



WorldCare Members' Handbook | Product Summary  
*Buku Panduan Peserta WorldCare*

companies | *perusahaan*



Everything you need to know  
about your international  
health insurance

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

---

Effective 1 May 2016

*Berlaku 1 Mei 2016*

## Introduction

---

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

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

### How to use this handbook

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

Inside **You** will find details of:

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

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

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

### Our service for You

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

- A commitment to process **Your** claim as quickly as possible
- A 24-hour 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 **Group Plan**, or if **You** would like to tell **Us** about any changes in **Your** personal circumstances, please contact **Us** at:

PT Sampo Insurance Indonesia in association  
with Now Health International

Toll-free 0800 1 889900 | Toll +62 21 2783 6910  
F +62 21 515 7639 | [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com)

## Pendahuluan

---

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

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

### Cara Menggunakan Buku Panduan Ini

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

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

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

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

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

### Layanan kami untuk Anda

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

- Komitmen untuk memproses klaim **Anda** secepat mungkin
- Suatu tim layanan nasabah milik kami (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 Grup** ini, atau jika **Anda** ingin memberitahu **Kami** tentang perubahan keadaan pribadi **Anda**, silahkan hubungi **Kami** di:

PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi  
dengan Now Health International

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

## Contacting Us

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

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

If **You** need to let **Us** know about any changes in **Your** personal circumstances, **You** can do so using the contact details above, or write to **Us** at:

PT Sampo Insurance Indonesia in association  
with Now Health International

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

## Customer service team

**Our** team is available Monday to Friday from 9am to 5pm. Thereafter our 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

## Assistance team for Emergency Evacuation or Repatriation

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

T +62 21 2783 6940

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

---

## Cara Menghubungi Kami

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

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

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

PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi  
dengan Now Health International

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

## Tim Layanan Nasabah

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

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

## Tim Bantuan untuk Evakuasi Darurat dan Repatriasi

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

T +62 21 2783 6940

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

## Contents

---

1. Definitions . . . . .	08
2. Manage <b>Your Group Plan</b> online . . . . .	18
3. How to claim. . . . .	20
Product Information	
4. <b>Benefits:</b> What is covered?. . . . .	34
Key Product Provisions	
5. Exclusions: What is not covered?. . . . .	86
6. <b>Group Plan</b> administration . . . . .	94
7. Dispute resolution . . . . .	98
8. Rights and responsibilities . . . . .	102
9. Provision of compulsory standard agreement . . . . .	108

# Daftar Isi

---

- 1. Definisi . . . . . 09
- 2. Mengelola **Polis Grup 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?.. . . . . 87
- 6. Administrasi **Polis Grup** . . . . . 95
- 7. Penyelesaian Sengketa . . . . . 99
- 8. Hak dan tanggung jawab . . . . .103
- 9. Ketentuan perjanjian baku . . . . .109



