



WorldCare Members' Handbook | Product Summary
Buku Panduan Peserta WorldCare

▶ individuals and families | *perorangan dan keluarga*



Everything you need to know
about your international
health insurance

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

Effective 1 May 2015

Berlaku 1 Mei 2015

Introduction

Thank you for choosing **Us** to provide **Your** international health insurance **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 Plan** works and how to use it. Please read this handbook carefully to ensure that **You** are completely satisfied that the cover provided under **Your** chosen **Plan** meets **Your** needs.

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** chosen WorldCare **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 Plan** is administered
- How to make a complaint
- Other services available to **You** under **Your 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 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** insurance, here's what **You** can expect from **Us**:

- A commitment to process **Your** claim as quickly as possible
- A 24-hour in-house 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 **Plan**, or if **You** would like to tell **Us** about any changes in **Your** personal circumstances, please contact **Us** using the details on the next page.

Pendahuluan

Terima kasih telah memilih **Kami** untuk menyediakan **Polis** 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 Anda** dan cara menggunakannya. Silahkan baca Buku Panduan ini dengan cermat untuk memastikan bahwa **Anda** benar-benar puas bahwa pertanggung-jawaban yang disediakan berdasarkan **Polis** pilihan **Anda** sesuai dengan kebutuhan **Anda**.

Cara Menggunakan Buku Panduan Ini

Buku panduan ini adalah dokumen penting. Buku ini menetapkan hak **Anda** dan kewajiban **Kami** kepada **Anda**. Beserta **Ikhtisar Manfaat** pada bab 4, buku ini menjelaskan **Polis** WorldCare pilihan **Anda** dan syarat-syarat dan ketentuan pertanggung-jawaban **Anda**.

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

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

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

Manfaat dari **Polis Anda** dirinci pada bab 4 dari buku ini. **Sertifikat Asuransi Anda** menunjukkan pertanggung-jawaban yang tersedia, masa dan tingkat pertanggung-jawaban **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 **Anda**, inilah yang **Anda** dapat harapkan dari **Kami**:

- Komitmen untuk memproses klaim **Anda** secepat mungkin
- Suatu tim layanan nasabah milik kami (in-house) 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** ini, atau jika **Anda** ingin memberitahu **Kami** tentang perubahan keadaan pribadi **Anda**, silahkan hubungi **Kami** menggunakan keterangan di halaman berikut.

Contacting Us

While it is important that **You** read and understand this **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. 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.

Please note that **We** may record and/or monitor calls for quality assurance and training and as a record of **Our** conversation. If **You** need to let **Us** know about any changes in **Your** personal circumstances, **You** can do so using the contact details below.

Our team is available Monday to Friday from 9am to 5pm. Thereafter our others in-house customer service teams are available 24-hours a day.

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

PT Sampo Insurance Indonesia in association
with Now Health International

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** online secure portfolio at www.now-health.com or contact **Us** via email at IndonesiaService@now-health.com.

Cara Menghubungi Kami

Meski **Anda** perlu membaca dan memahami buku panduan peserta **Polis** 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. Misalnya, jika **Anda** membutuhkan **Pengobatan**, **Anda** dapat menghubungi **Kami** terlebih dahulu sehingga **Kami** bisa menjelaskan sejauh mana pertanggung **Anda** sebelum **Anda** mengeluarkan biaya apapun.

Harap dicatat bahwa **Kami** dapat merekam dan/atau memantau panggilan telepon untuk jaminan kualitas dan pelatihan dan sebagai rekaman percakapan **Kami**. Jika **Anda** perlu memberitahu **Kami** tentang perubahan keadaan pribadi **Anda**, **Anda** dapat melakukannya dengan menggunakan rincian kontak di bawah ini.

Tim **Kami** siap melayani Senin sampai Jumat dari pukul 09:00 sampai 17:00. Maka layanan nasabah milik kami (in-house) tersedia 24 jam sehari.

Telepon bebas pulsa 0800 1 889900 | Telepon +62 21 2783 6910

F +62 21 515 7639 | IndonesiaService@now-health.com

PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi
dengan Now Health International

Tim Bantuan untuk Evakuasi Darurat dan Repatriasi

Tim multi bahasa **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 atau hubungi **Kami** via email di IndonesiaService@now-health.com.

Contents

1. Definitions	08
2. Manage Your Plan online	18
3. How to claim.	20
Product Information	
4. Benefits: What is covered?.	34
Key Product Provisions	
5. Exclusions: What is not covered?.	80
6. Plan administration	88
7. Dispute resolution	92
8. Rights and responsibilities	96
9. Provision of compulsory standard agreement	102

Daftar Isi

- 1. Definisi 09
- 2. Mengelola **Polis Anda** secara online. 19
- 3. Cara mengajukan klaim 21
- Informasi Produk
- 4. **Manfaat:** Apa saja yang ditanggung? 35
- Ketentuan Produk Penting
- 5. Pengecualian: Apa saja yang tidak ditanggung?.. 81
- 6. Administrasi **Polis**. 89
- 7. Penyelesaian Sengketa 93
- 8. Hak dan tanggung jawab 97
- 9. Ketentuan perjanjian baku 103

1. Definitions

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

Accident	A sudden, unexpected, unforeseen and involuntary external event resulting in identifiable physical injury occurring to an Insured Person while Your Plan is in force.
Acute Condition	A disease, illness or injury that is likely to respond quickly to Treatment which aims to return You to the state of health You were in immediately before suffering the disease, illness or injury, or which leads to Your full recovery.
Act of Terrorism	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.
Agreement	An agreement We have with each of the Hospitals, Day-Patient units and scanning centres listed in the Provider Network .
Alternative Therapies	Refers to therapeutic and diagnostic Treatment that exists outside the institutions where conventional medicine is taught. Such medicine includes Chinese medicine, chiropractic Treatment , osteopathy, dietician, homeopathy and acupuncture as practiced by approved therapists.
Apicoectomy	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"> • 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 • Recurrent pain and infection • Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays • Calcification • Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery
Benefits	Insurance cover provided by this Plan and any extensions or restrictions shown in the Certificate of Insurance or in any endorsements (if applicable) and subject always to Us having received the premium due.
Benefit Schedule	The table of Benefits applicable to this Plan showing the maximum Benefits We will pay.
Cancer	A malignant tumour, tissues or cells, characterised by the uncontrolled growth and spread of malignant cells and invasion of tissue.
Certificate of Insurance	The certificate giving details of the Planholder , the Insured Persons , the Period of Cover , the Underwriters , the Entry Date , the level of cover and any endorsements that may apply.
Congenital Disorder	A Medical Condition that is present at birth or is believed to have been present since birth, whether it is inherited or caused by environmental factors.
Co-Insurance	Is the uninsured percentage of the costs, which the Insured Person must pay towards the cost of a claim.
Country of Nationality	The country for which You hold a passport.
Country of Residence	The country in which You habitually reside (usually for a period of no less than six months per Period of Cover) at the Plan Start Date or Entry Date or at each subsequent Renewal Date .

1. Definisi

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

Kecelakaan	Kejadian eksternal mendadak, tak terduga, tak dapat diramalkan dan di luar kesadaran yang mengakibatkan cedera fisik teridentifikasi yang terjadi pada Tertanggung saat Polis Anda berlaku.
Kondisi Akut	Penyakit, kesakitan atau cedera yang cenderung cepat ditanggapi dengan Pengobatan yang bertujuan untuk mengembalikan Anda ke keadaan kesehatan Anda semula sesaat sebelum menderita penyakit, kesakitan atau cedera, atau yang menyebabkan Anda pulih sepenuhnya.
Perbuatan Terorisme	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.
Perjanjian	Perjanjian yang Kami miliki dengan masing-masing Rumah Sakit , unit Rawat Sehari dan pusat pemindaian yang tercantum dalam Jaringan Penyedia .
Terapi Alternatif	Mengacu pada Pengobatan terapi dan diagnostik yang ada di luar lembaga dimana pengobatan konvensional diajarkan. Pengobatan tersebut meliputi pengobatan Cina, Pengobatan Chiropraktik, osteopati, ahli gizi, homeopati dan akupunktur seperti yang dilakukan oleh terapis yang disetujui.
Apikoektomi	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"> • 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 • Nyeri berulang dan infeksi • Gejala persisten yang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X • Pengapuran • Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi
Manfaat	Pertanggung asuransi yang disediakan oleh Polis ini dan setiap perpanjangan atau pembatasan yang ditunjukkan dalam Sertifikat Asuransi atau dalam setiap adendum (jika ada) dan selalu tunduk pada telah diterimanya premi yang jatuh tempo oleh Kami .
Ikhtisar Manfaat	Tabel Manfaat yang berlaku untuk Polis ini yang menunjukkan Manfaat maksimal yang Kami akan bayar.
Kanker	Tumor, jaringan atau sel ganas, yang ditandai dengan pertumbuhan tidak terkendali dan penyebaran sel-sel ganas dan invasi jaringan.
Sertifikat Asuransi	Sertifikat yang memberikan rincian dari Pemegang Polis , Tertanggung , Masa Pertanggung , Penanggung Asuransi , Tanggal Masuk , tingkat pertanggung dan setiap adendum yang mungkin berlaku.
Gangguan Bawaan	Kondisi medis yang ada pada saat lahir atau diyakini telah ada sejak lahir, baik diwariskan atau disebabkan oleh faktor lingkungan.
Ko-Asuransi	Adalah persentase biaya yang tidak ditanggung, yang harus dibayar oleh Tertanggung terhadap biaya klaim.
Negara Kewarganegaraan	Negara yang Anda pegang paspornya.
Negara Tempat Tinggal	Negara di mana Anda biasa tinggal (biasanya untuk jangka waktu tidak kurang dari enam bulan per Masa Pertanggung) pada Tanggal Mulai atau Tanggal Masuk Polis ini atau pada setiap Tanggal Pembaharuan berikutnya.

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

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

Hospital	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.
Hospital Accommodation	Refers to standard private or semi-private accommodation as indicated in the Benefit Schedule . Deluxe, executive rooms and suites are not covered.
In Network Medical Provider	An in network medical provider is one contracted with Your Plan to provide services to Plan members for specific pre-negotiated rates.
In-Patient	A patient who is admitted to Hospital and who occupies a bed overnight or longer, for medical reasons.
Insured Person/You/Your	The Planholder and/or the Dependants named on the Certificate of Insurance who are covered under this Plan .
Medical Condition	Any disease, injury, or illness, including Psychiatric Illness .
Medical Practitioner	A person who has attained primary degrees in medicine or surgery following attendance at a WHO -recognised medical school and who is licensed to practise medicine by the relevant authority in the country where the Treatment is given. By "recognised medical school" We mean a medical school, which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the WHO .
Medically Necessary	Treatment , which in the opinion of a qualified Medical Practitioner 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 Insured Person's condition or the quality of medical care rendered. Such Treatment must be required for reasons other than the comfort or convenience of the patient or Medical Practitioner 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 In-Patient Treatment , medically necessary also means that diagnosis cannot be made, or Treatment cannot be safely and effectively provided on an Out-Patient basis.
New Born	A baby who is within the first 16 weeks of its life following birth.
Provider Network	Our published list of medical providers where We have a Direct Billing Agreement.
Out of Network Medical Provider	An out of network medical provider is one not contracted with Your Plan .
Out-Patient	A patient who attends a Hospital , consulting room, or out-patient clinic and is not admitted as a Day-Patient or an In-Patient .
Period of Cover	The period of cover set out in the Certificate of Insurance . This will be a 12-month period starting from the Start Date or any subsequent Renewal Date as applicable.
Physiotherapist	A practising physiotherapist who is registered and licensed to practise in the country where Treatment is provided.

Rumah Sakit	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.
Akomodasi Rumah Sakit	Mengacu pada akomodasi pribadi atau semi-pribadi standar seperti ditunjukkan dalam Ikhtisar Manfaat . Kamar deluxe, executive dan suite tidak ditanggung.
Penyedia Layanan Kesehatan dalam Jaringan	Penyedia layanan kesehatan dalam jaringan adalah penyedia layanan kesehatan yang mengadakan kontrak dengan Polis Anda untuk menyediakan layanan kepada peserta Polis dengan tarif tertentu yang telah dinegosiasikan sebelumnya.
Pasien Rawat Inap	Pasien yang dirawat di Rumah Sakit dan yang menempati tempat tidur semalam atau lebih lama, karena alasan medis.
Tertanggung/Anda	Pemegang Polis dan/atau Tanggung yang disebutkan pada Sertifikat Asuransi yang ditanggung menurut Polis ini.
Kondisi Medis	Setiap penyakit, cedera atau kesakitan, termasuk Penyakit Kejiwaan .
Praktisi Medis	Seorang yang telah mencapai gelar utama dalam bidang kedokteran atau bedah sesudah belajar di sekolah kedokteran yang diakui oleh WHO dan yang diberi izin untuk berpraktik kedokteran oleh lembaga yang berwenang di negara di mana Pengobatan diberikan. Yang Kami maksud dengan “sekolah kedokteran yang diakui” adalah sekolah kedokteran, yang tercantum dalam Direktori Dunia Sekolah Medis saat ini yang diterbitkan oleh WHO .
Secara Medis Diperlukan	Pengobatan , yang menurut pendapat dari Praktisi Medis yang memenuhi syarat, tepat dan sesuai dengan diagnosis dan yang sesuai dengan standar medis yang berlaku umum tidak boleh dihilangkan tanpa secara merugikan mempengaruhi kondisi Tertanggung atau kualitas perawatan medis yang diberikan. Pengobatan tersebut harus diperlukan untuk alasan selain kenyamanan pasien atau Praktisi Medis 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 Pengobatan Rawat Inap , secara medis diperlukan juga berarti bahwa diagnosa tidak dapat dibuat, atau Pengobatan tidak dapat diberikan secara aman dan efektif secara Rawat Jalan .
Bayi Baru Lahir	Bayi yang berumur 16 minggu pertama sesudah lahir.
Jaringan Penyedia	Daftar penyedia layanan kesehatan yang Kami terbitkan dimana Kami mempunyai Perjanjian Penagihan Langsung .
Penyedia Medis di Luar Jaringan	Penyedia di luar jaringan adalah penyedia medis yang tidak mengadakan kontrak dengan Polis Anda .
Pasien Rawat Jalan	Pasien yang mendatangi Rumah Sakit , ruang konsultasi, atau klinik rawat jalan dan tidak dirawat sebagai Pasien Rawat Sehari atau Pasien Rawat Inap .
Masa Pertanggung	Masa pertanggung yang ditetapkan dalam Sertifikat Asuransi . Ini adalah masa 12 bulan mulai dari Tanggal Mulai atau Tanggal Pembaharuan berikutnya yang berlaku.
Fisioterapis	Fisioterapis praktik yang terdaftar dan mendapat izin untuk berpraktik di negara di mana Pengobatan disediakan.

Pre-Authorisation	A process whereby an Insured Person seeks approval from Us prior to undertaking any Treatment or incurring costs. Such Benefits requiring pre-authorisation from Us will denote Pre-Authorisation in the Benefit Schedule and as detailed in section 4.
Plan	The contract between You and Us which set out terms and conditions of the cover provided. The full terms and conditions consist of the application form, Certificate of Insurance, Benefit Schedule and this members' handbook.
Planholder	The person or company named as planholder in the Certificate of Insurance .
Pregnancy	Refers to the period of time from the date of the first diagnosis until delivery.
Private Room	Single occupancy accommodation in a private Hospital . Deluxe, executive rooms and suites are not covered.
Psychiatric Illness	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.
Related Conditions	A Related Condition is any disease, injury or illness including Psychiatric Illness that is caused by a Pre-Existing Medical Condition or results from the same underlying cause as a Pre-Existing Medical Condition .
Qualified Nurse	A nurse whose name is currently on any register or roll of nurses, maintained by any Statutory Nursing Registration Body within the country where Treatment is provided.
Reasonable and Customary Charges	The standard fee that would typically be made in respect of Your Treatment costs, in the country You received Treatment . We may require such fees to be substantiated by an independent third party, such as a practising Surgeon/Physician/ Specialist or government health department.
Rehabilitation	Medically Necessary Treatment aimed at restoring independent activities of daily living and the normal form and/or function of an Insured Person following a Medical Condition .
Renewal Date	The anniversary of the Start Date of the Plan .
Semi-Private Room	Dual occupancy accommodation in a private Hospital . Deluxe, executive rooms and suites are not covered.
Specialist	A surgeon, anaesthetist or physician who has attained primary degrees in medicine or surgery following attendance at a WHO -recognised medical school and who is licensed to practise medicine by the relevant authority in the country where the Treatment is given, and is recognised as having a specialised qualification in the field of, or expertise in, the Treatment of the disease, illness or injury being treated. By "recognised medical school" We mean a medical school which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the WHO .

