9.1 Ketentuan perjanjian baku

Perjanjian ini telah disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan termasuk Peraturan Otoritas Jasa Keuangan.



## Other Now Health International Offices

### Indonesia

Now Health International's management consultancy is:  
PT Now Health International Indonesia  
17/F, Indonesia Stock Exchange, Tower II  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 52 – 53  
Jakarta 12190, Indonesia  
Plans are underwritten by:  
PT Sampo Insurance Indonesia  
Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639

### Singapore

Now Health International (Singapore) Pte. Ltd.  
4 Robinson Road  
#07-01A/02 The House of Eden  
Singapore 048543  
T +65 6880 2300 | F +65 6220 6950  
SingaporeService@now-health.com

### Asia Pacific

Now Health International (Asia Pacific) Limited  
Units 1501-3 & 9, 15/F, AIA Tower, 183 Electric Road  
North Point, Hong Kong  
T +852 2279 7310 | F +852 2279 7330  
AsiaPacService@now-health.com

### China

Asia-Pacific Property & Casualty Insurance Co., Ltd.  
c/o Now Health International (Shanghai) Limited  
Room 1103–1105, 11/F, BM Tower  
No. 218 Wusong Road  
Hongkou District, Shanghai 200080, China  
T +(86) 400 077 7500 / +86 21 6156 0910 | F +(86) 400 077 7900  
ChinaService@now-health.com

### Europe

Now Health International (Europe) Limited  
Suite G3/4, Building Three  
Watchmoor Park, Camberley, Surrey, GU15 3YL, United Kingdom  
T +44 (0) 1276 602110 | F +44 (0) 1276 602130  
EuropeService@now-health.com

### UAE

Royal & Sun Alliance Insurance Middle East B.S.C. (c)  
c/o Now Health International Gulf Third Party Administrators LLC  
PO Box 502163, Al Shaiba Building, Dubai Outsource City, Dubai, UAE  
T +971 (0) 4450 1415 | F +971 (0) 4450 1416  
MEAService@worldcare.ae

### Rest of the World

Now Health International Limited  
PO Box 482055, Dubai, UAE  
T +971 (0) 4450 1510 | F +971 (0) 4450 1530  
GlobalService@now-health.com



Policies are underwritten and issued by PT Sampo Insurance Indonesia in association with Now Health International. Now Health International's subsidiary company in Indonesia is PT Now Health International Indonesia which provides Management Consultancy advice in International Private Medical Insurance to PT Sampo Insurance Indonesia.

Visit [www.sompo.co.id](http://www.sompo.co.id) to find out more about PT Sampo Insurance Indonesia.

*Polis ini diseleksi risiko dan diterbitkan oleh PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi dengan Now Health International. Anak perusahaan Now Health International adalah PT Now Health International Indonesia yang memberikan saran konsultasi manajemen untuk Asuransi Kesehatan Internasional kepada PT Sampo Insurance Indonesia.*

*Kunjungi [www.sompo.co.id](http://www.sompo.co.id) untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sampo Insurance Indonesia.*