# 1. Definitions

---

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

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

# 1. Definisi

---

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

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

---

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

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

---

<b>Group Plan</b>	The contract between the <b>Planholder</b> and <b>Us</b> which sets out terms and conditions of the cover provided. The full terms and conditions consist of the Group Employee FMU application form (if applicable), <b>Certificate of Insurance, Benefit Schedule</b> and this members' handbook.
<b>Hospital</b>	Any establishment, which is licensed as a medical or surgical hospital under the laws of the country where it operates. The following establishments are not considered hospitals: rest and nursing homes, spas, cure-centres and health resorts.
<b>Hospital Accommodation</b>	Refers to standard private or semi-private accommodation as indicated in the <b>Benefit Schedule</b> . Deluxe, executive rooms and suites are not covered.
<b>In Network Medical Provider</b>	An in network medical provider is one contracted with <b>Your Group Plan</b> to provide services to <b>Group Plan</b> members for specific pre-negotiated rates.
<b>In-Patient</b>	A patient who is admitted to <b>Hospital</b> and who occupies a bed overnight or longer, for medical reasons.
<b>Insured Person/You/Your</b>	<b>You</b> and/or the <b>Dependants</b> named on the <b>Certificate of Insurance</b> who are covered under this <b>Group Plan</b> .
<b>Medical Condition</b>	Any disease, injury, or illness, including <b>Psychiatric Illness</b> .
<b>Medical Practitioner</b>	A person who has attained primary degrees in medicine or surgery following attendance at a <b>WHO</b> -recognised medical school and who is licensed to practise medicine by the relevant authority in the country where the <b>Treatment</b> is given. By "recognised medical school" <b>We</b> mean a medical school, which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the <b>WHO</b> .
<b>Medically Necessary</b>	<b>Treatment</b> , which in the opinion of a qualified <b>Medical Practitioner</b> is appropriate and consistent with the diagnosis and which in accordance with generally accepted medical standards could not have been omitted without adversely affecting the <b>Insured Person's</b> condition or the quality of medical care rendered. Such <b>Treatment</b> must be required for reasons other than the comfort or convenience of the patient or <b>Medical Practitioner</b> and provided only for an appropriate duration of time. As used in this definition, the term "appropriate" shall mean taking patient safety and cost effectiveness into consideration. When specifically applied to <b>In-Patient Treatment</b> , medically necessary also means that diagnosis cannot be made, or <b>Treatment</b> cannot be safely and effectively provided on an <b>Out-Patient</b> basis.
<b>New Born</b>	A baby who is within the first 16 weeks of its life following birth.
<b>Provider Network</b>	<b>Our</b> published list of medical providers where <b>We</b> have a <b>Direct Billing Agreement</b> .
<b>Out of Network Medical Provider</b>	An out of network medical provider is one not contracted with <b>Your Group Plan</b> .
<b>Out-Patient</b>	A patient who attends a <b>Hospital</b> , consulting room, or out-patient clinic and is not admitted as a <b>Day-Patient</b> or an <b>In-Patient</b> .
<b>Period of Cover</b>	The period of cover set out in the <b>Certificate of Insurance</b> . This will be a 12-month period starting from the <b>Start Date</b> or any subsequent <b>Renewal Date</b> as applicable.
<b>Physiotherapist</b>	A practising physiotherapist who is registered and licensed to practise medicine in the country where <b>Treatment</b> is provided.