Pra-Otorisasi	Berarti suatu proses di mana Tertanggung meminta persetujuan dari Kami sebelum menjalani Pengobatan apapun atau mengeluarkan biaya. Manfaat yang mensyaratkan pra-otorisasi dari Kami tersebut akan menunjukkan Pra-Otorisasi dalam Ikhtisar Manfaat dan seperti yang dijelaskan pada bab 4.
Polis	Kontrak antara Anda dan Kami yang menetapkan ketentuan dan persyaratan pertanggungan yang disediakan. Persyaratan dan ketentuan lengkap terdiri dari formulir permohonan, Sertifikat Asuransi , Ikhtisar Manfaat dan buku panduan peserta ini.
Pemegang Polis	Orang atau perusahaan yang disebutkan sebagai Pemegang Polis dalam Sertifikat Asuransi .
Kehamilan	Mengacu pada kurun waktu dari tanggal diagnosa pertama sampai melahirkan.
Kamar Pribadi	Akomodasi hunian sendiri di Rumah Sakit swasta. Kamar deluxe, executive dan 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	Kondisi Terkait adalah penyakit, cedera atau kesakitan termasuk Sakit Jiwa yang disebabkan oleh Kondisi Medis yang Sudah Diderita atau diakibatkan oleh penyebab dasar yang sama dengan Kondisi Medis yang Sudah Diderita .
Perawat Berijazah	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 Pengobatan disediakan.
Biaya Wajar dan Umum	Biaya standar yang biasanya akan dikeluarkan dalam hal biaya Pengobatan Anda , di negara dimana Anda mendapat Pengobatan . Kami mungkin mensyaratkan biaya tersebut harus dibenarkan oleh pihak ketiga yang independen, misalnya praktisi Dokter Bedah/ Dokter/ Dokter Spesialis atau departemen kesehatan pemerintah.
Rehabilitasi	Pengobatan yang secara Medis Diperlukan yang dimaksudkan untuk memulihkan kegiatan yang dapat berdiri sendiri untuk kehidupan sehari-hari dan bentuk dan/atau fungsi normal dari Tertanggung setelah Kondisi Medis .
Tanggal Pembaharuan	Ulang tahun Tanggal Mulai Polis .
Ruang Semi-Pribadi	Akomodasi hunian berdua di Rumah Sakit swasta. Kamar deluxe, executive dan suite tidak ditanggung.
Dokter Spesialis	Dokter bedah, dokter anestesi atau dokter yang telah mencapai gelar utama dalam bidang kedokteran atau bedah sesudah mengikuti sekolah kedokteran yang diakui WHO dan yang mendapat izin untuk berpraktik kedokteran dari instansi yang berwenang di negara di mana Pengobatan diberikan, dan diakui memiliki kualifikasi khusus dalam bidang atau keahlian Pengobatan penyakit, kesakitan atau cedera yang sedang diobati. Yang Kami maksud dengan "sekolah kedokteran yang diakui" adalah sekolah kedokteran yang tercantum dalam Direktori Dunia Sekolah Medis saat ini yang diterbitkan oleh WHO .

Start Date	The start date shown on Your Certificate of Insurance . We must have received premium payment in order for Your contract to start.
Surgical Procedure	An operation requiring the incision of tissue or other invasive surgical intervention.
Terminal	Following the diagnosis that the condition is terminal and Treatment can no longer be expected to cure the condition with death anticipated within 12 months of diagnosis.
Treatment	Surgical or medical services (including Diagnostic Tests) that are needed to diagnose, relieve or cure a Medical Condition .
Underwriters	Those insurance companies named as underwriters in the Certificate of Insurance . PT Sampo Insurance Indonesia is the underwriter.
Vaccinations	Refers to all basic immunisations and booster injections required under regulation of the country in which Treatment is being given, any Medically Necessary travel vaccinations and malaria prophylaxis.
Waiting Period	Is a period of time starting on Your Plan Start Date (or Entry Date if You are a Dependant), during which You are not entitled to cover for particular Benefits . Your Benefit Schedule will indicate which Benefits are subject to waiting periods.
We/Our/Us	PT Sampo Insurance Indonesia
WHO	The World Health Organisation.

Tanggal Mulai	Tanggal mulai yang ditunjukkan pada Sertifikat Asuransi Anda . Kami harus menerima pembayaran premi agar kontrak Anda dimulai.
Prosedur Bedah	Operasi yang membutuhkan sayatan jaringan atau intervensi bedah invasif lainnya.
Terminal	Setelah diagnosa bahwa kondisinya terminal dan Pengobatan tidak bisa lagi diharapkan untuk menyembuhkan kondisi tersebut dengan kematian diperkirakan terjadi dalam waktu 12 bulan setelah diagnosa.
Pengobatan	Layanan bedah atau medis (termasuk Percobaan Diagnostik) yang diperlukan untuk mendiagnosa, meringankan atau menyembuhkan Kondisi Medis .
Penanggung	Perusahaan-perusahaan asuransi yang disebutkan sebagai penanggung dalam Sertifikat Asuransi . PT Sampo Insurance Indonesia adalah penanggung.
Vaksinasi	Mengacu pada semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang dipersyaratkan dalam peraturan negara di mana Pengobatan yang diberikan, setiap vaksinasi perjalanan yang secara Medis Diperlukan dan profilaksis malaria.
Masa Tunggu	Adalah kurun waktu yang dimulai pada Tanggal Masuk Polis Anda (atau Tanggal Masuk jika Anda adalah Tanggung), di mana Anda tidak berhak atas pertanggungan untuk Manfaat tertentu. Ikhtisar Manfaat Anda akan menunjukkan Manfaat apa saja yang tunduk pada masa tunggu.
Kami	PT Sampo Insurance Indonesia
WHO	Organisasi Kesehatan Dunia.

2. Manage your Plan online

A guide to the website

The simplest way to manage **Your** international health insurance is via **Our** website (www.now-health.com). All **Your** documents are stored in a secure online portfolio area, which **You** can access using **Your** unique username and password. If **You** need help retrieving these, contact **Us** on Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910.

Quote and buy

You can manage **Your** own quote and sale process by choosing, buying and paying for **Your Plan** online. There's no need to fill in any paper forms, and **Your** cover can start as soon as **We** have accepted **You**. **We** will send **You Your Plan** number and a virtual membership card immediately and **You** can access **Your Plan** documents online straight away.

About You

In this section, **You** can view and update **Your** personal contact details and login details and set **Your** document delivery settings.

Your Plan

You can view and download **Your Certificate of Insurance**, members' handbook, virtual membership card and claim form from here. **You** can add members, order replacement membership cards, and when it's time, renew **Your** cover.

Your claims

Here **You** can find out the best way to make a claim and track **Your** current claims in real time. **You** can view information about all **Your** claims, past and present, including claim status, the 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 on **Your** claims.

Other features

In addition to the above, **You** can use the website to contact **Us** directly, download forms and introduce **Us** to **Your** medical provider.

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

2. Mengelola Polis anda secara online

Panduan situs Web

Cara paling mudah untuk mengelola asuransi kesehatan internasional **Anda** adalah melalui situs Web **Kami** (www.now-health.com). Semua dokumen **Anda** disimpan di area portofolio online yang aman, yang **Anda** dapat akses menggunakan username dan password unik **Anda**. Jika **Anda** memerlukan bantuan dalam mengambil dokumen ini, hubungi **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910.

Penawaran dan Pembelian

Anda dapat mengatur proses penawaran dan penjualan **Anda** sendiri dengan memilih, membeli dan membayar **Polis Anda** secara online. Tidak perlu mengisi formulir kertas apapun, dan pertanggungan **Anda** dapat dimulai secepatnya setelah **Kami** menerima **Anda**. **Kami** akan segera mengirimkan **Anda** nomor **Polis Anda** dan kartu kepesertaan maya dan **Anda** dapat mengakses dokumen **Polis Anda** langsung secara online.

Tentang Anda

Dalam bagian ini, **Anda** dapat melihat dan memperbarui rincian kontak pribadi **Anda** dan rincian login dan mengatur pengaturan pengiriman dokumen **Anda**.

Polis Anda

Anda dapat melihat dan mengunduh **Sertifikat Asuransi Anda**, buku panduan peserta, kartu kepesertaan maya dan formulir klaim dari sini. **Anda** dapat menambahkan peserta, memesan kartu kepesertaan pengganti, dan saat tiba waktunya, memperbarui pertanggungan **Anda**.

Klaim Anda

Di sini **Anda** dapat menemukan cara terbaik untuk mengajukan klaim dan menelusuri klaim **Anda** saat ini secara real time. **Anda** dapat melihat informasi tentang semua klaim **Anda**, dulu dan sekarang, termasuk status klaim, penyedia dan jumlah yang diklaim dan diselesaikan dalam mata uang yang **Anda** telah pilih. Semua pembaruan ditampilkan saat terjadi sehingga **Anda** selalu memiliki informasi terbaru tentang klaim **Anda**.

Fitur lain

Selain di atas, **Anda** dapat menggunakan situs Web ini untuk menghubungi **Kami** langsung, mengunduh formulir dan memperkenalkan **Kami** dengan penyedia medis yang **Anda** pilih.

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

3. How to claim

As soon as **You** become a customer, **You** can contact **Our** Customer Service team for support. **You** also have access to **Our** Clinical Advisers and **Our** International Emergency 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 find out the most up-to-date way of making 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 complete an online claim form at www.now-health.com or use the mobile app. Claim forms are available in **Your** online secure portfolio area.

Alternatively, **You** can download a claim form to send to **Us** or use a printed claim form. **You** can request a form from **Our** customer service team, or **Your** intermediary, if **You** are using one.

Call **Us** on Toll-free 0800 1 889900 /Toll +62 21 2783 6910 to request a printed claim form, or if **You** would like help to access **Your** online secure portfolio area.

Step 2

For claims under USD 500 per Medical Condition:

Complete sections 1 and 2 of the claim form, sign it, and email it to **Us** with **Your** scanned receipt.

The receipt must include details of the **Medical Condition**, **Treatment** given and the name, qualifications, contact details and stamp of the attending **Medical Practitioner**.

Step 2

For claims over USD 500 per Medical Condition:

Complete all sections of the claim form, sign it and ask **Your Medical Practitioner** to complete their relevant section and email it to **Us** with **Your** scanned receipt.

We need **You** to email scanned copies of all the bills and receipts, diagnostic reports and discharge reports (if **You** have been a **Day-Patient** or **In-Patient**) with the claim form. Please keep a copy of these documents for **Your** own records.

Step 3

You can send **Us** **Your** completed claim form and supporting documents in one of three ways:

- Download a claim form from the website and email scans of **Your** claim form and documents to IndonesiaService@now-health.com, or
- Fax **Your** claim form and documents to +62 21 515 7639

Step 3

You can send **Us** **Your** completed claim form and supporting documents in one of three ways:

- Download a claim form from the website and email scans of **Your** claim form and documents to IndonesiaService@now-health.com, or
- Fax **Your** claim form and documents to +62 21 515 7639

Step 4

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 5

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 provider, the currency claimed and settled and the **Benefit** for each individual claim, as well as any **Excess** or **Co-Insurance** deducted. 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 (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 3.

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 and dental **Benefits**, should **You** have opted for a **Plan** with those **Benefits**.

3. Cara mengajukan klaim

Begitu **Anda** bergabung sebagai nasabah, **Anda** dapat menghubungi tim Layanan Nasabah **Kami** agar mendapat bantuan. **Anda** juga memiliki akses ke Penasihat Klinis **Kami** dan Saluran Bantuan Darurat Internasional **Kami**, yang buka 24 jam sehari, 365 hari setahun.

Area portofolio online yang aman **Anda** memiliki bagian klaim khusus yang memuat informasi terbaru tentang klaim dulu dan sekarang. **Anda** juga dapat menggunakan area ini untuk mengetahui cara yang paling terbaru untuk mengajukan klaim. Untuk masuk, **Anda** hanya perlu nama pengguna dan kata sandi **Anda**.

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 mengisi formulir klaim online di www.now-health.com atau menggunakan aplikasi mobile kami. Formulir klaim tersedia di area portofolio online yang aman **Anda**.

Atau, **Anda** dapat mengunduh formulir klaim untuk dikirim kepada **Kami** atau menggunakan formulir klaim cetak.

Anda dapat meminta formulir dari tim layanan nasabah **Kami**, atau perantara **Anda**, jika **Anda** menggunakannya.

Hubungi **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 untuk meminta formulir klaim cetak, atau jika **Anda** ingin bantuan untuk mengakses area portofolio online yang aman **Anda**.

Langkah 2

Untuk klaim di bawah USD 500 per Kondisi Medis:

Isilah bagian 1 dan 2 dari formulir klaim, tandatangani, dan kirim via email ke **Kami** beserta pindaian kuitansi **Anda**.

Kuitansi harus menyertakan rincian **Kondisi Medis**, **Pengobatan** yang diberikan dan nama, kualifikasi, rincian kontak dan stempel **Praktisi Medis** yang merawat.

Langkah 2

Untuk klaim di atas USD 500 per Kondisi Medis:

Isilah semua bagian dari formulir klaim, tandatangani, dan mintalah **Praktisi Medis Anda** untuk mengisi bagian yang terkait dengan mereka dan kirim via email ke **Kami** beserta pindaian kuitansi **Anda**.

Kami meminta **Anda** untuk mengirim via email pindaian salinan dari semua tagihan dan kuitansi, laporan diagnostik dan laporan pemulangan (jika **Anda** telah menjadi **Pasien Rawat Sehari** atau **Pasien Rawat Inap**) dengan formulir klaim. Harap simpan salinan dari dokumen-dokumen ini untuk catatan **Anda** sendiri.

Langkah 3

Anda dapat mengirimkan kepada **Kami** formulir klaim **Anda** yang sudah diisi dan dokumen pendukung dengan salah satu dari tiga cara:

- Mengunduh formulir klaim dari situs Web dan mengirimkan via email pindaian dari formulir klaim dan dokumen **Anda** ke IndonesiaService@now-health.com, atau
- Mengirimkan via faks formulir klaim dan dokumen **Anda** ke +62 21 515 7639

Langkah 3

Anda dapat mengirimkan kepada **Kami** formulir klaim **Anda** yang sudah diisi dan dokumen pendukung dengan salah satu dari tiga cara:

- Mengunduh formulir klaim dari situs Web dan mengirimkan via email pindaian dari formulir klaim dan dokumen **Anda** ke IndonesiaService@now-health.com, atau
- Mengirimkan via faks formulir klaim dan dokumen **Anda** ke +62 21 515 7639

Langkah 4

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

Langkah 5

Anda dapat menelusuri semua klaim **Anda** menggunakan area portofolio online yang aman **Anda**.

Silahkan login setiap saat menggunakan nama pengguna dan kata sandi **Anda** untuk mengetahui kemajuan klaim **Anda**. **Anda** akan dapat melihat status, penyedia, mata uang yang diklaim dan diselesaikan dan **Manfaat** untuk masing-masing klaim, serta setiap **Biaya Risiko Sendiri** atau **Ko-Asuransi** yang dipotong. Semua pembaruan ditampilkan saat terjadi sehingga **Anda** selalu memiliki informasi terbaru tentang klaim **Anda**. **Kami** akan mengirimkan email atau SMS kepada **Anda** setiap kali ada perubahan status klaim pada akun **Anda** sehingga **Anda** tahu waktu yang paling relevan untuk masuk.

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 **Kami** meminta **Anda** untuk mengirimkan catatan ini, maka hal itu dalam waktu enam bulan sejak saat **Anda** memberitahu **Kami** tentang klaim tersebut.

Jika jumlah total yang **Anda** klaim sekarang atau telah klaim (per **Tertanggung**, per **Kondisi Medis**, per **Masa Pertanggung**) adalah lebih dari USD 500, pastikan bab 3 dari formulir klaim diisi 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 3.

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** persalinan maupun gigi, jika **Anda** telah memilih **Polis** 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** team of Clinical Advisers on Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | 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

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

You can complete an online claim form at www.now-health.com. Claim forms are available within **Your** online secure portfolio area.

Alternatively, **You** can download a claim form to send to **Us** or use a printed claim form. **You** can request a form from **Our** customer service team, or **Your** intermediary, if **You** are using one.

Call **Us** on Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 to request a printed claim form, or if **You** would like help to access **Your** online secure portfolio area.

Complete all relevant sections of the claim form. Take the claim form with **You** and ask the medical provider to complete it and fax it to **Us**.

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, such as a release of medical information by the medical provider.

You can access all the forms **You** need from **Your** online secure portfolio area at www.now-health.com.

You will need to pay any **Excess** or **Co-Insurance** on **Your 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.

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 **Excess** or **Co-Insurance** on **Your 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 layanan kesehatan.

Langkah 1

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

Langkah 2

Pilih cara pengajuan klaim yang **Anda** inginkan

Anda dapat mengisi formulir klaim online di www.now-health.com. Formulir klaim tersedia di area portofolio online yang aman **Anda**.

Atau, **Anda** dapat mengunduh formulir klaim untuk dikirim kepada **Kami** atau menggunakan formulir klaim cetak. **Anda** dapat meminta formulir dari tim layanan nasabah **Kami**, atau perantara **Anda**, jika **Anda** menggunakannya.

Hubungi **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 untuk meminta formulir klaim cetak, atau jika **Anda** ingin bantuan untuk mengakses area portofolio online yang aman **Anda**.

Isilah semua bagian yang relevan dari formulir klaim. Bawa formulir klaim bersama **Anda** dan mintalah penyedia layanan kesehatan untuk mengisinya dan kirimkan via faks kepada **Kami**.

Langkah 3

Saat **Anda** tiba di penyedia layanan kesehatan 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.

Anda akan harus membayar **Biaya Risiko Sendiri** atau **Ko-Asuransi** dalam **Polis Anda** kepada penyedia medis sebelum **Anda** pergi.

Langkah 4

Saat **Anda** pergi, mintalah penyedia layanan kesehatan 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.

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 layanan kesehatan secara langsung. Hal ini bisa berarti **Anda** harus membayar uang jaminan ke penyedia layanan kesehatan 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 akan harus membayar **Biaya Risiko Sendiri** atau **Ko-Asuransi** dalam **Polis Anda** kepada penyedia layanan kesehatan sebelum **Anda** pergi.

3.2 Arranging Direct Settlement

3.2.2 Out-Patient Treatment within the International Direct Billing Network

If **You** have a nil **Excess**, **You** can receive **Treatment** without having to pay the medical provider upfront through **Our Out-Patient Direct Billing Network**. If **You** have this option, it will say so on **Your** membership card.

Any **Eligible Out-Patient Treatment** outside of the **Out-Patient Direct Billing Network** will be subject to the **Plan Excess You** have chosen.

Please note that if **You** have selected **Co-Insurance Out-Patient** charges, **You** must pay the 20% **Co-Insurance** even if a nil **Excess** applies and **Out-Patient Direct Billing** is available. **Out-Patient Direct Billing** is not available if **You** have chosen the WorldCare Essential **Out-Patient** Charges additional option and **You** have a nil **Excess**.

Step 1

To find an **Out-Patient Direct Billing** facility, log in to **Your** online secure portfolio area at 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** team of Clinical Advisers 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

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 **Your Benefit** limits, **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 Plan** through the **Out-Patient Direct Billing** option, **You** are liable for the costs incurred and **You** must refund **Us**. **We** may offset valid claims against outstanding funds due to **Us** or **We** may suspend **Your Plan** until **You** have settled the outstanding amounts in full. If **We** determine that a claim was fraudulent, **We** may terminate **Your Plan** with immediate effect without refund of premiums.

3.2 Mengurus Penyelesaian Langsung

3.2.2 Pengobatan Rawat Jalan dalam Jaringan Penagihan Langsung

Jika **Biaya Risiko Sendiri Anda** nihil, **Anda** dapat menerima **Pengobatan** tanpa harus membayar penyedia medis di-muka melalui Jaringan **Penagihan Langsung Rawat Jalan Kami**.

Setiap **Pengobatan Rawat Jalan** yang **Memenuhi Syarat** diluar dari Jaringan Penyelesaian **Langsung Rawat Jalan** akan dikenakan **Pilihan Risiko Anda** yang telah **Anda** pilih.

Perlu diketahui bahwa jika **Anda** telah memilih biaya **Rawat Jalan Ko-Asuransi**, maka **Anda** harus membayar 20% dari **Ko-Asuransi** meski **Biaya Risiko Sendiri** nihil berlaku dan **Penagihan Langsung Rawat Jalan** tersedia. **Penagihan Langsung Rawat Jalan** tidak tersedia jika **Anda** telah memilih opsi tambahan Biaya **Rawat Jalan WorldCare Essential** dan **Anda** memiliki **Biaya Risiko Sendiri** nihil.

Langkah 1

Untuk menemukan fasilitas **Penagihan Langsung Rawat Jalan**, log in ke area portofolio online yang aman **Anda** di 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 Penasihat Klinis **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.

Langkah 2

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

Langkah 3

Fasilitas medis akan memeriksa batas **Manfaat**, **Biaya Risiko Sendiri** dan setiap **Ko-asuransi Anda** sebelum mengurus pemeriksaan diri **Anda** ke dokter. Jika pertanggungangan **Anda** tidak **Memenuhi Syarat**, mereka tetap akan mengurus pemeriksaan diri **Anda** ke dokter tetapi akan meminta **Anda** untuk membayar **Pengobatan**.

Langkah 4

Saat **Anda** pergi, penyedia layanan kesehatan 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** menurut **Polis Anda** melalui **Penagihan Langsung Rawat Jalan**, maka **Anda** bertanggung jawab atas biaya yang dikeluarkan dan **Anda** harus mengembalikan uang kepada **Kami**. **Kami** dapat menutup kerugian dana belum dibayar yang harus dibayarkan kepada **Kami** dengan klaim yang sah atau **Kami** dapat menagguhkan **Manfaat Anda hingga Anda** telah melunasi jumlah yang belum dibayarkan secara penuh. Jika **Kami** mengetahui bahwa suatu klaim ternyata tidak benar, maka **Kami** dapat mengakhiri **Anda** dari **Polis** dengan segera tanpa pengembalian premi.

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. 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 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 Plan**
- cannot be treated adequately locally, and
- requires immediate **In-Patient Treatment**

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

Our Emergency 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 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. 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 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 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 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** team of Clinical Advisers on Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | 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

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

You can complete an online claim form at www.now-health.com. Claim forms are available within **Your** online secure portfolio area.

Alternatively, **You** can download a claim form to send to **Us** or use a printed claim form. **You** can request a form from **Our** customer service team, or **Your** intermediary, if **You** are using one.

Call **Us** on Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 to request a printed claim form, or if **You** would like help to access **Your** online secure portfolio area.

Complete all relevant sections of the claim form. Take the claim form with **You** and ask the medical provider to complete it and fax it to **Us**.

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.

You will need to pay any **Excess** on **Your 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 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 Plan**, **You** must refund the equivalent sum to **Us**.

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

3.4 Mengakses Pengobatan Elektif di Amerika Serikat

Jika **Anda** telah memilih opsi **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 Kesehatan Dalam Jaringan** dan akan berusaha mengurus penyelesaian tagihan secara langsung dengan penyedia layanan kesehatan. Jika penyedia layanan kesehatan yang **Anda** telah pilih ternyata di luar jaringan, maka **Kami** akan mengurus untuk menemukan penyedia layanan medis yang setara yang masuk dalam jaringan.

Langkah 1

Lima hari kerja sebelum **Pengobatan Anda** (atau sedini mungkin), hubungi tim Penasihat Klinis **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | 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

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

Anda dapat mengisi formulir klaim online di www.now-health.com. Formulir klaim tersedia di area portofolio online yang aman **Anda**.

Atau, **Anda** dapat mengunduh formulir klaim untuk dikirim kepada **Kami** atau menggunakan formulir klaim cetak. **Anda** dapat meminta formulir dari tim layanan nasabah **Kami**, atau perantara **Anda**, jika **Anda** menggunakannya.

Hubungi **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 untuk meminta formulir klaim cetak, atau jika **Anda** ingin bantuan untuk mengakses area portofolio aman online **Anda**.

Isilah semua bagian yang relevan dari formulir klaim. Bawa formulir klaim bersama **Anda** dan mintalah penyedia layanan kesehatan untuk mengisinya dan kirimkan via faks kepada **Kami**.

Langkah 3

Saat **Anda** tiba di penyedia layanan kesehatan 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 layanan kesehatan boleh melepaskan informasi tentang **Anda** kepada **Kami**. **Anda** dapat mengakses semua formulir dari area portofolio online yang aman **Anda** di www.now-health.com.

Anda akan harus membayar **Biaya Risiko Sendiri** dalam **Polis Anda** kepada penyedia medis sebelum **Anda** pergi.

Langkah 4

Saat **Anda** pergi, mintalah penyedia layanan kesehatan 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 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 layanan kesehatan 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 Layanan Kesehatan 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 Anda**, maka **Anda** harus mengembalikan jumlah yang setara kepada **Kami**.

Anda akan harus membayar **Biaya Risiko Sendiri** apapun dalam **Polis Anda** kepada penyedia layanan kesehatan 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 (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 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 **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 Plan** 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 If You have an Excess and or Co-Insurance on Your Plan

Any **Excess** or **Co-Insurance** is shown on **Your Certificate of Insurance** and charged in the same currency as **Your** premium.

An **Excess** or **Co-Insurance** is the amount **You** pay towards the cost of a claim for any **Insured Person** on **Your Plan**. **You** can choose the type and level of **Excess** when **You** buy or renew **Your Plan**. When a claim is made, any **Excess** is automatically deducted.

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 (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 kadang meminta **Anda** untuk memberikan informasi tambahan. Ini akan hanya 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**.

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, **Polis 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 Jika Anda memiliki Biaya Risiko Sendiri dan atau Ko-Asuransi dalam Polis Anda

Setiap **Biaya Risiko Sendiri** atau **Ko-Asuransi** ditunjukkan pada **Sertifikat Asuransi Anda** dan dibebankan dalam mata uang yang sama dengan premi **Anda**.

Biaya Risiko Sendiri atau **Ko-Asuransi** adalah jumlah yang **Anda** bayar terhadap biaya klaim untuk setiap **Tertanggung** dalam **Polis Anda**. **Anda** dapat memilih jenis dan tingkat **Biaya Risiko Sendiri** saat **Anda** membeli atau memperbaharui **Polis Anda**. Saat klaim diajukan, setiap **Biaya Risiko Sendiri** dipotong secara otomatis.

The **Excess** applies per **Insured Person**, per **Medical Condition**, per **Period of Cover**. For example, if the **Insured Person** claims for **In-Patient Treatment** for two separate **Medical Conditions**, an **Excess** will apply to each **Medical Condition** rather than a single **Excess** relating to the **In-Patient Treatment**. An **Excess** will always be deducted before any **Co-Insurance** percentage is applied.

Even if the Nil **Excess** option has been selected, **You** will still be responsible for any **Co-Insurance** payments under the **Plan**.

A **Co-Insurance** is a percentage payment made by **You** per **Medical Condition** per **Period of Cover**. For example, if an **Insured Person** claims for **Out-Patient Treatment**, the **Excess** will be deducted first and the **Co-Insurance** will be calculated on the remaining amount.

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

Biaya Risiko Sendiri berlaku per **Tertanggung**, per **Kondisi Medis**, per **Masa Pertanggungan**. Misalnya, jika **Tertanggung** mengajukan klaim untuk **Pengobatan Rawat Inap** untuk dua **Kondisi Medis** yang terpisah, maka **Biaya Risiko Sendiri** akan berlaku untuk masing-masing **Kondisi Medis** bukan **Biaya Risiko Sendiri** tunggal yang berkaitan dengan **Pengobatan Rawat Inap** tersebut. **Biaya Risiko Sendiri** akan selalu dipotong sebelum persentase **Ko-Asuransi** dikenakan.

Meskipun jika pilihan **Biaya Risiko Sendiri** Nol telah dipilih, **Anda** tetap akan bertanggung jawab atas setiap **Ko-Asuransi** dalam **Polis**.

Ko-Asuransi adalah persentase pembayaran yang **Anda** lakukan per **Kondisi Medis** per **Masa pertanggungan**. Sebagai contoh, jika **Tertanggung** mengajukan klaim untuk **Pengobatan Rawat Jalan**, maka **Biaya Risiko Sendiri** akan dipotong terlebih dahulu dan **Ko-Asuransi** akan dihitung atas jumlah yang tersisa.

Anda harus mengirimkan formulir klaim dan tagihan **Anda**, meski **Biaya Risiko Sendiri** lebih besar dari **Manfaat** yang **Anda** klaim, sehingga **Kami** dapat mengurus **Polis Anda** dengan benar. Saat **Anda** mengajukan klaim, **Kami** akan mengurangi jumlah yang **Kami** bayar kepada **Anda** sampai batas **Biaya Risiko Sendiri** 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 Anda**, mata uang dimana **Anda** mengeluarkan klaim **Anda**, atau mata uang lain pilihan **Anda**. Di bawah ini adalah mata uang dimana **Kami** dapat bertransaksi.

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

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

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 **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 **Plan**.

Please refer to the definition of **Plan** in section 1 for details of the documents that make up **Your 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 **Plan** is shown below:

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

Optional Benefits

To provide extra flexibility, **You** can also select additional optional **Benefits** that might be important to **You**.

Cover options available are:

USA Elective Treatment	Costs associated with Eligible In-Patient, Day-Patient and Out-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in Our Network of Providers.
Co-Insurance Out-Patient Charges	With a 20% Co-Insurance in addition to the Plan Excess per Medical Condition on Advance, Excel and Apex Plan options.
Your choice of Plan Excess	A standard Excess applies per Insured Person per Medical Condition per Period of Cover , but if You prefer to reduce Your premium You can select a higher Excess .
Out-Patient Charges (Essential only)	Add Out-Patient Benefits to the Essential Plan option.
Out-Patient Charges – Option 2 (Essential only)	The same as Out-Patient Charges but inclusive of Maintenance of Chronic Medical Conditions within the Benefit sub-limit.

Please note:

If a nil **Excess** option is selected on Advance, Excel and Apex **Plan** options, the **Insured Person** will **Benefit** from **Out-Patient Direct Billing** within **Our Out-Patient Direct Billing** Provider Network for **Out-Patient** charges. If **Your** membership card has “**Out-Patient Direct Billing**” clearly marked, the medical facility will not ask **You** to settle the charges. They will do this directly with **Us**.

The above is a summary of just some of the **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.

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** ini tidak dimaksudkan untuk menanggung semua kemungkinan.

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

Silahkan lihat definisi **Polis** di bab 1 untuk rincian dokumen yang membentuk **Polis 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 opsi **Pengobatan** elektif di Amerika Serikat dipilih.

Ikhtisar setiap **Polis** ditunjukkan di bawah ini:

Essential	Pertanggungan untuk Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari , dan opsi untuk Biaya Risiko Sendiri yang lebih tinggi untuk menurunkan premi Anda , jika Anda ingin menanggung kejadian medis utama berbiaya tinggi/berfrekuensi rendah saja.
Advance	Seperti Essential, dan pertanggungan terbatas untuk Pengobatan Rawat Jalan .
Excel	Seperti Advance, dan pertanggungan untuk gigi dan batas Program yang pada umumnya lebih tinggi.
Apex	Seperti Excel, dan pertanggungan untuk gigi dan persalinan, serta Manfaat dengan batas keseluruhan yang lebih tinggi.

Manfaat Pilihan

Untuk memberikan fleksibilitas tambahan, **Anda** dapat memilih **Manfaat** pilihan tambahan yang mungkin penting bagi **Anda**.

Pilihan pertanggungan yang tersedia adalah:

Pengobatan Elektif di Amerika Serikat	Biaya yang terkait dengan Pengobatan Rawat Inap , Rawat sehari dan Rawat Jalan di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila Pengobatan diterima di Jaringan Penyedia Kami .
Biaya Rawat Jalan Ko-Asuransi	Dengan Ko-Asuransi 20% selain Biaya Risiko Sendiri Polis per Kondisi Medis pada pilihan Program Advance, Excel dan Apex.
Biaya Risiko Sendiri Polis Pilihan Anda	Biaya Risiko Sendiri standar per Tertanggung per Kondisi Medis per Masa Pertanggungan , tetapi jika Anda lebih memilih untuk mengurangi premi Anda maka Anda dapat memilih Biaya Risiko Sendiri yang lebih tinggi.
Biaya Rawat Jalan (Essential saja)	Menambahkan Manfaat Rawat Jalan pada opsi Program Essential.
Biaya Rawat Jalan – Pilihan 2 (Essential saja)	Sama dengan Biaya Rawat Jalan tetapi mencakup Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis dalam sub-batas Manfaat .

Harap dicatat:

Jika opsi **Biaya Risiko Sendiri** nihil dipilih pada opsi **Program** Advance, Excel dan Apex, maka **Tertanggung** akan mendapat **Manfaat** dari **Penagihan Langsung Rawat Jalan** dalam Jaringan Penyedia **Penagihan Langsung Rawat Jalan Kami** untuk biaya **Rawat Jalan**. Jika pada kartu kepesertaan **Anda** tertera jelas (**Penagihan Langsung Rawat Jalan**), maka fasilitas medis tidak akan meminta **Anda** untuk melunasi biaya. Mereka akan secara langsung meminta **Kami** untuk melunasi biaya.

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

4.2 Pre-Authorisation

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

Your 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 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** team of Clinical Advisers on
Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | Fax +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 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 **Plan** options after every 10 sessions
- Nursing Care at home
- AIDS
- USA elective **Treatment**

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 pay only 80% of the **Eligible Benefits**.

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 **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: Chronic Conditions**, and the **Plan** limit per **Insured Person**, per **Period of Cover** will apply. If **You** are unsure of **Your** particular circumstances, please contact **Our** Customer Service team before incurring any **Treatment** costs.

Some cover states “Full Refund” and this means that **Eligible** claims are covered up to the annual maximum **Plan** limit, after any deduction of any **Excess** or **Co-Insurance** or similar condition, if **Reasonable and Customary Charges** for **Medically Necessary Treatment** are incurred.

4.2 Pra-Otorisasi

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

Polis 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 mengkonfirmasi apakah **Pengobatan** tersebut **Memenuhi Syarat** menurut **Polis 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 Penasihat Klinis **Kami** di

Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 | Faks +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 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 Rawat Inap** penyakit kejiwaan
- **Evakuasi dan Repatriasi**
- Biaya Kematian
- Fisioterapi untuk opsi **Program Advance, Excel dan Apex** setelah setiap 10 sesi
- Perawatan Dirumah dengan perawat
- AIDS
- **Pengobatan** elektif di Amerika Serikat

Jika **Pra-Otorisasi** tidak didapatkan dan **Pengobatan** diterima dan selanjutnya terbukti tidak **Secara Medis Diperlukan**, maka **Kami** berhak untuk menolak klaim **Anda**. Jika **Pengobatan Secara Medis Diperlukan**, tetapi **Anda** tidak mendapatkan **Pra-Otorisasi**, maka **Kami** akan membayar hanya 80% dari **Manfaat** yang **Memenuhi Syarat**.