<b>Polis Grup</b>	Kontrak antara <b>Pemegang Polis</b> dan <b>Kami</b> yang menetapkan ketentuan dan persyaratan pertanggungan yang disediakan. Persyaratan dan ketentuan lengkap terdiri dari formulir permohonan seleksi risiko medis penuh Karyawan Grup (jika ada), <b>Sertifikat Asuransi</b> , <b>Ikhtisar Manfaat</b> dan buku panduan peserta ini.
<b>Rumah Sakit</b>	Setiap lembaga, yang diberi izin sebagai rumah sakit medis atau bedah berdasarkan hukum negara di mana ia beroperasi. Lembaga berikut tidak dianggap sebagai rumah sakit: rumah istirahat dan panti jompo, spa, pusat penyembuhan dan resort kesehatan.
<b>Akomodasi Rumah Sakit</b>	Mengacu pada akomodasi pribadi atau semi-pribadi standar seperti ditunjukkan dalam <b>Ikhtisar Manfaat</b> . Kamar deluxe, executive dan suite tidak ditanggung.
<b>Penyedia Medis dalam Jaringan</b>	Penyedia medis dalam jaringan adalah penyedia medis yang mengadakan kontrak dengan <b>Polis Grup</b> untuk menyediakan layanan kepada peserta <b>Polis Grup</b> dengan tarif tertentu yang telah dinegosiasikan sebelumnya.
<b>Pasien Rawat Inap</b>	Pasien yang dirawat di <b>Rumah Sakit</b> dan yang menempati tempat tidur semalam atau lebih lama, karena alasan medis.
<b>Tertanggung/Anda</b>	<b>Anda</b> dan/atau <b>Tanggung</b> yang disebutkan pada <b>Sertifikat Asuransi</b> yang ditanggung menurut <b>Polis Grup</b> ini.
<b>Kondisi Medis</b>	Setiap penyakit, cedera atau kesakitan, termasuk <b>Penyakit Kejiwaan</b> .
<b>Praktisi Medis</b>	Seorang yang telah mencapai gelar utama dalam bidang kedokteran atau bedah sesudah belajar di sekolah kedokteran yang diakui oleh <b>WHO</b> dan yang diberi izin untuk berpraktik kedokteran oleh lembaga yang berwenang di negara di mana <b>Pengobatan</b> diberikan. Yang <b>Kami</b> maksud dengan "sekolah kedokteran yang diakui" adalah sekolah kedokteran, yang tercantum dalam Direktori Dunia Sekolah Medis saat ini yang diterbitkan oleh <b>WHO</b> .
<b>Secara Medis Diperlukan</b>	<b>Pengobatan</b> , yang menurut pendapat dari <b>Praktisi Medis</b> yang memenuhi syarat, tepat dan sesuai dengan diagnosa dan yang sesuai dengan standar medis yang berlaku umum tidak boleh dihilangkan tanpa secara merugikan mempengaruhi kondisi <b>Tertanggung</b> atau kualitas perawatan medis yang diberikan. <b>Pengobatan</b> tersebut harus diperlukan untuk alasan selain kenyamanan pasien atau <b>Praktisi Medis</b> dan disediakan hanya untuk durasi waktu yang tepat. Sebagaimana digunakan dalam definisi ini, istilah "tepat" berarti mempertimbangkan keselamatan pasien dan efektivitas biaya. Bila secara khusus diterapkan pada <b>Pengobatan Rawat Inap</b> , secara medis diperlukan juga berarti bahwa diagnosis tidak dapat dibuat, atau <b>Pengobatan</b> tidak dapat diberikan secara aman dan efektif secara <b>Rawat Jalan</b> .
<b>Bayi Baru Lahir</b>	Bayi yang berumur 16 minggu pertama sesudah lahir.
<b>Jaringan Penyedia</b>	Daftar penyedia medis yang <b>Kami</b> terbitkan dimana <b>Kami</b> mempunyai <b>Perjanjian Penagihan Langsung</b> .
<b>Penyedia Medis di Luar Jaringan</b>	Penyedia di luar jaringan adalah penyedia medis yang tidak mengadakan kontrak dengan <b>Polis Grup Anda</b> .
<b>Pasien Rawat Jalan</b>	Pasien yang mendatangi <b>Rumah Sakit</b> , ruang konsultasi, atau klinik rawat jalan dan tidak dirawat sebagai <b>Pasien Rawat Sehari</b> atau <b>Pasien Rawat Inap</b> .
<b>Masa Pertanggungan</b>	Masa pertanggungan yang ditetapkan dalam <b>Sertifikat Asuransi</b> . Ini adalah masa 12 bulan mulai dari <b>Tanggal Mulai</b> atau <b>Tanggal Pembaharuan</b> berikutnya yang berlaku.
<b>Fisioterapis</b>	Fisioterapis praktik yang terdaftar dan mendapat izin untuk berpraktik di negara di mana <b>Pengobatan</b> disediakan.