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 **Perawatan** aktif untuk penyakit, kesakitan atau cedera. **Ikhtisar Manfaat** di bawah ini merinci pertanggung jawaban yang disediakan oleh masing-masing **Polis**. 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 – Kondisi Kronis**, dan batas **Polis** per **Tertanggung**, per **Masa Pertanggung** akan berlaku. 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**, setelah dikurangi setiap **Biaya Risiko Sendiri** 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
Annual Maximum Plan Limit 24/7 helpline and assistance services available on all Plans	USD 3m
1. Maintenance of Chronic Medical Conditions: <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
2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees: 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. 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)  Full refund Pre-Authorisation for (i) 📄 (ii)  Up to USD 1,500 per Medical Condition
3. Diagnostic Procedures: <i>Medically Necessary diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans.</i>	Pre-Authorisation for PET 📄  Full refund for In-Patient pre and post-operative scans
4. Emergency Ambulance Transportation: <i>Emergency road ambulance transport costs to or between Hospitals, or when considered Medically Necessary by a Medical Practitioner or Specialist.</i>	 Full refund
5. Parent Accommodation: <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
6. Renal Failure and Renal Dialysis: i) Treatment of renal failure, including renal dialysis on an In-Patient basis. ii) Treatment of renal failure, including renal dialysis on a Day-Patient or Out-Patient basis.	 (i) Up to six weeks full refund for In-Patient pre and post-operative care  (ii) Not covered
7. Organ Transplant: 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. <i>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) 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>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
8. Cancer Treatment: <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
Batas Maksimum Tahunan Polis <i>Saluran bantuan 24/7 dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis</i>	USD 3 jt
1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis: Pemeliharaan Kondisi Medis kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, check-up, 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.	 Tidak ditanggung
2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis: 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. 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)  Pengembalian penuh Pra-Otorisasi untuk (i)  (ii)  Hingga USD 1.500 per Kondisi Medis
3. Prosedur Diagnostik: Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang Secara Medis Diperlukan .	Pra-Otorisasi untuk PET   Pengembalian penuh untuk pemindaian pra- dan pasca-operasi Rawat Inap
4. Transportasi Ambulans Darurat: Biaya transportasi ambulans darat Darurat ke atau antar Rumah Sakit , atau bila dianggap Secara Medis Diperlukan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis .	 Pengembalian penuh
5. Akomodasi Orangtua: 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 .	 Pengembalian penuh
6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah: i) Pengobatan gagal ginjal, termasuk cuci darah secara Rawat Inap . ii) Pengobatan gagal ginjal, termasuk cuci darah secara Rawat Sehari atau Rawat Jalan .	 (i) Hingga 6 minggu Pengembalian penuh untuk perawatan pra- dan pasca-operasi Rawat Inap  (ii) Tidak ditanggung
7. Transplantasi Organ: 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. 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)  Pengembalian penuh (ii)  Hingga USD 50.000 per Masa Pertanggung
8. Pengobatan Kanker: 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 diagnosis.	 Pengembalian penuh









Benefit	Essential
<p>9. Pregnancy and Childbirth Medical Conditions:</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ectopic Pregnancy (where the foetus is growing outside the womb) • hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb) • retained placenta (afterbirth retained in the womb) • placenta praevia • eclampsia (a coma or seizure during Pregnancy and following pre-eclampsia) • 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) • post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth) • miscarriage requiring immediate surgical Treatment • failure to progress in labour 	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>10. New Born Cover:</p> <p>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 Plan within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 100,000 per Period of Cover</p>
<p>11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>12. Congenital Disorder:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 100,000 per Period of Cover</p>
<p>13. Reconstructive Surgery:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>14. Rehabilitation:</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> Use of special Treatment rooms Physical therapy fees Speech therapy fees Occupational therapy fees 	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund for Eligible In-Patient Treatment only up to 30 days per Medical Condition</p>
<p>15. In-Patient Emergency Dental Treatment:</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • If implants are clinically needed We will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead • Damage to dentures providing they were being worn at the time of the injury 	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>16. In-Patient Psychiatric Treatment:</p> <p>In-Patient Treatment in a recognised Psychiatric unit of a Hospital. All Treatment must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.</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	Essential
<p>9. Kondisi Medis Kehamilan dan Persalinan:</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kehamilan ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim) • Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim) • Plasenta tertinggal (ari-ari tertahan dalam rahim) • Plasenta previa • Eklampsia (koma atau kejang selama Kehamilan dan setelah pre-eklampsia) • 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) • Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan) • Keguguran yang membutuhkan Pengobatan bedah segera • Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan 	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>10. Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir:</p> <p>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 dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 100.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p>11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>12. Kelainan Bawaan:</p> <p>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 dikuculkan dari Manfaat 12 – Kelainan Bawaan.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 100.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p>13. Bedah Rekonstruksi:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>14. Rehabilitasi:</p> <p>Atas saran dari Dokter Spesialis sebagai bagian integral 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> Penggunaan kamar Pengobatan khusus Biaya terapi fisik Biaya terapi wicara Biaya terapi okupasi 	<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>15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Jika implan dibutuhkan secara klinis Kami akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan. • Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera. 	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>16. Pengobatan Rawat Inap Penyakit Kejiwaan:</p> <p>Pengobatan Rawat Inap di unit jiwa yang diakui di Rumah Sakit. Semua Pengobatan harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari psikiater yang Terdaftar.</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 Pertanggungungan</p>

Benefit	Essential
<p>17. Terminal Illness:</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> Eligible In-Patient and Day-Patient Treatment only up to USD 50,000 lifetime limit</p>
<p>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</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 childbirth are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p> 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>19. Evacuation and Repatriation:</p> <p>Evacuation</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"> <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> <i>ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient.</i> <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> <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> <p><i>Excesses do not apply to transportation costs incurred under this Benefit.</i></p> <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>Repatriation</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>This Benefit specifically excludes routine Pregnancy and childbirth costs, except for Benefit 9 – Pregnancy and childbirth Medical Conditions.</i></p>	<p>Pre-Authorisation 📞</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>(i)</i>  Full refund <i>(ii)</i>  Full refund <i>(iii)</i>  Full refund <i>(iv)</i>  Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per Evacuation <p>Pre-Authorisation 📞</p> <p> Full refund</p>
<p>20. Mortal Remains:</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"> <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> <i>ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</i> 	<p>Pre-Authorisation 📞</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>(i)</i>  Full refund <i>(ii)</i>  Up to USD 10,000
<p>21. Hospital Cash Benefit:</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 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 5.12 does not apply.</i></p>	<p> USD 125 per night</p>

Manfaat	Essential
<p>17. Penyakit Terminal:</p> <p>Perawatan Paliatif 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.</p>	<p> Pengobatan Rawat Jalan dan Rawat Sehari yang Memenuhi Syarat hanya sampai batas USD 50.000 seumur hidup</p>
<p>18. Pertanggung untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat:</p> <p>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.</p> <p>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</p>	<p> 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</p>
<p>19. Evakuasi dan Repatriasi:</p> <p>Evakuasi</p> <p>Pengaturan 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.</p> <p>Biaya yang wajar untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari. Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap. 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. <p>Biaya Risiko Sendiri tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan Manfaat ini.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Repatriasi</p> <p>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.</p> <p>Manfaat ini secara khusus mengecualikan biaya Kehamilan dan persalinan rutin, kecuali Manfaat 9 – Kondisi Medis Kehamilan dan persalinan.</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>20. Biaya Kematian:</p> <p>Dalam hal kematian karena Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, Biaya yang Wajar dan Layak untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> Biaya transportasi jenazah atau abu Tertanggung ke Negara Kewarganegaraan atau Negara Tempat Tinggal-nya, atau Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak. 	<p>Pra-Otorisasi 📞</p> <p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 10.000</p>
<p>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</p> <p>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 ini. Pertanggung berdasarkan Manfaat ini terbatas hingga maksimum 30 malam per Masa Pertanggung.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> USD 125 per malam</p>

Benefit	Essential
<p>22. Out-Patient Charges:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Medical Practitioner fees including consultations; Specialist fees; Diagnostic Tests; prescribed Drugs and Dressings. ii) Physiotherapy by a Registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist. 	<ul style="list-style-type: none"> (i)  Pre-operative consultation and Diagnostic Procedures within 15 days from the admission and post hospitalisation up to max USD 2,000 or 30 days per Medical condition per Period of cover (ii)  Not covered
<p>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</p> <p>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.</p>	<p> Full refund</p>
<p>24. Out Patient Psychiatric Illness:</p> <p>Out-Patient Treatment administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a Medical Practitioner or Specialist.</p>	<p> Not covered</p>
<p>25. Alternative Therapies:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. ii) Treatment or therapies administered by a recognised Traditional Chinese Medicine Practitioner. <p>We do not cover charges for general chiropody or podiatry. For this Benefit exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p> Not covered</p>
<p>26. Nursing Care at Home:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. ii) Emergency Medical Practitioner (GP) home visits out of normal clinic hours. 	<ul style="list-style-type: none"> (i)  Not covered Pre-Authorisation for (i) 📄 (ii)  Not covered
<p>27. AIDS:</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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. ** As long as the blood transfusion was received as an In-Patient as part of Medically Necessary Treatment. <p>Waiting Period: Cover only available after three years of continuous membership.</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>22. Biaya Rawat Jalan:</p> <p>i) Biaya Praktisi Medis termasuk konsultasi; Biaya Dokter Spesialis; Tes Diagnostik; Obat-Obatan dan Perban yang diresepkan.</p> <p>ii) Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, jika dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis.</p>	<p>(i)  Konsultasi pra-operasi dan Prosedur Diagnostik dalam waktu 15 hari dari masuk Rumah Sakit dan pasca-rawat inap hingga maksimal USD 2.000 atau 30 hari per Kondisi Medis per Masa Pertanggung</p> <p>(ii)  Tidak ditanggung</p>
<p>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</p> <p>Biaya Pengobatan untuk Prosedur Bedah yang dilakukan di tempat praktek dokter, Rumah Sakit, fasilitas penitipan anak atau instalasi Rawat Jalan. Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan Manfaat 22 – biaya Rawat Jalan.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</p> <p>Pengobatan Rawat Jalan yang diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater Terdaftar jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</p>	<p> Tidak ditanggung</p>
<p>25. Terapi Alternatif:</p> <p>i) Obat dan Pengobatan Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis. Manfaat ini meluas ke osteopath, chiropraktor, homeopati, ahli gizi dan Pengobatan akupunktur.</p> <p>ii) Pengobatan atau terapi yang diberikan oleh Praktisi Pengobatan Tradisional Cina yang diakui.</p> <p>Kami tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> Tidak ditanggung</p>
<p>26. Perawatan di Rumah:</p> <p>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.</p> <p>ii) Kunjungan ke rumah oleh Praktisi Medis (dokter umum) untuk panggilan Darurat di luar jam klinik normal.</p>	<p>(i)  Tidak ditanggung Pro-Otorisasi untuk (i) 📞</p> <p>(ii)  Tidak ditanggung</p>
<p>27. AIDS:</p> <p>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***. 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>** Selama transfusi darah diterima sebagai Pasien Rawat Inap sebagai bagian dari Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan.</p> <p>Masa Tunggu: Pertanggung hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.</p>	<p>Pro-Otorisasi 📞</p> <p> Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari yang Memenuhi Syarat hanya sampai USD 25.000 per Masa Pertanggung</p>

Options to Core Benefits	Essential
<p>28. USA Elective Treatment:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Costs associated with Eligible In-Patient Treatment and Day-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in the Provider Network. ii) Costs associated with Eligible Out-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in the Provider Network. <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>Optional Up to USD 1.5m per Insured Person per Period of Cover</p>
<p>29. Out-Patient Charges:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Medical Practitioner fees including consultation, Specialist fees, Diagnostic Tests, prescribed Drugs and Dressings. ii) Physiotherapy by a registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist. 	<p>Optional (i) Up to USD 4,500 per Period of Cover</p> <p>ii) Full refund up to a maximum 10 sessions per Period of Cover</p>
<p>30. Out-Patient Charges – Option 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Medical Practitioner fees including consultation, Specialist fees, Diagnostic Tests and cost associated with Maintenance of chronic Medical Conditions, prescribed Drugs and Dressings. ii) Physiotherapy by a registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist. 	<p>Optional (i) Up to USD 4,500 per Period of Cover</p> <p>ii) Full refund up to a maximum 10 sessions per Period of Cover</p>
<p>31. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Optional</p>

Excess Options	Essential
<p>Standard Excess</p>	<p>Nil</p>
<p>Optional Excess</p> <p>Please note: Excesses do not apply to transportation costs incurred under Benefit 19, but would apply to any Medically Necessary Treatment required under Benefit 19.</p>	<p>USD 1,000 USD 2,500 USD 5,000 USD 10,000 USD 15,000</p>












Pilihan untuk Manfaat Utama	Essential
<p>28. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:</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 diagnosa dan operasi Rawat Jalan, dan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari 🏠</p> <p>▶</p> <p>Pilihan</p> <p>Hingga USD 1,5 jt per Tertanggung per Masa Pertanggung</p>
<p>29. Biaya Rawat Jalan:</p> <p>i) Biaya Praktisi Medis termasuk konsultasi, biaya Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban yang diresepkan.</p> <p>ii) Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, bila dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p> <p>(i) Hingga USD 4.500 per Masa Pertanggung</p> <p>▶</p> <p>(ii) Pengembalian penuh hingga maksimal 10 sesi per Masa Pertanggung</p>
<p>30. Biaya Rawat Jalan – Pilihan 2:</p> <p>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.</p> <p>ii) Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, bila dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p> <p>(i) Hingga USD 4.500 per Masa Pertanggung</p> <p>▶</p> <p>(ii) Pengembalian penuh hingga maksimal 10 sesi per Masa Pertanggung</p>
<p>31. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk orang yang tinggal di Indonesia dan Singapura</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>

Pilihan Biaya Risiko Sendiri	Essential
<p>Biaya Risiko Sendiri Standar</p>	<p>Nihil</p>
<p>Pilihan Biaya Risiko Sendiri</p> <p>Harap dicatat: Biaya Risiko Sendiri tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan Manfaat 19, tetapi akan berlaku untuk setiap Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan yang dibutuhkan berdasarkan Manfaat 19.</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
<p>Annual Maximum Plan Limit 24/7 helpline and assistance services available on all Plans</p>	<p>USD 3m</p>
<p>1. Maintenance of Chronic Medical Conditions: <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></p>	<p>Up to USD 15,000 per Period of Cover</p>
<p>2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 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. 	<ul style="list-style-type: none"> (i) Full refund Pre-Authorisation for (i) (ii) Up to USD 1,500 per Medical Condition
<p>3. Diagnostic Procedures: <i>Medically Necessary diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans.</i></p>	<p>Pre-Authorisation for PET Full refund</p>
<p>4. Emergency Ambulance Transportation: <i>Emergency road ambulance transport costs to or between Hospitals, or when considered Medically Necessary by a Medical Practitioner or Specialist.</i></p>	<p>Full refund</p>
<p>5. Parent Accommodation: <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></p>	<p>Full refund</p>
<p>6. Renal Failure and Renal Dialysis:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Treatment of renal failure, including renal dialysis on an In-Patient basis. ii) Treatment of renal failure, including renal dialysis on a Day-Patient or Out-Patient basis. 	<ul style="list-style-type: none"> (i) Up to six weeks full refund (ii) Up to USD 75,000 per Period of Cover
<p>7. Organ Transplant:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <i>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) 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>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> 	<ul style="list-style-type: none"> (i) Full refund (ii) Up to USD 50,000 per Period of Cover
<p>8. Cancer Treatment: <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></p>	<p>Full refund</p>

4.3.2 WorldCare Advance









Manfaat	Advance
Batas Maksimum Tahunan Polis Saluran bantuan 24/7 dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis	USD 3 jt
<p>1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:</p> <p>Pemeliharaan Kondisi Medis kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, check-up, 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.</p>	<p> Hingga USD 15.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh Pra-Otorisasi untuk (i) 📞</p> <p>(ii)  Hingga USD 1.500 per Kondisi Medis</p>
<p>3. Prosedur Diagnostik:</p> <p>Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang Secara Medis Diperlukan.</p>	<p>Pra-Otorisasi untuk PET 📞</p> <p> Pengembalian penuh</p>
<p>4. Transportasi Ambulans Darurat:</p> <p>Biaya transportasi ambulans darat Darurat ke atau antar Rumah Sakit, atau bila dianggap Secara Medis Diperlukan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p>5. Akomodasi Orangtua:</p> <p>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.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p>6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</p> <p>i) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Inap.</p> <p>ii) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Sehari atau Rawat Jalan.</p>	<p>(i)  Hingga 6 minggu Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 75.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>7. Transplantasi Organ:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien Rawat Inap atau Rawat Sehari, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.</p> <p>Kami hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman WHO.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 50.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>8. Pengobatan Kanker:</p> <p>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.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>

Benefit	Advance
<p>9. Pregnancy and Childbirth Medical Conditions:</p> <p><i>In-Patient Treatment</i> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ectopic Pregnancy (where the foetus is growing outside the womb) • Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb) • Retained placenta (afterbirth retained in the womb) • Placenta praevia • Eclampsia (a coma or seizure during Pregnancy and following pre-eclampsia) • 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) • Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth) • Miscarriage requiring immediate surgical Treatment • Failure to progress in labour 	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>10. New Born Cover:</p> <p><i>In-Patient Treatment</i> 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 Plan within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 100,000 per Period of Cover</p>
<p>11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</p> <p><i>Hospital Accommodation</i> 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.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>12. Congenital Disorder:</p> <p><i>In-Patient Treatment</i> 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.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 100,000 per Period of Cover</p>
<p>13. Reconstructive Surgery:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>14. Rehabilitation:</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> Use of special Treatment rooms Physical therapy fees Speech therapy fees Occupational therapy fees 	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full Refund up to 180 days per Medical Condition</p>
<p>15. In-Patient Emergency Dental Treatment:</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • If implants are clinically needed We will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead • Damage to dentures providing they were being worn at the time of the injury 	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>16. In-Patient Psychiatric Treatment:</p> <p><i>In-Patient Treatment</i> in a recognised Psychiatric unit of a Hospital. All Treatment must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pre-Authorisation 📞</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full Refund limited to 30 days per Period of Cover</p>

Manfaat	Advance
<p>9. Kondisi Medis Kehamilan dan Persalinan:</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kehamilan ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim) • Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim) • Plasenta tertinggal (ari-ari tertahan dalam rahim) • Plasenta previa • Eklampsia (koma atau kejang selama Kehamilan dan setelah pre-eklampsia) • 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) • Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan) • Keguguran yang membutuhkan Pengobatan bedah segera • Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan 	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>10. Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir:</p> <p>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 dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 100.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p>11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>12. Kelainan Bawaan:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 100.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p>13. Bedah Rekonstruksi:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>14. Rehabilitasi:</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> i) Penggunaan kamar Pengobatan khusus ii) Biaya terapi fisik iii) Biaya terapi wicara iv) Biaya terapi okupasi 	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh sampai 180 hari per Kondisi Medis</p>
<p>15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika Pengobatan meliputi penggantian mahkota, mahkota gigi, lapisan atau gigi tiruan, Kami akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Layak untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama • Jika implan dibutuhkan secara klinis Kami akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan. • Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera. 	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>16. Rawat Inap Penyakit Kejiwaan:</p> <p>Pengobatan Rawat Inap di unit jiwa yang diakui di Rumah Sakit. Semua Pengobatan harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari psikiater yang Terdaftar.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pra-Otorisasi 📞</p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh yang dibatasi sampai 30 hari per Masa Pertanggungungan</p>

Benefit	Advance
<p>17. Terminal Illness:</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>▶ Up to USD 50,000 lifetime limit</p>
<p>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</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 childbirth are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p>▶ Full refund for Accident</p> <p>▶ Illness: up to USD 25,000 per Period of Cover</p>
<p>19. Evacuation and Repatriation:</p> <p>Evacuation</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"> <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> <i>ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient.</i> <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> <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> <p><i>Excesses do not apply to transportation costs incurred under this Benefit.</i></p> <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>Repatriation</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>This Benefit specifically excludes routine Pregnancy and childbirth costs, except for Benefit 9 – Pregnancy and childbirth Medical Conditions.</i></p>	<p>Pre-Authorisation 📄</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>(i)</i> ▶ Full refund <i>(ii)</i> ▶ Full refund <i>(iii)</i> ▶ Full refund <i>(iv)</i> ▶ Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per Evacuation <p>Pre-Authorisation 📄</p> <p>▶ Full refund</p>
<p>20. Mortal Remains:</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"> <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> <i>ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</i> 	<p>Pre-Authorisation 📄</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>(i)</i> ▶ Full refund <i>(ii)</i> ▶ Up to USD 10,000
<p>21. Hospital Cash Benefit:</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 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 5.12 does not apply.</i></p>	<p>▶ USD 175 per night</p>

Manfaat	Advance
<p>17. Penyakit Terminal:</p> <p>Perawatan Paliatif 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.</p>	<p>▶ Hingga batas USD 50.000 seumur hidup</p>
<p>18. Pertanggung jawaban untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat:</p> <p>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.</p> <p>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</p>	<p>▶ Pengembalian penuh untuk Kecelakaan</p> <p>▶ Sakit: hingga USD 25.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>19. Evakuasi dan Repatriasi:</p> <p>Evakuasi</p> <p>Pengaturan 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.</p> <p>Biaya yang wajar untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari. Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap. 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. <p>Biaya Risiko Sendiri tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan Manfaat ini.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Repatriasi</p> <p>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.</p> <p>Manfaat ini secara khusus mengecualikan biaya Kehamilan dan persalinan rutin, kecuali Manfaat 9 – Kondisi Medis Kehamilan dan persalinan.</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>20. Biaya Kematian:</p> <p>Dalam hal kematian karena Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, Biaya yang Wajar dan Layak untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> Biaya transportasi jenazah atau abu Tertanggung ke Negara Kewarganegaraan atau Negara Tempat Tinggal-nya, atau Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak. 	<p>Pra-Otorisasi 📞</p> <p>(i) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>(ii) ▶ Hingga USD 10.000</p>
<p>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</p> <p>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 ini. Pertanggung jawaban berdasarkan Manfaat ini terbatas hingga maksimum 30 malam per Masa Pertanggung.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p>▶ USD 175 per malam</p>

Benefit	Advance
<p>22. Out-Patient Charges:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Medical Practitioner fees including consultations; Specialist fees; Diagnostic Tests; prescribed Drugs and Dressings. ii) Physiotherapy by a Registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist. 	<ul style="list-style-type: none"> (i)  Full refund (ii)  Full refund up to a maximum of 30 sessions per Period of Cover Pre-Authorisation for (ii) after every 10 sessions 📞
<p>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</p> <p>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.</p>	 Full refund
<p>24. Out-Patient Psychiatric Illness:</p> <p>Out-Patient Treatment administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a Medical Practitioner or Specialist.</p>	 Up to USD 2,500 per Period of Cover
<p>25. Alternative Therapies:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. ii) Treatment or therapies administered by a recognised Traditional Chinese Medicine Practitioner. <p>We do not cover charges for general chiropody or podiatry. For this Benefit exclusion 5.12 does not apply.</p>	 Full refund up to a maximum of 30 visits per Period of Cover Pre-Authorisation for (i) and (ii) after every 10 visits 📞
<p>26. Nursing Care at Home:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. ii) Medical Practitioner (GP) home visits for an Emergency GP home call-out during out of normal clinic hours. 	<ul style="list-style-type: none"> (i)  Full refund up to 45 days per Medical Condition Pre-Authorisation for (i) 📞 (ii)  Not covered
<p>27. AIDS:</p> <p>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.</p> <p>* 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.</p> <p>** As long as the blood transfusion was received as an In-Patient as part of Medically Necessary Treatment.</p> <p>Waiting Period: Cover only available after three years of continuous membership.</p>	<p>Pre-Authorisation 📞</p>  Up to USD 25,000 per Period of Cover












Manfaat	Advance
<p>22. Biaya Rawat Jalan:</p> <p>i) Biaya Praktisi Medis termasuk konsultasi; Biaya Dokter Spesialis; Tes Diagnostik; Obat-Obatan dan Perban yang diresepkan.</p> <p>ii) Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, jika dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Pengembalian penuh hingga maksimal 30 sesi per Masa Pertanggungjawaban Pra-Otorisasi untuk (ii) sesudah setiap 10 sesi </p>
<p>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</p> <p>Biaya Pengobatan untuk Prosedur Bedah yang dilakukan di tempat praktek dokter, Rumah Sakit, fasilitas penitipan anak atau instalasi Rawat Jalan. Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan Manfaat 22 – biaya Rawat Jalan.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</p> <p>Pengobatan Rawat Jalan yang diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater Terdaftar jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</p>	<p> Hingga USD 2.500 per Masa Pertanggungjawaban</p>
<p>25. Terapi Alternatif:</p> <p>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.</p> <p>ii) Pengobatan atau terapi yang diberikan oleh Praktisi Pengobatan Tradisional Cina yang diakui.</p> <p>Kami tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> Pengembalian penuh hingga maksimal 30 kunjungan per Masa Pertanggungjawaban Pra-Otorisasi untuk (i) dan (ii) sesudah setiap 10 kunjungan </p>
<p>26. Perawatan di Rumah:</p> <p>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.</p> <p>ii) Kunjungan ke rumah oleh Praktisi Medis (dokter umum) untuk panggilan Darurat di luar jam klinik normal.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh hingga 45 hari per Kondisi Medis Pra-Otorisasi untuk (i) </p> <p>(ii)  Tidak ditanggung</p>
<p>27. AIDS:</p> <p>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**. 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>Masa Tunggu: Pertanggungjawaban hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.</p>	<p>Pra-Otorisasi </p> <p> Hingga USD 25.000 per Masa Pertanggungjawaban</p>

Options to Core Benefits	Advance
<p>28. USA Elective Treatment:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Costs associated with Eligible In-Patient Treatment and Day-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in a Hospital listed in the Provider Network. ii) Costs associated with Eligible Out-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in the Provider Network. <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>Optional</p> <p>Up to USD 1.5m per Insured Person per Period of Cover</p>
<p>29. Co-Insurance Out-Patient Charges:</p> <p>As described in Benefit 22, but with a 20% Co-Insurance in addition to the Plan Excess per Medical Condition.</p>	<p>Optional</p>
<p>30. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Optional</p>

Excess Options	Advance
<p>Standard Excess</p>	<p>USD 100</p>
<p>Optional Excess:</p> <p>Please note: Excesses do not apply to transportation costs incurred under Benefit 19, but would apply to any Medically Necessary Treatment required under Benefit 19.</p>	<p>Nil</p> <p>USD 50</p> <p>USD 250</p> <p>USD 500</p> <p>USD 1,000</p> <p>USD 2,500</p>

Pilihan untuk Manfaat Utama	Advance
<p>28. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:</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, dan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari 📄</p> <p>▶</p> <p>Pilihan Hingga USD 1,5 jt per Tertanggung per Masa Pertanggungan</p>
<p>29. Ko-Asuransi Biaya Rawat Jalan:</p> <p>Seperti dijelaskan dalam Manfaat 22, tetapi dengan Ko-Asuransi sebesar 20% di samping Biaya Risiko Sendiri Polis per Kondisi Medis.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>
<p>30. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk orang yang tinggal di Indonesia dan Singapura</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>
Pilihan Biaya Risiko Sendiri	Advance
<p>Biaya Risiko Sendiri Standar</p>	<p>USD 100</p>
<p>Pilihan Biaya Risiko Sendiri:</p> <p>Harap dicatat: Biaya Risiko Sendiri tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan Manfaat 19, tetapi akan berlaku untuk setiap Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan yang dibutuhkan berdasarkan Manfaat 19.</p>	<p>Nihil</p> <p>USD 50</p> <p>USD 250</p> <p>USD 500</p> <p>USD 1.000</p> <p>USD 2.500</p>

4.3.3 WorldCare Excel

Benefit	Excel
Annual Maximum Plan Limit 24/7 helpline and assistance services available on all Plans	USD 3m
1. Maintenance of Chronic Medical Conditions: <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 detailed 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>	 Up to USD 20,000 per Period of Cover
2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees: 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. 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)  Full refund Pre-Authorisation for (i) 🏠 (ii)  Up to USD 2,000 per Medical Condition
3. Diagnostic Procedures: Medically Necessary diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans.	Pre-Authorisation for PET 🏠  Full refund
4. Emergency Ambulance Transportation: Emergency road ambulance transport costs to or between Hospitals , or when considered Medically Necessary by a Medical Practitioner or Specialist .	 Full refund
5. Parent Accommodation: 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 .	 Full refund
6. Renal Failure and Renal Dialysis: i) Treatment of renal failure, including renal dialysis on an In-Patient basis. ii) Treatment of renal failure, including renal dialysis on a Day-Patient or Out-Patient basis.	(i)  Up to six weeks full refund (ii)  Up to USD 75,000 per Period of Cover
7. Organ Transplant: 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 . 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. 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)  Full refund (ii)  Up to USD 50,000 per Period of Cover
8. Cancer Treatment: 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.	 Full refund

4.3.3 WorldCare Excel

Manfaat	Excel
Batas Maksimum Tahunan Polis Saluran bantuan 24/7 dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis	USD 3 jt
<p>1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:</p> <p>Pemeliharaan Kondisi Medis kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, check-up, 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.</p>	<p>Hingga USD 20.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>(i) Pengembalian penuh Pra-Otorisasi untuk (i) 📄</p> <p>(ii) Hingga USD 2.000 per Kondisi Medis</p>
<p>3. Prosedur Diagnostik:</p> <p>Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang Secara Medis Diperlukan.</p>	<p>Pra-Otorisasi untuk PET 📄</p> <p>Pengembalian penuh</p>
<p>4. Transportasi Ambulans Darurat:</p> <p>Biaya transportasi ambulans darat Darurat ke atau antar Rumah Sakit, atau bila dianggap Secara Medis Diperlukan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</p>	<p>Pengembalian penuh</p>
<p>5. Akomodasi Orangtua:</p> <p>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.</p>	<p>Pengembalian penuh</p>
<p>6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</p> <p>i) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Inap.</p> <p>ii) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Sehari atau Rawat Jalan.</p>	<p>(i) Hingga 6 minggu Pengembalian penuh</p> <p>(ii) Hingga USD 75.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>7. Transplantasi Organ:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien Rawat Inap atau Rawat Sehari, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.</p> <p>Kami hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman WHO.</p>	<p>(i) Pengembalian penuh</p> <p>(ii) Hingga USD 50.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>8. Pengobatan Kanker:</p> <p>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.</p>	<p>Pengembalian penuh</p>

Benefit	Excel
<p>9. Pregnancy and Childbirth Medical Conditions:</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ectopic Pregnancy (where the foetus is growing outside the womb) • Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb) • Retained placenta (afterbirth retained in the womb) • Placenta praevia • Eclampsia (a coma or seizure during Pregnancy and following pre-eclampsia) • 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) • Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth) • Miscarriage requiring immediate surgical Treatment • Failure to progress in labour 	<p style="text-align: center;">▶ Full refund</p>
<p>10. New Born Cover:</p> <p>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 Plan within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.</p>	<p style="text-align: center;">▶ Up to USD 125,000 per Period of Cover</p>
<p>11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶ Full refund</p>
<p>12. Congenital Disorder:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶ Up to USD 125,000 per Period of Cover</p>
<p>13. Reconstructive Surgery:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶ Full refund</p>
<p>14. Rehabilitation:</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> Use of special Treatment rooms Physical therapy fees Speech therapy fees Occupational therapy fees 	<p style="text-align: center;">▶ Full refund</p>
<p>15. In-Patient Emergency Dental Treatment:</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • If implants are clinically needed We will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead • Damage to dentures providing they were being worn at the time of the injury 	<p style="text-align: center;">▶ Full refund</p>
<p>16. In-Patient Psychiatric Treatment:</p> <p>In-Patient Treatment in a recognised Psychiatric unit of a Hospital. All Treatment must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.</p>	<p style="text-align: center;">▶ Pre-Authorisation 📞 Full refund limited to 30 days per Period of Cover</p>
<p>17. Terminal Illness:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶ Up to USD 75,000 lifetime limit</p>

Manfaat	Excel
<p>9. Kondisi Medis Kehamilan dan Persalinan: 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kehamilan ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim) • Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim) • Plasenta tertinggal (ari-ari tertahan dalam rahim) • Plasenta previa • Eklampsia (koma atau kejang selama Kehamilan dan setelah pre-eklampsia) • 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) • Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan) • Keguguran yang membutuhkan Pengobatan bedah segera • Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan 	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>10. Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir: 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 dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 125.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p>11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya: 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.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>12. Kelainan Bawaan: 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.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 125.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p>13. Bedah Rekonstruksi: 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.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>14. Rehabilitasi: 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> Penggunaan kamar Pengobatan khusus Biaya terapi fisik Biaya terapi wicara Biaya terapi okupasi 	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap: 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Jika implan dibutuhkan secara klinis Kami akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan. • Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera. 	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>16. Rawat Inap Penyakit Kejiwaan: Pengobatan Rawat Inap di unit jiwa yang diakui di Rumah Sakit. Semua Pengobatan harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater yang Terdaftar.</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 Pertanggungungan</p>
<p>17. Penyakit Terminal: 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 Berjajah dan Obat-obatan dan Perban yang diresepkan ditanggung.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga batas USD 75.000 seumur hidup</p>

Benefit	Excel
<p>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</p> <p>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.</p> <p>Charges relating to routine Pregnancy and childbirth are specifically excluded from this Benefit.</p>	<p>▶ Full refund for Accident</p> <p>▶ Illness: up to USD 35,000 per Period of Cover</p>
<p>19. Evacuation and Repatriation:</p> <p>Evacuation</p> <p>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.</p> <p>Reasonable expenses for:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient. 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. 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. <p>Excesses do not apply to transportation costs incurred under this Benefit.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Repatriation</p> <p>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.</p> <p>This Benefit specifically excludes routine Pregnancy and childbirth costs, except for Benefit 9 – Pregnancy and childbirth Medical Conditions.</p>	<p>Pre-Authorisation 📄</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 📄</p> <p>▶ Full refund</p>
<p>20. Mortal Remains:</p> <p>In the event of death from an Eligible Medical Condition, Reasonable and Customary Charges for:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Costs of transportation of body or ashes of an Insured Person to his/her Country of Nationality or Country of Residence or, ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice. 	<p>Pre-Authorisation 📄</p> <p>(i) ▶ Full refund</p> <p>(ii) ▶ Up to USD 15,000</p>
<p>21. Hospital Cash Benefit:</p> <p>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 Plan. Cover under this Benefit is limited to a maximum of 30 nights per Period of Cover.</p> <p>For this Benefit exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p>▶ USD 225 per night</p>
<p>22. Out-Patient Charges:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Medical Practitioner fees including consultations; Specialist fees; Diagnostic Tests; prescribed Drugs and Dressings. ii) Physiotherapy by a Registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist. 	<p>(i) ▶ Full refund</p> <p>(ii) ▶ Full refund</p> <p>Pre-Authorisation for (ii) after every 10 sessions 📄</p>

Manfaat	Excel
<p>18. Pertanggungungan untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat:</p> <p>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.</p> <p>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</p>	<p>▶ Pengembalian penuh untuk Kecelakaan</p> <p>▶ Sakit: hingga USD 35.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p>19. Evakuasi dan Repatriasi:</p> <p>Evakuasi</p> <p>Pengaturan 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.</p> <p>Biaya yang wajar untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari. Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap. 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. <p>Biaya Risiko Sendiri tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan Manfaat ini.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Repatriasi</p> <p>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.</p> <p>Manfaat ini secara khusus mengecualikan biaya Kehamilan dan persalinan rutin, kecuali Manfaat 9 – Kondisi Medis Kehamilan dan persalinan.</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>20. Biaya Kematian:</p> <p>Dalam hal kematian karena Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, Biaya yang Wajar dan Layak untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> Biaya transportasi jenazah atau abu Tertanggung ke Negara Kewarganegaraan atau Negara Tempat Tinggal-nya, atau Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak. 	<p>Pra-Otorisasi 📞</p> <p>(i) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>(ii) ▶ Hingga USD 15.000</p>
<p>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</p> <p>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 ini. Pertanggungungan berdasarkan Manfaat ini terbatas hingga maksimum 30 malam per Masa Pertanggungungan.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p>▶ USD 225 per malam</p>
<p>22. Biaya Rawat Jalan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Biaya Praktisi Medis termasuk konsultasi; Biaya Dokter Spesialis; Tes Diagnostik; Obat-Obatan dan Perban yang diresepkan. Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, jika dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis. 	<p>(i) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>(ii) ▶ Pengembalian penuh</p> <p>Pra-Otorisasi untuk (ii) sesudah setiap 10 sesi 📞</p>

Benefit	Excel
<p>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>24. Out Patient Psychiatric Illness:</p> <p>Out-Patient Treatment administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a Medical Practitioner or Specialist.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 5,000 per Period of Cover</p>
<p>25. Alternative Therapies:</p> <p>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.</p> <p>ii) Treatment or therapies administered by a recognised Traditional Chinese Medicine Practitioner.</p> <p>We do not cover charges for general chiropody or podiatry.</p> <p>For this Benefit exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p> <p style="text-align: center;">Pre-Authorisation for (i) and (ii) after every 10 visits 📞</p>
<p>26. Nursing Care at Home:</p> <p>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.</p> <p>ii) Medical Practitioner (GP) home visits for an Emergency GP home call-out during out of normal clinic hours.</p>	<p>(i) ▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund up to 60 days per Medical Condition</p> <p style="text-align: center;">Pre-Authorisation for (i) 📞</p> <p>(ii) ▶</p> <p style="text-align: center;">Not covered</p>
<p>27. AIDS:</p> <p>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.</p> <p>* 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.</p> <p>** As long as the blood transfusion was received as an In-Patient as part of Medically Necessary Treatment.</p> <p>Waiting Period: Cover only available after three years of continuous membership.</p>	<p style="text-align: center;">Pre-Authorisation 📞</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 40,000 per Period of Cover</p>
<p>28. Dental Care:</p> <p>i) Routine Dental Treatment: Fees of a registered Dental Practitioner carrying out routine dental Treatment in a dental surgery. Routine dental Treatment means:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including x-rays where necessary, – Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year), – Fillings (standard amalgam or composite fillings) and extractions, and – Root-canal Treatment (but not the fitting of a crown following root-canal Treatment). <p>No other Treatment is covered under the routine dental Treatment Benefit.</p> <p>Waiting Period: Costs incurred within nine months from the Start Date are excluded.</p> <p>A Co-Insurance of 20% applies.</p> <p>For this Benefit exclusion 5.12 does not apply.</p> <p>ii) 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.</p> <p>No other Treatment is covered by this Benefit.</p> <p>Waiting Period: Costs incurred within nine months from the Start Date are excluded.</p> <p>A Co-Insurance of 20% applies.</p> <p>A 50% Co-Insurance applies in respect of all orthodontic Treatment.</p> <p>For this Benefit, exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p>(i) ▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 1,000 per Period of Cover</p> <p>(ii) ▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 2,000 per Period of Cover</p>