---

<b>Pre-Authorisation</b>	Means a process whereby an <b>Insured Person</b> seeks approval from <b>Us</b> prior to undertaking any <b>Treatment</b> or incurring costs. Such <b>Benefits</b> requiring pre-authorisation from <b>Us</b> will denote <b>Pre-Authorisation</b> 📄 in the <b>Benefit Schedule</b> and as detailed in section 4.
<b>Plan Administrator</b>	The person appointed by the <b>Planholder</b> to administer the <b>Insured Person's Group Plan</b> , and to act as a coordinator with <b>Us</b> .
<b>Planholder</b>	The first Insured Person named on the Certificate of Insurance, or the company.
<b>Pregnancy</b>	Refers to the period of time from the date of the first diagnosis until delivery.
<b>Private Room</b>	Single occupancy accommodation in a private <b>Hospital</b> . Deluxe, executive rooms and suites are not covered.
<b>Psychiatric Illness</b>	The mental or nervous disorder that meets the criteria for classification under an international classification system such as Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) or the International Classification of Diseases (ICD). The disorder must be associated with present distress, or substantial impairment of the individual's ability to function in a major life activity (e.g. employment). The aforementioned condition must be clinically significant and not merely an expected response to a particular event such as bereavement, relationship or academic problems and acculturation.
<b>Related Conditions</b>	A <b>Related Condition</b> is any disease, injury or illness including <b>Psychiatric Illness</b> that is caused by a <b>Pre-Existing Medical Condition</b> or results from the same underlying cause as a <b>Pre-Existing Medical Condition</b> .
<b>Qualified Nurse</b>	A nurse whose name is currently on any register or roll of nurses, maintained by any Statutory Nursing Registration Body within the country where <b>Treatment</b> is provided.
<b>Reasonable and Customary Charges</b>	The standard fee that would typically be made in respect of <b>Your Treatment</b> costs, in the country <b>You</b> received <b>Treatment</b> . <b>We</b> may require such fees to be substantiated by an independent third party, such as a practising Surgeon/Physician/ <b>Specialist</b> or government health department.
<b>Rehabilitation</b>	<b>Medically Necessary Treatment</b> aimed at restoring independent activities of daily living and the normal form and/or function of an <b>Insured Person</b> following a <b>Medical Condition</b> .
<b>Renewal Date</b>	The anniversary of the <b>Start Date</b> of the <b>Group Plan</b> .
<b>Semi-Private Room</b>	Dual occupancy accommodation in a private <b>Hospital</b> . Deluxe, executive rooms and suites are not covered.
<b>Specialist</b>	A surgeon, anaesthetist or physician who has attained primary degrees in medicine or surgery following attendance at a <b>WHO</b> -recognised medical school and who is licensed to practise medicine by the relevant authority in the country where the <b>Treatment</b> is given, and is recognised as having a specialised qualification in the field of, or expertise in the <b>Treatment</b> of the disease, illness or injury being treated. By "recognised medical school" <b>We</b> mean a medical school which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the <b>WHO</b> .
<b>Start Date</b>	The start date shown on <b>Your Certificate of Insurance</b> .

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



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

---

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

## 2. Manage your Group Plan online

---

### A guide to the website

The simplest way to manage **Your** international health insurance is via our website ([www.now-health.com](http://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.

When **You** join, **We** will send **You Your Group Plan** number and a virtual membership card immediately. **You** can access **Your Group 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 Group Plan

**You** can view and download **Your Certificate of Insurance**, members' handbook, virtual membership card and claim form from here.

### 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** preferred medical providers.

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

## 2. Mengelola Polis Grup anda secara online

---

### Panduan situs Web

Cara paling mudah untuk mengelola asuransi kesehatan internasional **Anda** adalah melalui situs Web Kami ([www.now-health.com](http://www.now-health.com)).

Semua dokumen **Anda** disimpan di area portofolio online yang aman, yang **Anda** dapat akses menggunakan pengguna dan kata sandi unik **Anda**. Jika **Anda** memerlukan bantuan dalam mengambil dokumen ini, hubungi **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910.

Saat **Anda** bergabung, **Kami** akan segera mengirim **Anda** Nomor **Polis Grup Anda** dan kartu kepesertaan virtual. **Anda** dapat langsung mengakses dokumen **Polis Grup Anda** 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 Grup Anda

**Anda** dapat melihat dan mengunduh **Sertifikat Asuransi Anda**, buku Panduan peserta, kartu kepesertaan virtual dan formulir klaim dari sini.

### 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](http://www.now-health.com).

## 3. How to claim

As soon as **You** join, **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 on T +62 21 2783 6940.

**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](http://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 for 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](mailto: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](mailto: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 then 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 di T +62 21 2783 6940.

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](http://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 **Anda** yang aman.

##### Langkah 2

###### Untuk klaim di bawah USD 500 per Kondisi Medis:

Isilah bagian 1 dan 2 dari formulir klaim, tandatangi, 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, tandatangi, 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](mailto: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](mailto: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 Pertanggungan**) 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** asuransi persalinan maupun gigi, jika **Anda** telah memilih **Polis Grup** dengan **Manfaat-Manfaat** tersebut.

## 3.2 Arranging Direct Settlement

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

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

#### Step 1

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

#### Step 2

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

**You** can complete an online claim form at [www.now-health.com](http://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. **You** can access all the forms **You** need from **Your** online secure portfolio area at [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

**You** will need to pay any **Excess** or **Co-Insurance** on **Your Group Plan** to the medical provider before **You** leave.