Manfaat	Excel
<p>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</p> <p><i>Biaya Pengobatan untuk Prosedur Bedah yang dilakukan di tempat praktek dokter, Rumah Sakit, fasilitas penitipan anak atau instalasi Rawat Jalan. Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan Manfaat 22 – biaya Rawat Jalan.</i></p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</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> Hingga USD 5.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>25. Terapi Alternatif:</p> <p>i) Obat dan Pengobatan Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis. Manfaat ini meluas ke osteopathy, chiropraktor, homeopathy, ahli gizi dan Pengobatan akupunktur.</p> <p>ii) Pengobatan atau terapi yang diberikan oleh Praktisi Pengobatan Tradisional Cina yang diakui.</p> <p><i>Kami tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum. Untuk Manfaat ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</i></p>	<p> Pengembalian penuh Pra-Otorisasi untuk (i) dan (ii) sesudah setiap 10 kunjungan 📞</p>
<p>26. Perawatan di Rumah:</p> <p>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.</p> <p>ii) Kunjungan ke rumah oleh Praktisi Medis (dokter umum) untuk panggilan Darurat ke rumah kepada dokter umum selama di luar jam klinik normal.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh hingga 60 hari per Kondisi Medis Pra-Otorisasi untuk (i) 📞</p> <p>(ii)  Tidak ditanggung</p>
<p>27. AIDS:</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>Masa Tunggu: Pertanggung hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.</p>	<p>Pra-Otorisasi 📞</p> <p> Hingga USD 40.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>28. Perawatan Gigi:</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"> – Skrining (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan gigi tambalan, termasuk sinar-X bila diperlukan, – Pembersihan karang gigi preventif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun), – Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan, dan – Pengobatan saluran akar (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah Pengobatan saluran akar). <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. Ko-Asuransi 20% berlaku. Untuk Manfaat ini pengecualian 5.12 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: 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 yang terus menerus yang 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. Ko-Asuransi 20% berlaku. Ko-Asuransi 50% berlaku dalam hal Pengobatan ortodontik. Untuk Manfaat ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p>(i)  Hingga USD 1.000 per Masa Pertanggung</p> <p>(ii)  Hingga USD 2.000 per Masa Pertanggung</p>












Options to Core Benefits	Excel
<p>29. USA Elective Treatment:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Costs associated with Eligible In-Patient Treatment and Day-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in a Hospital listed in the Provider Network. ii) Costs associated with Eligible Out-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in the Provider Network. <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>▶</p> <p>Optional Up to USD 1.5m per Insured Person per Period of Cover</p>
<p>30. Co-Insurance Out-Patient Charges:</p> <p>As described in Benefit 22, but with a 20% Co-Insurance in addition to the Plan Excess per Medical Condition.</p>	<p>▶</p> <p>Optional</p>
<p>31. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>▶</p> <p>Optional</p>

Excess Options	Excel
<p>Standard Excess</p>	<p>USD 100</p>
<p>Optional Excess:</p> <p>Please note: Excesses do not apply to transportation costs incurred under Benefit 19, but would apply to any Medically Necessary Treatment required under Benefit 19.</p>	<p>Nil</p> <p>USD 50</p> <p>USD 250</p>












Pilihan untuk Manfaat Utama	Excel
<p>29. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:</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 Pertanggungan</p>
<p>30. Ko-Asuransi Biaya Rawat Jalan:</p> <p>Seperti dijelaskan dalam Manfaat 22, tetapi dengan Ko-Asuransi sebesar 20% di samping Biaya Risiko Sendiri Polis per Kondisi Medis.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>
<p>31. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk orang yang tinggal di Indonesia dan Singapura</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>

Pilihan Biaya Risiko Sendiri	Excel
Biaya Risiko Sendiri Standar	USD 100
<p>Pilihan Biaya Risiko Sendiri:</p> <p>Harap dicatat: Biaya Risiko Sendiri tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan Manfaat 19, tetapi akan berlaku untuk setiap Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan yang dibutuhkan berdasarkan Manfaat 19.</p>	<p>Nihil</p> <p>USD 50</p> <p>USD 250</p>

4.3.4 WorldCare Apex




Benefit	Apex
Annual Maximum Plan Limit 24/7 helpline and assistance services available on all Plans	USD 3m
1. Maintenance of Chronic Medical Conditions: <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 detailed 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
2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees: 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. 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)  Full refund Pre-Authorisation for (i) 📞 (ii)  Up to USD 2,500 per Medical Condition
3. Diagnostic Procedures: <i>Medically Necessary diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans.</i>	Pre-Authorisation for PET 📞  Full refund
4. Emergency Ambulance Transportation: <i>Emergency road ambulance transport costs to or between Hospitals, or when considered Medically Necessary by a Medical Practitioner or Specialist.</i>	 Full refund
5. Parent Accommodation: <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
6. Renal Failure and Renal Dialysis: (i) Treatment of renal failure, including renal dialysis on an In-Patient basis. (ii) Treatment of renal failure, including renal dialysis on a Day-Patient or Out-Patient basis.	(i)  Up to six weeks full refund (ii)  Up to USD 75,000 per Period of Cover
7. Organ Transplant: 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. <i>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) 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>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
8. Cancer Treatment: <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
Batas Maksimum Tahunan Polis <i>Saluran bantuan 24/7 dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua</i>	USD 3 jt
<p>1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:</p> <p><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, check-up, 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></p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p>2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</p> <p><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></p> <p><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></p>	<p><i>(i)</i>  Pengembalian penuh Pra-Otorisasi untuk (i) 📄</p> <p><i>(ii)</i>  Hingga USD 2.500 per Kondisi Medis</p>
<p>3. Prosedur Diagnostik:</p> <p><i>Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang Secara Medis Diperlukan.</i></p>	<p>Pra-Otorisasi untuk PET 📄</p> <p> Pengembalian penuh</p>
<p>4. Transportasi Ambulans Darurat:</p> <p><i>Biaya transportasi ambulans darat Darurat ke atau antar Rumah Sakit, atau bila dianggap Secara Medis Diperlukan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i></p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p>5. Akomodasi Orangtua:</p> <p><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></p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p>6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</p> <p><i>(i) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Inap.</i></p> <p><i>(ii) Pengobatan gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara Rawat Sehari atau Rawat Jalan.</i></p>	<p><i>(i)</i>  Hingga 6 minggu Pengembalian penuh</p> <p><i>(ii)</i>  Hingga USD 75.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>7. Transplantasi Organ:</p> <p><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></p> <p><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></p> <p><i>ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien Rawat Inap atau Rawat Sehari, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.</i></p> <p><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></p>	<p><i>(i)</i>  Pengembalian penuh</p> <p><i>(ii)</i>  Hingga USD 50.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>8. Pengobatan Kanker:</p> <p><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></p>	<p> Pengembalian penuh</p>











Benefit	Apex
<p>9. Pregnancy and Childbirth Medical Conditions:</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ectopic Pregnancy (where the foetus is growing outside the womb) • Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb) • Retained placenta (afterbirth retained in the womb) • Placenta praevia • Eclampsia (a coma or seizure during Pregnancy and following pre-eclampsia) • 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) • Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth) • Miscarriage requiring immediate surgical Treatment • Failure to progress in labour 	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>10. New Born Cover:</p> <p>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 Plan within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 150,000 per Period of Cover</p>
<p>11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>12. Congenital Disorder:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 150,000 per Period of Cover</p>
<p>13. Reconstructive Surgery:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>14. Rehabilitation:</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> i) Use of special Treatment rooms ii) Physical therapy fees iii) Speech therapy fees iv) Occupational therapy fees 	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>15. In-Patient Emergency Dental Treatment:</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • If implants are clinically needed We will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead • Damage to dentures providing they were being worn at the time of the injury 	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p>16. In-Patient Psychiatric Treatment:</p> <p>In-Patient Treatment in a recognised Psychiatric unit of a Hospital. All Treatment must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.</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>9. Kondisi Medis Kehamilan dan Persalinan:</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kehamilan ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim) • Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim) • Plasenta tertinggal (ari-ari tertahan dalam rahim) • Plasenta previa • Eklampsia (koma atau kejang selama Kehamilan dan setelah pre-eklampsia) • 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) • Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan) • Keguguran yang membutuhkan Pengobatan bedah segera • Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan 	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>10. Pertanggung untuk Bayi Baru Lahir:</p> <p>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 dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggung untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 150.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>12. Kelainan Bawaan:</p> <p>Pengobatan Rawat Inap untuk Kelainan Bawaan. Dalam keadaan di mana Kelainan Bawaan muncul pada bayi Baru Lahir dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggung untuk Kondisi Medis tersebut akan diberikan berdasarkan Manfaat 10 tetapi dikecualikan dari Manfaat 12 – Kelainan Bawaan.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 150.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>13. Bedah Rekonstruksi:</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>14. Rehabilitasi:</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> Penggunaan kamar Pengobatan khusus Biaya terapi fisik Biaya terapi wicara Biaya terapi okupasi 	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika Pengobatan meliputi penggantian mahkota, bridge facing, lapisan atau gigi tiruan, Kami akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Layak untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama. • Jika implan dibutuhkan secara klinis Kami akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan. • Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera. 	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p>16. Rawat Inap Penyakit Kejiwaan:</p> <p>Pengobatan Rawat Inap di unit jiwa yang diakui di Rumah Sakit. Semua Pengobatan harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater yang Terdaftar.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pra-Otorisasi 🗨️</p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh yang dibatasi sampai 30 hari per Masa Pertanggung</p>

Benefit	Apex
<p>17. Terminal Illness:</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> Up to USD 100,000 lifetime limit</p>
<p>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</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. Charges relating to routine Pregnancy and childbirth are specifically excluded from this Benefit.</i></p>	<p> Full refund for Accident</p> <p> Illness: In-Patient and Day-Patient care up to USD 50,000 per Period of Cover</p>
<p>19. Evacuation and Repatriation:</p> <p>Evacuation</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"> <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> <i>ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when Treatment is being received as a Day-Patient.</i> <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> <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> <p>Excesses do not apply to transportation costs incurred under this Benefit.</p> <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>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.</p> <p>Repatriation</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>This Benefit specifically excludes routine Pregnancy and childbirth costs, except for Benefit 9 – Pregnancy and childbirth Medical Conditions.</i></p>	<p>Pre-Authorisation 📞</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>(i)</i>  Full refund <i>(ii)</i>  Full refund <i>(iii)</i>  Full refund <i>(iv)</i>  Up to USD 300 per day Up to USD 10,000 per person, per Evacuation <p>Pre-Authorisation 📞</p> <p> Full refund</p>

Manfaat	Apex
<p>17. Penyakit Terminal:</p> <p>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 Berijazah dan Obat-obatan dan Perban yang diresepkan ditanggung.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga batas USD 100.000 seumur hidup</p>
<p>18. Pertanggungungan untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat:</p> <p>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.</p> <p>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari Manfaat ini.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh untuk Kecelakaan</p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Sakit: hingga USD 50.000 untuk Rawat Inap dan Rawat Sehari per Masa Pertanggungungan</p>
<p>19. Evakuasi dan Repatriasi:</p> <p>Evakuasi</p> <p>Pengaturan 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.</p> <p>Biaya yang wajar untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. ii) Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari. iii) Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap. iv) 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. <p>Biaya Risiko Sendiri tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan Manfaat ini. 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.</p> <p>Repatriasi</p> <p>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.</p> <p>Manfaat ini secara khusus mengecualikan biaya Kehamilan dan persalinan rutin, kecuali Manfaat 9 – Kondisi Medis Kehamilan dan persalinan.</p>	<p style="text-align: right;">Pra-Otorisasi 📞</p> <p style="text-align: right;">(i) ▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p> <p style="text-align: right;">(ii) ▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p> <p style="text-align: right;">(iii) ▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p> <p style="text-align: right;">(iv) ▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 300 per hari hingga USD 10.000 per orang, per Evakuasi</p> <p style="text-align: right;">Pra-Otorisasi 📞</p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>

Benefit	Apex
<p>20. Mortal Remains:</p> <p>In the event of death from an Eligible Medical Condition, Reasonable and Customary Charges for:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Costs of transportation of body or ashes of an Insured Person to his/her Country of Nationality or Country of Residence, or ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice. 	<p>Pre-Authorisation 📞</p> <ul style="list-style-type: none"> (i)  Full refund (ii)  Up to USD 20,000
<p>21. Hospital Cash Benefit:</p> <p>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 Plan. Cover under this Benefit is limited to a maximum of 30 nights per Period of Cover. For this Benefit exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p> USD 275 per night</p>
<p>22. Out-Patient Charges:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Medical Practitioner fees including consultations; Specialist fees; Diagnostic Tests; prescribed Drugs and Dressings. ii) Physiotherapy by a Registered Physiotherapist, when referred by a Medical Practitioner, or Specialist. 	<ul style="list-style-type: none"> (i)  Full refund (ii)  Full refund Pre-Authorisation for (ii) after every 10 sessions 📞
<p>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</p> <p>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.</p>	<p> Full refund</p>
<p>24. Out Patient Psychiatric Illness:</p> <p>Out-Patient Treatment administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a Medical Practitioner or Specialist.</p>	<p> Up to USD 7,500 per Period of Cover</p>
<p>25. Alternative Therapies:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. ii) Treatment or therapies administered by a recognised Traditional Chinese Medicine Practitioner. <p>We do not cover charges for general chiropody or podiatry.</p> <p>For this Benefit exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p> Full refund Pre-Authorisation for (i) and (ii) after every 10 visits 📞</p>
<p>26. Nursing Care at Home:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. ii) Medical Practitioner (GP) home visits for an Emergency GP home call-out during out of normal clinic hours. 	<ul style="list-style-type: none"> (i)  Full refund up to 120 days per Medical Condition Pre-Authorisation for (i) 📞 (ii)  Up to five visits per Period of Cover

Manfaat	Apex
<p>20. Biaya Kematian:</p> <p>Dalam hal kematian karena Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, Biaya yang Wajar dan Layak untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Biaya transportasi tubuh atau abu Tertanggung ke Negara Kewarganegaraan atau Negara Tempat Tinggal-nya, atau ii) Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak. 	<p>Pra-Otorisasi 📞</p> <p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 20.000</p>
<p>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</p> <p>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 ini. Pertanggungannya berdasarkan Manfaat ini terbatas hingga maksimum 30 malam per Masa Pertanggungungan.</p> <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> USD 275 per malam</p>
<p>22. Biaya Rawat Jalan:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Biaya Praktisi Medis termasuk konsultasi; Biaya Dokter Spesialis; Tes Diagnostik; Obat-Obatan dan Perban yang diresepkan. ii) Fisioterapi oleh Fisioterapis Terdaftar, jika dirujuk oleh Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis. 	<p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Pengembalian penuh Pra-Otorisasi untuk (ii) sesudah setiap 10 sesi 📞</p>
<p>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</p> <p>Biaya Pengobatan untuk Prosedur Bedah yang dilakukan di tempat praktek dokter, Rumah Sakit, fasilitas penitipan anak atau instalasi Rawat Jalan. Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan Manfaat 22 – biaya Rawat Jalan.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</p> <p>Pengobatan Rawat Jalan yang diberikan di bawah kendali langsung dari Psikiater Terdaftar jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</p>	<p> Hingga USD 7.500 per Masa Pertanggungungan</p>
<p>25. Terapi Alternatif:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Obat dan Pengobatan Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis. Manfaat ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathy, ahli gizi dan Pengobatan akupunktur. ii) Pengobatan atau terapi yang diberikan oleh Praktisi Pengobatan Tradisional Cina yang diakui. Kami tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum. <p>Untuk Manfaat ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> Pengembalian penuh Pra-Otorisasi untuk (i) dan (ii) sesudah setiap 10 kunjungan 📞</p>
<p>26. Perawatan di Rumah:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. ii) Kunjungan ke rumah oleh Praktisi Medis (dokter umum) untuk panggilan Darurat di luar jam klinik normal. 	<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>27. AIDS:</p> <p>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.</p> <p>* 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.</p> <p>** As long as the blood transfusion was received as an In-Patient as part of Medically Necessary Treatment.</p> <p>Waiting Period: Cover only available after three years of continuous membership.</p>	<p>Pre-Authorisation 📄</p> <p>▶</p> <p>Up to USD 50,000 per Period of Cover</p>
<p>28. Maternity:</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. Well-baby examination. Paediatrician costs for the first examination/check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery.</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 5.23 does not apply.</p>	<p>▶</p> <p>Up to USD 15,000 per Period of Cover</p>
<p>29. Dental Care:</p> <p>i) Routine dental Treatment: Fees of a registered Dental Practitioner carrying out routine dental Treatment in a dental surgery. Routine dental Treatment means:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including X-rays where necessary, – Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year), – Fillings (standard amalgam or composite fillings) and extractions, and – Root-canal Treatment (but not the fitting of a crown following root-canal Treatment). <p>No other Treatment is covered under the routine dental Treatment Benefit.</p> <p>Waiting Period: Costs incurred within nine months from the Start Date are excluded.</p> <p>A Co-Insurance of 20% applies.</p> <p>For this Benefit exclusion 5.12 does not apply.</p> <p>ii) 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.</p> <p>No other Treatment is covered by this Benefit.</p> <p>Waiting Period: Costs incurred within nine months from the Start Date are excluded.</p> <p>A Co-Insurance of 20% applies.</p> <p>A 50% Co-Insurance applies in respect of all orthodontic Treatment.</p> <p>For this Benefit, exclusion 5.12 does not apply.</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>27. AIDS:</p> <p>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***. 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>** Selama transfusi darah diterima sebagai Pasien Rawat Inap sebagai bagian dari Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan.</p> <p>Masa Tunggu: Pertanggung hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.</p>	<p>Pra-Otorisasi 🗨</p> <p>▶</p> <p>Hingga USD 50.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>28. Persalinan:</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. Pemeriksaan bayi sehat. Biaya dokter spesialis anak untuk pemeriksaan/pemeriksaan pertama bayi Baru Lahir, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah melahirkan.</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 5.23 tidak berlaku.</p>	<p>▶</p> <p>Hingga USD 15.000 per Masa Pertanggung</p>
<p>29. Perawatan Gigi:</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"> – Skrining (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan gigi tambalan, termasuk sinar-X bila diperlukan, – Pembersihan karang gigi preventif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun), – Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan, dan – Pengobatan saluran akar (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah Pengobatan saluran akar). <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 pengecualian 5.12 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 jembatan gigi. Rasa sakit berulang dan infeksi; Gejala yang terus menerus yang 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 pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p>(i) ▶</p> <p>Hingga USD 1.500 per Masa Pertanggung</p> <p>(ii) ▶</p> <p>Hingga USD 3.000 per Masa Pertanggung</p>

Option to Core Benefits	Apex
<p>30. USA Elective Treatment:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. ii) Costs associated with Eligible Out-Patient Treatment in the USA will be paid in full where Treatment is received in the Provider Network. <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>Optional</p> <p>Up to USD 1.5m per Insured Person per Period of Cover</p>
<p>31. Co-Insurance Out-Patient Charges:</p> <p>As described in Benefit 22, but with a 20% Co-Insurance in addition to the Plan Excess per Medical Condition.</p>	<p>Optional</p>
<p>32. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Optional</p>

Excess Options	Apex
<p>Standard Excess</p>	<p>USD 100</p>
<p>Optional Excess:</p> <p>Please note: Excesses do not apply to transportation costs incurred under Benefit 19, but would apply to any Medically Necessary Treatment required under Benefit 19.</p>	<p>Nil</p> <p>USD 50</p> <p>USD 250</p>

Pilihan untuk Manfaat Utama	Apex
<p>30. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:</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 Pertanggung</p>
<p>31. Ko-Asuransi Biaya Rawat Jalan:</p> <p>Seperti dijelaskan dalam Manfaat 22, tetapi dengan Ko-Asuransi sebesar 20% di samping Biaya Risiko Sendiri Polis per Kondisi Medis.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>
<p>32. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk orang yang tinggal di Indonesia dan Singapura</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>

Pilihan Biaya Risiko Sendiri	Apex
<p>Biaya Risiko Sendiri Standar</p>	<p>USD 100</p>
<p>Pilihan Biaya Risiko Sendiri:</p> <p>Harap dicatat: Biaya Risiko Sendiri tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan Manfaat 19, tetapi akan berlaku untuk setiap Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan yang dibutuhkan berdasarkan Manfaat 19.</p>	<p>Nihil</p> <p>USD 50</p> <p>USD 250</p>

Key Product Provisions

5. Exclusions: What is not covered?

These are the **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 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.

5.5 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), such as but not limited to acne, teeth whitening, lentigo and alopecia.

5.6 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.

5.7 Chronic Conditions

If **You** are insured under the Essential **Plan** option, **You** do not have cover for costs relating to the maintenance of **Chronic Conditions**. For Advance, Excel and Apex **Plan** options, the limits in the **Benefit Schedule** are a maximum per **Period of Cover** and not per **Medical Condition**.

Ketentuan Produk Penting

5. Pengecualian: Apa saja yang tidak ditanggung?

Ketentuan-ketentuan ini adalah pembatasan **Polis** yang berlaku di samping setiap pengecualian pribadi yang dirinci dalam **Sertifikat Asuransi Anda**. Ini mencakup **Pengobatan** yang dapat dianggap sebagai masalah pilihan pribadi (seperti **Pengobatan** kosmetik) dan **Pengobatan** lain yang dikecualikan dari pertanggungansan 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 narkoba

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 Eksploitasi kimia

Anda tidak ditanggung untuk biaya **Pengobatan** yang langsung atau tidak langsung disebabkan oleh atau disumbang oleh atau diakibatkan oleh: radiasi pengion 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.

5.5 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.

5.6 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.

5.7 Kondisi kronis

Jika **Anda** diasuransikan berdasarkan pilihan **Polis** Essential, **Anda** tidak ditanggung untuk biaya yang berkaitan dengan pemeliharaan **Kondisi Kronis**. Untuk opsi **Polis** Advance, Excel dan Apex, batas dalam **Ikhtisar Manfaat** adalah maksimum per **Masa Pertanggungansan** dan bukan per **Kondisi Medis**.

5.8 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

5.9 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.

5.10 Dietary supplements

We do not pay for naturally available substances that can be purchased without prescription, including but not limited to vitamins, minerals, and organic substances.

5.11 Eating disorders

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

5.12 Excess or Co-Insurance

You are not covered for the amount of the **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 **Excess** or **Co-Insurance** as fraud and **We** will take legal action.

5.13 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 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.

5.14 Eyes and ears

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.

5.15 External 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**.

5.8 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**

5.9 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.

5.10 Suplemen diet

Kami tidak membayar untuk bahan yang tersedia di alam yang dapat dibeli tanpa resep, termasuk namun tidak terbatas pada vitamin, mineral, dan zat organik.

5.11 Gangguan makan

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

5.12 Biaya Risiko Sendiri atau Ko-Asuransi

Anda tidak ditanggung untuk jumlah **Biaya Risiko Sendiri** 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 penipuan dan **Kami** akan mengambil tindakan hukum.

5.13 Pengobatan dan obat-obatan eksperimental

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 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/atau Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) untuk tujuan tertentu yang dianggap sebagai terapi yang terbukti aman dan efektif.

5.14 Mata dan telinga

Anda tidak ditanggung untuk tes 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.

5.15 Protesis eksternal

Anda tidak ditanggung untuk setiap biaya yang berkaitan dengan penyediaan, pemeliharaan dan pemasangan protesis 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**.

5.16 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.

5.17 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**.

5.18 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**.

5.19 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**.

5.20 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.

5.21 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.

5.22 Pre-Existing Medical Conditions

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**.

5.23 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**.

5.24 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.

5.25 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.

5.16 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.

5.17 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**.

5.18 Pengujian genetik

Kami tidak menanggung biaya uji genetik, jika uji tersebut dilakukan untuk menentukan apakah **Anda** mungkin mempunyai kecenderungan genetik untuk mengidap suatu **Kondisi Medis** ataukah tidak.

5.19 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**.

5.20 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.

5.21 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**.

5.22 Kondisi Medis yang diderita sebelumnya

Polis 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**, test 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** ini.

5.23 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**.

5.24 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.

5.25 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.

5.26 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**.

5.27 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**.

5.28 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.

5.29 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.

5.30 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.

5.31 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-authorise. **You** are not covered for any costs of **Emergency** medical **Evacuation** or repatriating **Your** body that **We** did not pre-authorise and arrange.

5.32 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**.

5.33 Treatment by a family member

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

5.34 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.

5.26 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**.

5.27 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**.

5.28 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.

5.29 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.

5.30 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.

5.31 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.

5.32 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**.

5.33 Pengobatan oleh anggota keluarga

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

5.34 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. Plan administration

6.1 The contract

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

6.2 Premium payment and refunds

At the start of each **Plan** year, **We** will calculate **Your** new premium and let **You** know how much it is. **We** offer a choice of monthly, quarterly, semi-annual or annual premiums, which can be paid by credit card. Bank transfers can be used for annual premiums only. Premiums are payable for each person covered and any increase will normally take effect from the annual **Renewal Date** of **Your** membership.

If **You** pay by credit card or bank transfer, **We** will collect the first premium when **Your Plan** starts and subsequent premiums when they fall due. However **You** pay **Your** premium at the moment, bear in mind that **You** can change to another method simply by contacting **Our** Customer Service team on Toll-free 0800 1 889900 /Toll +62 21 2783 6910.

You must pay **Your** premium when it is due. Depending on **Your** preferred payment method, **You** must pay **Us** before the **Start Date**, the due date or within 30 days of **Our** written acceptance at the latest, if a cover note has been issued. **We** will allow a grace period of 30 days at the latest, for payment of premiums from these dates. If payment is not within this 30 day period, **We** will cancel **Your 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 **Plan** at **Our** sole discretion and may be subject to the alternation in terms or may be subject to a medical questionnaire or declaration.

We make every effort to maintain premiums at as low a level as possible, without compromising the range and quality of the cover provided. **We** review premiums each year to take account of a range of statistical factors.

Typically the cost of premiums increases at a level higher than the Retail Price Index (RPI). **You** will receive reasonable notice of any changes in premium. **Your** premium will also include the amount of any insurance premium tax or other taxes or levies which are payable by law in respect of **Your Plan**.

Premiums are based on age at the **Entry Date** or subsequent **Renewal Date**. When the **Dependant** child is an **Insured Person**, the current age shown in the premium tables will apply.

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 Plan**.

6.3.2 Full medical underwriting

Full medical underwriting requires each person to be covered by **Our 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**.

6.3.3 Dependants

Any **Dependants** generally must be covered under the same level of benefit **You** have, 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 **Plan** option; they can decide to cover their **Dependant** on the Excel, Essential or the Advance **Plan** option, but not the Apex **Plan** option.

6. Administrasi Polis

6.1 Kontrak

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

6.2 Pembayaran dan pengembalian premi

Pada awal setiap tahun **Polis**, **Kami** akan menghitung premi yang berlaku dan memberitahu **Anda** berapa banyak jumlahnya. **Kami** menawarkan pilihan premi bulanan, triwulanan, setengah tahunan atau tahunan, yang dapat dibayar dengan kartu kredit. Transfer bank dapat digunakan untuk premi tahunan saja. Premi yang harus dibayar untuk setiap orang ditanggung dan setiap peningkatan biasanya akan berlaku sejak **Tanggal Pembaruan** kepesertaan tahunan **Anda**.

Jika **Anda** membayar dengan kartu kredit atau transfer bank, **Kami** akan menagih premi pertama saat **Polis Anda** dimulai dan premi berikutnya saat jatuh tempo. Tetapi apapun cara **Anda** membayar premi **Anda** saat ini, ingatlah bahwa **Anda** dapat berganti ke metode lain hanya dengan menghubungi tim Layanan Nasabah **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910.

Anda harus membayar premi **Anda** saat jatuh tempo. Bergantung pada cara pembayaran yang **Anda** pilih, **Anda** harus membayar kepada **Kami** sebelum **Tanggal Mulai**, tanggal jatuh tempo atau paling lambat dalam waktu 30 hari dari diterimanya oleh **Kami** secara tertulis, jika nota penutupan telah diterbitkan. **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 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** atas kebijakan **Kami** dan dapat tunduk pada pergantian syarat-syarat atau dapat tunduk pada kuesioner medis atau pernyataan.

Kami berusaha mempertahankan premi pada tingkat serendah mungkin, tanpa mengorbankan jangkauan dan kualitas dari pertanggungan yang disediakan. **Kami** meninjau premi setiap tahun untuk memperhitungkan berbagai faktor statistik.

Biasanya biaya premi meningkat pada tingkat yang lebih tinggi dari Indeks Harga Eceran. **Anda** akan mendapat pemberitahuan yang wajar mengenai setiap perubahan premi. Premi **Anda** juga akan mencakup jumlah pajak premi asuransi atau pajak atau retribusi lain yang harus dibayar secara hukum sehubungan dengan **Polis Anda**.

Premi didasarkan pada usia saat **Tanggal Masuk** atau **Tanggal Pembaharuan** berikutnya. Jika anak **Tanggung** adalah **Tertanggung**, maka usia saat ini yang ditunjukkan pada ikhtisar premi akan berlaku.

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 Anda**.

6.3.2 Seleksi risiko kesehatan penuh

Penjaminan medis penuh mensyaratkan setiap orang yang akan ditanggung oleh **Polis 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 frekuensi 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 berlakukan terhadap pertanggungan **Anda**. Jika **Anda** mengajukan klaim untuk **Pengobatan** kondisi apapun yang **Anda** telah lalai untuk beritahukan 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 pertanggungan, dan/atau beban tambahan dalam **Sertifikat Asuransi Anda**.

6.3.3 Tanggungan

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

6.3.4 Start Date

Cover starts on the **Start Date** shown on **Your Certificate of Insurance** provided **We** have received **Your** premium payment. 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.

6.3.5 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 **Plan**.

6.3.6 Non-Eligible residency

If **You** permanently reside in a country that is not covered by this **Plan** and which **We** have advised at **Renewal Date**, **You** are not **Eligible** for this **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 subsequently **You** wish to add **Your** spouse, partner or child to **Your Plan**, **You** must either use **Your** online secure portfolio area at www.now-health.com or complete an add dependant application form. Cover will not start until **Your** 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.

However, **We** will require details of the baby's medical history if the baby has been adopted, or 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 Your cover

Subsequent changes in cover can only be made at renewal.

6.7 Renewing Your cover

Your 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 **Plan** will continue, provided the **Plan** **You** are on is still available. If **We** do not hear from the **Planholder** in response, **We** will renew **Your Plan** on the new terms. Where **You** have opted to pay premiums by continuous credit card payments or other payment method, **We** may continue to collect premiums by such method for the new **Plan** year. Please note that if **We** do not receive **Your** premium, **You** will not be covered. If the **Plan** **You** were on is no longer available, **We** will do **Our** best to offer **You** cover on an alternative **Plan**.

6.8 Continuous transfer terms

We will maintain **Your** existing underwriting or special acceptance terms, as shown by **Your** current insurer, such as any moratoria or specific exclusions and **Your Plan** with **Us** will be governed by the terms and conditions of this **Plan**. The acceptance by **Us** of **Your** original **Start Date** will be applied to **Your 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

You are liable for any local taxes and charges as established by the applicable laws. These have to be paid in full by **You** and will be shown on **Your 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.

6.3.4 Tanggal Mulai

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

6.3.5 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** ini.

6.3.6 Tempat tinggal tidak memenuhi syarat

Jika **Anda** tinggal secara tetap di negara yang tidak ditanggung oleh **Polis** ini dan yang **Kami** telah sarankan pada **Tanggal Pembaruan**, maka **Anda** tidak memenuhi syarat untuk **Polis** 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 kemudian **Anda** ingin menambahkan pasangan, partner atau anak **Anda** pada **Polis** ini, maka **Anda** harus menggunakan area portofolio online yang aman **Anda** di www.now-health.com atau mengisi formulir permohonan penambahan tanggungan. Pertanggungjawaban tidak akan dimulai sampai permohonan **Anda** 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 oleh **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.

Tetapi, **Kami** akan meminta rincian riwayat kesehatan bayi jika bayi telah diadopsi, atau lahir sebagai hasil dari metode pembuahan terbantu atau sesudah jenis **Pengobatan** fertilitas apapun, termasuk namun tidak terbatas pada **Pengobatan** dengan obat kesuburan. Dalam keadaan seperti itu **Kami** berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungjawaban yang **Kami** akan tawarkan, dan **Kami** akan memberitahu **Pemegang Polis** 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 Anda

Polis Anda 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**, asalkan **Polis Anda** masih tersedia. Jika **Kami** tidak mendengar tanggapan dari **Pemegang Polis**, maka **Kami** akan memperbaharui **Polis Anda** berdasarkan syarat-syarat baru.

Jika **Anda** memilih untuk membayar premi melalui pembayaran kartu kredit terus-menerus atau cara pembayaran lainnya, **Kami** dapat terus menagih premi dengan cara tersebut untuk tahun **Polis** baru. Harap dicatat bahwa jika **Kami** tidak menerima premi **Anda**, maka **Anda** tidak akan ditanggung. Jika **Polis** yang **Anda** ikuti tidak tersedia lagi, **Kami** akan melakukan upaya terbaik **Kami** untuk menawarkan kepada **Anda** pertanggungjawaban dalam **Program** pilihan.

6.8 Syarat-syarat peralihan berkelanjutan

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

6.9 Pajak Lokal

Anda bertanggung jawab atas segala pajak dan biaya lokal 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 with **Us**, **You** should follow the procedures outlines in the section of this Handbook titled "Complaints Procedure". This should allow for the amicable settlement of disputes within 20 days of the dispute being brought to **Our** attention. However, in the event that a settlement of a dispute cannot be achieved in accordance with the complaints procedure **You** can seek to resolve **Your** dispute via arbitration.

7.2 If the dispute could not be settled amicably, the Insurer shall give the option to the Insured to select either one of the following dispute clauses as stated below:

7.2.1 Indonesian Insurance Mediation Board

It is hereby declared and agreed that the Insured and the Insurer shall settle the dispute through Indonesian Insurance Mediation and Arbitration Board (BMAI) subject to the terms and conditions applied by BMAI.

7.2.2. Arbitration

It is hereby declared and agreed that **You** and **We** shall settle the dispute through Arbitration Ad Hoc as follows :

1. The Ad Hoc Arbitration consists of 3 (three) Arbitrators. **You** and **We** shall each appoint one Arbitrator within 30 (thirty) calendar days from the date of the receipt of the written notification, then the two Arbitrators shall choose and appoint the third Arbitrator within 14 (fourteen) calendar days from the date of appointment of the second Arbitrator. The third Arbitrator shall act as Umpire of the Arbitration Ad Hoc.
2. Should there be any failure as to the appointment of the third Arbitrator, **You** and/or **We** could request the Chairman of the court (Ketua Pengadilan Negeri) where the defendant domiciles to appoint the Umpire.
3. The examination of the dispute shall be settled within 180 (one hundred and eighty) calendar days from the date of the formation of the Arbitration Ad Hoc. The period of examination of the case could be extended. Upon the agreement of both parties and if it is deemed necessary by the Arbitration Ad Hoc, the period of examination of the dispute could be extended.
4. The Arbitration award is final and enforceable at law and binding the **You** and **Us**. Should **You** and/or **We** fail to comply with the arbitration award, then the award shall be executed under the order of the Chairman of the court (Ketua Pengadilan Negeri) where the defendant domiciles at the request of the other party in dispute.

Other matters which are not provided under this clause shall be subject to the provisions of laws on arbitration, which currently be the Act of the Republic of Indonesia Nr. 30 year 1999 dated August 12, 1999 regarding Arbitration and Alternative Dispute Resolution.