#### Step 4

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

#### Important notes:

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

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

**You** will need to pay any **Excess** or **Co-Insurance** on **Your Group Plan** to the medical provider before **You** leave.

## 3.2 Mengurus Penyelesaian Langsung

### 3.2.1 Untuk Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari

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

#### Langkah 1

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

#### Langkah 2

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

**Anda** dapat mengisi formulir klaim online di [www.now-health.com](http://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 medis untuk mengisinya dan kirimkan via faks kepada **Kami**.

#### Langkah 3

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

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

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

#### Langkah 4

Saat **Anda** pergi, mintalah penyedia medis untuk mengirimkan formulir klaim asli dan tagihan kepada **Kami** untuk dibayar.

**Anda** dapat melacak semua aktivitas klaim berikutnya di area portofolio online yang aman **Anda**. Lakukan login menggunakan nama pengguna dan kata sandi **Anda** di [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

#### Catatan penting:

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

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

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



## 3.2 Arranging Direct Settlement

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

If **You** have a 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.

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](http://www.now-health.com) or use the mobile app. Here **You** can locate an appropriate medical facility within the **Out-Patient Direct Billing** Network.

If **You** can't find an **Out-Patient Direct Billing** facility near **You**, **Our** 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](mailto:IndonesiaService@now-health.com)

#### Step 2

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

#### Step 3

The medical facility will check **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** **Group 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** **Benefits** until the **Planholder** or until **You** have settled the outstanding amounts in full. If **We** determine that a claim was fraudulent, **We** may terminate **You** from the **Group Plan** with immediate effect without refund of premiums.

## 3.2 Mengurus Penyelesaian Langsung

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

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

Perlu diketahui bahwa jika **Anda** telah memilih biaya **Rawat Jalan Ko-Asuransi**, **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 pilihan 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](http://www.now-health.com) atau menggunakan aplikasi mobile kami. Di sini **Anda** dapat menemukan fasilitas medis yang tepat dalam **Jaringan Penagihan Langsung Rawat Jalan**.

Jika **Anda** tidak dapat menemukan fasilitas **Penagihan Langsung Rawat Jalan** di dekat **Anda**, tim 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](mailto:IndonesiaService@now-health.com).

#### Langkah 2

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

#### Langkah 3

Fasilitas medis akan memeriksa batas **Manfaat**, **Biaya Risiko Sendiri** dan setiap **Ko-asuransi Anda** sebelum mengurus pemeriksaan diri **Anda** ke dokter. Jika pertanggunganaan **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, fasilitas medis mungkin meminta **Anda** untuk menandatangani konfirmasi bahwa **Anda** telah menerima **Pengobatan**.

#### Langkah 5

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

#### Catatan penting:

Jika **Anda** menerima **Pengobatan** yang tidak **Memenuhi syarat** menurut **Polis Grup Anda** melalui **Penagihan Langsung Rawat Jalan**, maka **Anda** bertanggung jawab atas biaya yang dikeluarkan dan **Anda** harus membayar kembali kepada **Kami**. **Kami** dapat mengganti rugi dana belum dibayar yang harus dibayarkan kepada **Kami** dengan klaim yang sah atau **Kami** dapat menangguhkan **Manfaat Anda** sampai **Pemegang Polis** atau sampai **Anda** telah melunasi jumlah yang belum dibayarkan secara penuh. Jika **Kami** mengetahui bahwa suatu klaim ternyata tidak benar, maka **Kami** dapat mengakhiri **Polis Anda** dari **Polis Grup** 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](mailto:IndonesiaService@now-health.com). This service is available 24 hours a day, 365 days a year.

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

#### Step 2

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

#### Step 3

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

#### Step 4

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

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

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

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

#### Step 5

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

#### Important notes:

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

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

### 3.3 Saat Anda memerlukan Pengobatan medis Darurat

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

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

#### Langkah 1

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

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

#### Langkah 2

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

#### Langkah 3

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

#### Langkah 4

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

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

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

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

#### Langkah 5

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

#### Catatan penting:

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

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

## 3.4 Accessing elective Treatment in the USA

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

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

### Step 1

Five working days before **Your Treatment** (or as early as possible), contact **Our** team of Clinical Advisers  
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](http://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](http://www.now-health.com).