7.2.3 Court

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

7. Penyelesaian Sengketa

7.1 Dalam hal terjadi sengketa yang timbul dengan **Kami, Anda** harus mengikuti prosedur yang diuraikan dalam bagian dari Buku Panduan ini yang berjudul "Prosedur Pengaduan". Ini akan memungkinkan penyelesaian sengketa secara damai dalam waktu 20 hari dari sengketa yang diajukan kepada **Kami**. Tetapi, dalam hal penyelesaian sengketa tidak dapat dicapai sesuai dengan prosedur pengaduan **Anda** dapat berusaha untuk menyelesaikan sengketa **Anda** melalui arbitrase.

7.2 Jika sengketa tidak dapat diselesaikan secara damai, Penanggung akan memberikan opsi bagi Tertanggung untuk memilih salah satu dari klausul sengketa berikut seperti tercantum di bawah:

7.2.1 Badan Mediasi Asuransi Indonesia

Dengan ini dinyatakan dan disetujui bahwa Tertanggung dan Penanggung akan menyelesaikan sengketa melalui Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI) yang tunduk pada syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan yang diberlakukan oleh BMAI.

7.2.2. Arbitrase

Dengan ini dinyatakan dan disetujui bahwa **Anda** dan **Kami** akan menyelesaikan sengketa melalui Arbitrase Ad Hoc sebagai berikut:

1. Arbitrase Ad Hoc terdiri dari 3 (tiga) Arbiter. **Anda** dan **Kami** akan masing-masing menunjuk satu Arbiter dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal diterimanya pemberitahuan tertulis, kemudian kedua Arbiter harus memilih dan menunjuk Arbiter ketiga dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal penunjukan Arbiter kedua. Arbiter ketiga bertindak sebagai Penengah Arbitrase Ad Hoc.
2. Jika terjadi kegagalan dalam penunjukan Arbiter ketiga, **Anda** dan/atau **Kami** dapat meminta Ketua Pengadilan Negeri dimana tergugat bertempat tinggal untuk menunjuk Penengah.
3. Pemeriksaan sengketa harus diselesaikan dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak tanggal pembentukan Arbitrase Ad Hoc. Masa pemeriksaan kasus tersebut bisa diperpanjang. Atas kesepakatan kedua belah pihak dan jika dipandang perlu oleh Arbitrase Ad Hoc, masa pemeriksaan sengketa bisa diperpanjang.
4. Putusan arbitrase bersifat final dan berlaku secara hukum dan mengikat **Anda** dan **Kami**. Jika **Anda** dan/atau **Kami** gagal dalam mematuhi putusan arbitrase, maka putusan tersebut akan dilaksanakan atas perintah Ketua Pengadilan Negeri dimana tergugat bertempat tinggal atas permintaan pihak lain dalam sengketa.

Hal-hal lain yang tidak diatur dalam klausul ini akan tunduk pada ketentuan undang-undang tentang arbitrase, yang saat ini adalah Undang-Undang Republik Indonesia No. 30 tahun 1999 tanggal 12 Agustus 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa.

7.2.3 Pengadilan

Dengan ini menyatakan dan setuju bahwa **Anda** dan **Kami** akan menyelesaikan sengketa melalui Pengadilan Negeri dalam wilayah Republik Indonesia.

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 to happen please send **Us** an email at www.now-health.com.

A list of group companies, their contact details and **Our** Data Privacy Policy is available at 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.

7.3 Apa yang Kami lakukan dengan data pribadi Anda

Pastikan bahwa **Anda** menunjukkan informasi berikut kepada orang lain yang ditanggung dalam **Polis 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 peserta 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 peserta 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 peserta keluarga yang berusia di atas 18 tahun yang diasuransikan berdasarkan **Polis** ini tidak ingin hal ini terjadi maka mereka harus mengajukan permohonan untuk **Polis** mereka sendiri.

Terdapat persyaratan hukum, dalam keadaan tertentu, untuk mengungkapkan informasi kepada lembaga penegak hukum yang berkaitan dengan kecurigaan akan klaim yang tidak benar 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.

Daftar perusahaan dalam grup, rincian kontak mereka dan Kebijakan Privasi Data **Kami** tersedia di 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.

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 the **Plan** (including not returning the **Plan** premium) 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 **Plan** premium and reduce **Your** claims.
- 8.1.2** **You** must write and tell **Us** if **You** change **Your** address or occupation.
- 8.1.3** This **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 **Plan** and it is not intended that any clause or term of this **Plan** should be enforceable, by any other person including any family member.
- 8.1.5** If the **Planholder** dies and there is more than one **Insured Person** aged 18 or above, this **Plan** will automatically be transferred to the oldest **Insured Person** from the date of death, who will become the **Planholder**.
- 8.1.6** **You** must pay **Your** premium when it is due and in the currency of **Your Plan**. **We** will decide the amount at the start of each year and tell **You** how much it is. **You** can pay it in the way **You** have agreed with **Us**. **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 **You** of the change. If **Your** premium payments are not up to date **Your Plan** will end.
- 8.1.7** The **Planholder** may cancel this **Plan** by contacting **Us** during the 14-day cooling off period. The 14-day cooling off period starts on the day that the contract is concluded or the day that the full **Plan** terms and conditions are received, whichever is the later. The 14-day cooling off period also applies from each **Renewal Date**.
- If the **Plan** is cancelled during the 14-day cooling period **We** will return any premium paid for the **Plan** providing no claims have been made on the **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 with 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 **Plan** to the extent permitted by law and any return of premium is subject to this.
- If the **Planholder** does not cancel the **Plan** during the cancellation period of the **Plan** will continue on the terms described in this handbook for the remainder of the **Period of Cover**.
- We** may void the **Plan** for **You** (as the **Insured Person**) and **Your Dependants** in the following situations, if **You** or **Dependants**:
- 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 **Plan** which may vary from time to time, of which **You** will be advised

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 **Polis** (termasuk tidak mengembalikan premi **Polis**) atau memberlakukan syarat-syarat pertanggungan 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** dan mengurangi klaim **Anda**.
- 8.1.2** **Anda** harus menulis surat dan memberitahu **Kami** jika **Anda** mengganti alamat atau pekerjaan **Anda**.
- 8.1.3** **Polis** 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** ini dan klausul atau syarat apapun dalam **Polis** ini tidak dimaksudkan harus dapat dilaksanakan, oleh orang lain termasuk anggota keluarga.
- 8.1.5** Jika **Pemegang Polis** meninggal dan terdapat lebih dari satu **Tertanggung** yang berumur 18 tahun atau lebih, maka **Polis** ini akan secara otomatis dialihkan kepada **Tertanggung** tertua sejak tanggal kematian, yang akan menjadi **Pemegang Polis**.
- 8.1.6** **Anda** harus membayar premi **Anda** saat jatuh tempo dan dalam mata uang **Polis Anda**. **Kami** akan memutuskan jumlahnya pada awal setiap tahun dan memberitahu **Anda** berapa jumlahnya. **Anda** dapat membayarnya dengan cara yang **Anda** telah sepakati dengan **Kami**. **Kami** dapat mengubah jumlah premi **Anda** selama setahun untuk mencerminkan perubahan pajak premi atau pajak lainnya tetapi **Kami** akan memberitahu **Anda** mengenai perubahan tersebut. Jika pembayaran premi **Anda** melampaui tanggal maka **Polis Anda** akan berakhir.
- 8.1.7** **Pemegang Polis** dapat membatalkan **Polis** 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** ini 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** ini jika tidak ada klaim yang diajukan dalam **Polis** ini dan kartu kepesertaan **Penagihan Langsung Rawat Jalan** telah dikembalikan sehubungan dengan **Masa Pertanggungan** sebelum pembatalan (pertanggungan tidak lebih dari 14 hari). Jika **Anda** mengeluarkan biaya klaim yang **Memenuhi Syarat** dalam **Masa Pertanggungan** itu **Kami** berhak untuk meminta **Pemegang Polis** untuk membayar layanan yang **Kami** telah benar-benar sediakan sehubungan dengan **Polis** sejauh diizinkan oleh hukum dan setiap pengembalian premi tunduk pada hal ini. Jika **Pemegang Polis** tidak membatalkan **Polis** selama masa pembatalan, maka **Polis** akan berlanjut berdasarkan syarat-syarat yang dijelaskan dalam buku panduan ini selama sisa **Masa Pertanggungan**.
- Kami** dapat membatalkan **Polis** untuk **Anda** (sebagai **Tertanggung**) dan **Tanggungan Anda** dalam situasi berikut, jika **Anda** atau **Tanggungan**:
- Membuat pemahaman yang salah dengan menyimpan informasi yang berhubungan atau memberikan informasi yang salah kepada **Kami**
 - Membuat pernyataan dengan menyimpan klaim palsu atau yang 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** ini yang mungkin berubah-ubah dari waktu ke waktu, yang mana **Anda** akan diberitahu

8.1.8 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 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**.

8.2 Our rights and responsibilities

8.2.1 **We** will tell the **Planholder** in writing the date the **Plan** starts and any special terms which apply to it. **We** can refuse to give cover and will tell **You** 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 **Your** acceptance.

8.2.3 **We** can refuse to add a family member to the **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 **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** any loss to **Us** caused by the break
- Refuse to renew **Your Plan**
- Impose different terms to any cover **We** are prepared to provide
- End **Your Plan** and all cover under it immediately

8.2.6 Waiver by **Us** of any breach of any term or condition of this **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 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 the **Plan** void, as if it never existed. If **We** have already paid the **Benefit** **We** can recover those sums from **You**. 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 **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 **Plan** is written in English and Indonesian and all other information and communications to **You** relating to this **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 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 **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 **Plan** or failed to act with utmost good faith. If the **Plan** is cancelled by the **Planholder** at any time other than following the **Renewal Date** there will be no return of premium

- 8.1.8** Jika **Anda** memiliki kartu kepesertaan **Penagihan Langsung Rawat Jalan**, **Anda** bertanggung jawab untuk mengembalikan semua kartu tersebut untuk **Anda** dan **Tanggung Jawab Anda** kepada **Kami** jika **Anda** membatalkan atau tidak memperbaharui **Polis 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 Hak dan tanggung jawab Kami

- 8.2.1** **Kami** akan memberitahu **Pemegang Polis** secara tertulis tanggal dimulainya **Polis** dan setiap syarat-syarat khusus yang berlaku untuk itu. **Kami** dapat menolak untuk memberikan pertanggungan dan akan memberitahu **Anda** jika **Kami** melakukannya.
- 8.2.2** Jika untuk alasan apapun terjadi pelanggaran dalam pertanggungan **Anda**, **Kami** dapat memulihkan pertanggungan jika premi selanjutnya dibayar, meskipun syarat-syarat pertanggungan dapat tunduk pada perubahan. Setiap diterimanya syarat-syarat tersebut oleh **Kami** tunduk pada persetujuan tertulis dari **Kami** dan diterimanya syarat-syarat tersebut oleh **Anda**.
- 8.2.3** **Kami** dapat menolak untuk menambahkan peserta keluarga pada **Polis** 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** 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** atas kerugian bagi **Kami** yang disebabkan oleh pelanggaran tersebut
 - Menolak untuk memperbaharui **Polis Anda**
 - Membebaskan syarat-syarat yang berbeda terhadap setiap pertanggungan yang **Kami** siap untuk sediakan
 - Mengakhiri **Polis Anda** dan semua pertanggungan di bawahnya segera
- 8.2.6** Pengabaian oleh **Kami** atas setiap pelanggaran terhadap syarat atau ketentuan **Polis** 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 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**. 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**, **Tanggung Jawab 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** 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** ini ditulis dalam bahasa Inggris dan Indonesia dan semua informasi lainnya dan komunikasi dengan **Anda** yang berkaitan dengan **Polis** ini juga akan dilakukan dalam bahasa Inggris dan bahasa Indonesia kecuali **Kami** telah menyetujui yang lain secara tertulis.
- 8.2.11** **Pengakhiran**
Tanpa mengesampingkan sebelumnya **Kami** dapat membatalkan **Polis Anda** kapan saja jika **Anda** atau **Pemegang polis** telah setiap saat:
- Menyesatkan **Kami** dengan pernyataan yang salah
 - Secara sadar mengklaim **Manfaat** untuk tujuan apapun selain yang ditentukan berdasarkan **Polis** 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** ini atau lalai dalam bertindak dengan itikad baik sepenuhnya. Jika **Pemegang Polis** membatalkan **Polis** setiap saat selain sesudah **Tanggal Pembaharuan**, maka tidak akan ada pengembalian premi

8.2.12 Condition Precedent in the Plan

The validity of this **Plan** is subject to the condition precedent that:

- (a) For the risk insured, the named insured has never had any insurance terminated in the last twelve (12) months due solely or in part to a breach of any premium payment condition; or
- (b) If the named insured has declared that it has breached any premium payment condition in respect of a previous policy taken up with another insurer in the last twelve (12) months:
 - (i) The named insured has fully paid all outstanding premium for time on risk calculated by the previous insurer based on the customary short period rate in respect of the previous policy; and
 - (ii) A copy of the written confirmation from the previous insurer to this effect is first provided by the named insured to the Company before cover incept.

8.2.13 Payment before Cover Warranty (1 May 2005)

This clause applies where the **Plan** is issued to an Individual.

- (a) Notwithstanding anything herein contained but subject to clauses 2 and 3 hereof, it is hereby agreed and declared that the total premium due must be paid and actually received in full by **Us** (or the intermediary through whom this **Plan** or Bond was effected) on or before the inception date ("the inception date") of the coverage under the **Plan**, Bond, Renewal Certificate, Cover Note or Endorsement.
- (b) In the event that the total premium due is not paid and actually received in full by **Us** (or the intermediary through whom this **Plan** or Bond was effected) on or before the inception date referred to above, then the **Plan**, Bond, Renewal Certificate, Cover Note and Endorsement shall not attach and no benefits whatsoever shall be payable by **Us**. Any payment received thereafter shall be of no effect whatsoever as cover never attached on the **Plan**, Bond, Renewal Certificate, Cover Note and Endorsement.
- (c) In respect of coverage with "Free Look" provision, the Insured may return the original policy document to **Us** or intermediary within the "Free Look" period if the Insured decides to cancel the cover during the "Free Look" period. In such an event, the Insured Person will receive a full refund of the premium paid to **Us** provided that no claim has been made under the insurance.

8.2.14 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.

8.2.15 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.

8.2.16 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 Syarat Tangguh atau Pra-syarat Dalam Polis Kondisi Acuan Polis

Berlakunya **Polis** ini tunduk pada kondisi acuan bahwa:

- (a) Untuk risiko yang dipertanggungkan, tertanggung tersebut tidak pernah memiliki asuransi yang diakhiri dalam dua belas (12) bulan terakhir karena seluruhnya atau sebagian pelanggaran ketentuan pembayaran premi; atau
- (b) Jika tertanggung tersebut telah menyatakan bahwa ia telah melanggar ketentuan pembayaran premi sehubungan dengan polis sebelumnya yang diambil dengan penanggung lain dalam dua belas (12) bulan terakhir:
 - (i) Tertanggung tersebut telah melunasi seluruh premi yang belum dibayar untuk waktu atas risiko yang dihitung oleh penanggung sebelumnya berdasarkan tarif periode singkat umum sehubungan dengan polis sebelumnya; dan
 - (ii) Suatu salinan konfirmasi tertulis dari perusahaan asuransi sebelumnya dalam hal ini disediakan oleh Tertanggung kepada perusahaan sebelum pertanggungan berlaku

8.2.13 Jaminan Pembayaran Sebelum Pertanggungan (1 Mei 2005)

Klausul ini berlaku bila **Polis** diterbitkan untuk perorangan.

- (a) Tanpa mengesampingkan segala hal yang tercantum di sini tetapi tunduk pada klausul 2 dan 3 buku panduan ini, dengan ini disetujui dan dinyatakan bahwa jumlah premi jatuh tempo yang harus dibayar dan benar-benar diterima seluruhnya oleh **Kami** (atau perantara melalui siapa **Polis** atau Kontrak ini dijalankan) pada atau sebelum tanggal awal ("tanggal awal") pertanggungan berdasarkan **Polis**, Kontrak, Sertifikat Pembaharuan, Nota Penutupan atau Adendum.
- (b) Dalam hal jumlah premi yang jatuh tempo tidak dibayar dan benar-benar diterima secara penuh oleh **Kami** (atau perantara melalui siapa **Polis** atau Kontrak ini dijalankan) pada atau sebelum tanggal awal yang disebutkan di atas, maka **Polis**, Kontrak, Sertifikat Pembaharuan, Nota Penutupan atau Endorsemen tidak akan dilampirkan dan tidak ada manfaat apapun yang harus dibayar oleh **Kami**. Setiap pembayaran yang diterima sesudah itu tidak akan berpengaruh apapun karena pertanggungan tidak pernah dilampirkan pada **Polis**, Kontrak, Sertifikat Pembaharuan, Nota Penutupan atau Endorsemen.
- (c) Dalam hal pertanggungan dengan ketentuan "masa tenang", Tertanggung dapat mengembalikan dokumen polis asli kepada **Kami** atau perantara dalam masa "masa tenang" jika Tertanggung memutuskan untuk membatalkan pertanggungan selama masa "masa tenang". Dalam peristiwa semacam itu, Tertanggung akan menerima pengembalian penuh premi yang telah dibayarkan kepada **Kami** asalkan tidak ada pengajuan klaim berdasarkan asuransi ini.

8.2.14 Pembatasan Sanksi dan Klausul Pengecualian

Penanggung tidak dianggap memberikan pertanggungan dan penanggung tidak bertanggung jawab untuk membayar klaim atau memberikan manfaat apapun di bawah ini sejauh pemberian pertanggungan 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.

8.2.15 Endorsemen 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.

8.2.16 Undang-Undang Kontrak (Hak Pihak Ketiga) Tahun 2001

Seseorang yang bukan merupakan pihak dalam kontrak **Polis** 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.



Insurance & Reinsurance awards
two thousand & fifteen Winner



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.
c/o Sampo Insurance Singapore Pte. Ltd.
50 Raffles Place
#05-01/06 Singapore Land Tower
Singapore 048623
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

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 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 untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sampo Insurance Indonesia.