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

### Step 4

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

#### Important notes:

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

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

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

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

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

### 3.4 Mengakses Pengobatan Elektif di Amerika Serikat

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

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

#### Langkah 1

Lima hari kerja sebelum **Pengobatan Anda** (atau sedini mungkin), hubungi tim 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](http://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 **Anda** yang aman. Isilah semua bagian yang relevan dari formulir klaim. Bawa formulir klaim bersama **Anda** dan mintalah penyedia medis untuk mengisinya dan kirimkan via faks kepada **Kami**.

#### Langkah 3

Saat **Anda** tiba di penyedia medis pada hari **Pengobatan Anda**, tunjukkan kartu kepesertaan **Anda** dan beritahu mereka bahwa **Penagihan Langsung** telah diurus melalui agen **Kami**. **Kami** juga mungkin meminta **Anda** untuk mengisi beberapa formulir tambahan, misalnya perjanjian bahwa penyedia medis boleh melepaskan informasi tentang **Anda** kepada **Kami**. **Anda** dapat mengakses semua formulir dari area portofolio online yang aman **Anda** di [www.now-health.com](http://www.now-health.com). **Anda** akan harus membayar **Biaya Risiko Sendiri** dalam **Polis Grup Anda** kepada penyedia medis sebelum **Anda** pergi.

#### Langkah 4

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

#### Catatan penting:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.9 If You have an Excess and or Co-Insurance on Your Group 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 Group Plan**. **You** can choose the type and level of **Excess** when **You** buy or renew **Your Group 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 sewaktu-waktu meminta **Anda** untuk memberikan informasi tambahan. Ini hanya akan selalu berupa informasi wajar yang **Kami** perlukan untuk menilai klaim **Anda**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.9 Jika Anda memiliki Biaya Risiko Sendiri atau ko-asuransi dalam Polis Grup 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 Grup Anda**. **Anda** dapat memilih jenis dan tingkat **Biaya Risiko Sendiri** saat **Anda** membeli atau memperbaharui **Polis Grup 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 **Group 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 Group 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 Group Plan**, the currency **You** incurred **Your** claim in, or another currency of **Your** choice. Listed below are the currencies **We** can transact in.

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

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

**Biaya Risiko Sendiri** 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 Grup**.

**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 Grup 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 Grup Anda**, mata uang dimana **Anda** mengeluarkan klaim **Anda**, atau mata uang lain pilihan **Anda**. Berikut ini adalah mata uang yang **Kami** gunakan untuk bertransaksi.

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

ALL Lek Albania	KMF Franc Komoro	LVL Lats Latvia	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	NIO Cordoba Nikaragua	AED Dirham UEA
CAD Dollar Kanada	HKD Dollar Hong Kong	NGN 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 **Group Plan** is not intended to cover all eventualities.

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

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

#### 4.1 Summary of WorldCare

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

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

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

**Please note:**

If a nil **Excess** option is selected on Advance, Excel and Apex **Group 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 **Group Plan Benefits**. For full details of the **Benefits** and exclusions, it is important that **You** read this handbook in full. For the full **Benefit Schedule**, please go to section 4.3.

#### 4.2 Pre-Authorisation

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

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

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

The **Benefit Schedule** details those **Benefits** requiring **Pre-Authorisation** by showing “**Pre-Authorisation** 📞”.

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

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

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

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

## Informasi Produk

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

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

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

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

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

#### 4.1 Ikhtisar Worldcare

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

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

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

#### Harap dicatat:

Jika pilihan **Biaya Risiko Sendiri** nihil dipilih pada Layak **Polis Grup** 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 “**Out-Patient Direct Billing (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 Grup**. Untuk rincian lengkap **Manfaat** dan pengecualiannya, **Anda** perlu membaca buku ini secara lengkap. Untuk **Ikhtisar Manfaat** lengkap, silahkan baca bab 4.3.

#### 4.2 Pra-Otorisasi

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

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

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

**Anda** harus menghubungi Tim Penasihat Klinis **Kami** di

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

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

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

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

If **Pre-Authorisation** is not obtained and **Treatment** is received and is subsequently proven not to be **Medically Necessary**, **We** reserve the right to decline **Your** claim. If **Treatment** is **Medically Necessary**, but **You** did not obtain **Pre-Authorisation**, **We** will 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 **Group Plan**. This is additional information that should be read in conjunction with this complete handbook.

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

Jika **Pra-Otorisasi** tidak didapatkan dan **Pengobatan** diterima dan selanjutnya terbukti tidak **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 pengobatan secara aktif untuk penyakit, kesakitan atau cedera. **Ikhtisar Manfaat** di bawah ini merinci pertanggung jawaban yang disediakan oleh masing-masing **Polis Grup**. Ini adalah informasi tambahan yang harus dibaca dalam hubungannya dengan buku panduan lengkap ini.

**Manfaat** bertujuan untuk menanggung **Pengobatan** jangka pendek untuk episode akut **Kondisi Kronis**, untuk mengembalikan **Anda** ke tahap kesehatan **Anda** sesaat sebelum menderita episode tersebut, atau yang menghasilkan kesembuhan sepenuhnya. Jika hal ini tidak mungkin dan terapi pemeliharaan **Kondisi Kronis**, seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes, dan hipertensi, diperlukan, maka pertanggung jawaban tersebut akan disediakan oleh **Manfaat 1 – Kondisi Kronis**, dan batas **Polis Grup** 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 Grup**, 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
<p><b>Annual Maximum Group Plan Limit</b> 24/7 helpline and assistance services available on all Group Plans</p>	<p>USD 3m</p>
<p><b>1. Maintenance of Chronic Medical Conditions:</b> <i>Maintenance of chronic <b>Medical Conditions</b> such as but not limited to asthma, diabetes and hypertension requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, <b>Drugs and Dressings</b> and/or tests up to the <b>Benefit</b> limits following <b>Your Entry Date</b>. This <b>Benefit</b> does not cover renal failure and dialysis. Claims for this will fall under <b>Benefit 6</b>. Claims for <b>Cancer</b> will fall under <b>Benefit 8</b>.</i></p>	<p> Not covered</p>
<p><b>2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Charges for <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Treatment</b> made by a <b>Hospital</b> including charges for accommodation (ward/semi-private or private); <b>Diagnostic Tests</b>; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a <b>Qualified Nurse</b>; <b>Drugs and Dressings</b> prescribed by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>; and surgical appliances used by the <b>Medical Practitioner</b> during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> and includes charges for intensive care.</li> <li>ii) Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an <b>Eligible Medical Condition</b> which required <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Hospital Treatment</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund <b>Pre-Authorisation for (i)</b> 📄</li> <li>(ii)  Up to USD 1,500 per <b>Medical Condition</b></li> </ul>
<p><b>3. Diagnostic Procedures:</b> <i><b>Medically Necessary</b> diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans.</i></p>	<p><b>Pre-Authorisation for PET</b> 📄  Full refund for <b>In-Patient</b> pre and post-operative scans</p>
<p><b>4. Emergency Ambulance Transportation:</b> <i><b>Emergency</b> road ambulance transport costs to or between <b>Hospitals</b>, or when considered <b>Medically Necessary</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</i></p>	<p> Full refund</p>
<p><b>5. Parent Accommodation:</b> <i>The cost of one parent staying in <b>Hospital</b> overnight with an <b>Insured Person</b> under 18 years old while the child is admitted as an <b>In-Patient</b> for <b>Eligible Treatment</b>.</i></p>	<p> Full refund</p>
<p><b>6. Renal Failure and Renal Dialysis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on an <b>In-Patient</b> basis.</li> <li>ii) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on a <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> basis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Up to six weeks full refund for <b>In-Patient</b> pre and post-operative care</li> <li>(ii)  Not covered</li> </ul>
<p><b>7. Organ Transplant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Treatment</b> 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 <b>Insured Person</b> as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under <b>Benefit 12</b> but excluded from <b>Benefit 7 – Organ Transplant</b>.</li> <li>ii) Medical costs associated with the donor as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b>, with the exception of the cost of the donor organ search. <i><b>We</b> only pay for transplants carried out in internationally-accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with <b>WHO</b> guidelines.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Up to USD 50,000 per <b>Period of Cover</b></li> </ul>
<p><b>8. Cancer Treatment:</b> <i><b>Treatment</b> given for <b>Cancer</b> received as an <b>In-Patient</b>, <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b>. Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.</i></p>	<p> Full refund</p>












### 4.3.1 WorldCare Essential

Manfaat	Essential
<p><b>Batas Maksimum Tahunan Polis Grup</b>  <b>Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup</b></p>	<p>USD 3 jt</p>
<p><b>1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:</b></p> <p>Pemeliharaan <b>Kondisi Medis</b> kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan <b>Obat-obatan dan Perban</b> dan/atau tes sampai batas <b>Manfaat</b> sesudah <b>Tanggal Masuk Anda</b>. <b>Manfaat</b> ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam <b>Manfaat</b> 6. Klaim untuk <b>Kanker</b> akan masuk dalam <b>Manfaat</b> 8.</p>	<p> Tidak ditanggung</p>
<p><b>2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</b></p> <p>i) Biaya untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> yang dilakukan oleh <b>Rumah Sakit</b> termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); <b>Tes Diagnostik</b>; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh <b>Perawat Berjajah</b>; <b>Obat dan Perban</b> yang diresepkan oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>; dan peralatan bedah yang digunakan oleh <b>Praktisi Medis</b> selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama <b>Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> 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 <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> yang memerlukan <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> di <b>Rumah Sakit</b>.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh <b>Pra-Otorisasi</b> untuk (i) </p> <p>(ii)  Hingga USD 1.500 per <b>Kondisi Medis</b></p>
<p><b>3. Prosedur Diagnostik:</b></p> <p>Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang <b>Secara Medis Diperlukan</b>.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> untuk <b>PET</b> </p> <p> Pengembalian penuh untuk pemindaian pra- dan pasca-operasi <b>Rawat Inap</b></p>
<p><b>4. Transportasi Ambulans Darurat:</b></p> <p>Biaya transportasi ambulans darat <b>Darurat</b> ke atau antar <b>Rumah Sakit</b>, atau bila dianggap <b>Secara Medis Diperlukan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>5. Akomodasi Orangtua:</b></p> <p>Biaya satu orang tua untuk tinggal di <b>Rumah Sakit</b> semalam dengan <b>Tertanggung</b> yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> untuk <b>Pengobatan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</b></p> <p>i) <b>Pengobatan</b> gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Inap</b>.</p> <p>ii) <b>Pengobatan</b> gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b>.</p>	<p>(i)  Hingga 6 minggu Pengembalian penuh untuk perawatan pra- dan pasca-operasi <b>Rawat Inap</b></p> <p>(ii)  Tidak ditanggung</p>
<p><b>7. Transplantasi Organ:</b></p> <p>i) <b>Pengobatan</b> 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 <b>Tertanggung</b> sebagai penerima.</p> <p>Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggung akan disediakan berdasarkan <b>Manfaat</b> 12 tetapi dikecualikan dari <b>Manfaat</b> 7 – Transplantasi Organ.</p> <p>ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b>, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.</p> <p><b>Kami</b> hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman <b>WHO</b>.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 50.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>8. Pengobatan Kanker:</b></p> <p><b>Pengobatan</b> yang diberikan untuk <b>Kanker</b> yang diterima sebagai pasien <b>Rawat Inap</b>, <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b>. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>























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

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

Benefit	Essential
<p><b>17. Terminal Illness:</b>  <i>Palliative and Hospice Care: On diagnosis of a <b>Terminal</b> illness, costs for any <b>In-Patient, Day-Patient</b> or <b>Out-Patient Treatment</b> given on the advice of a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for <b>Hospital</b> or hospice accommodation, nursing care by a <b>Qualified Nurse</b> and prescribed <b>Drugs and Dressings</b> are covered.</i></p>	<p> <b>Eligible In-Patient and Day-Patient Treatment</b> only up to USD 50,000 lifetime limit</p>
<p><b>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</b>  <i>For planned trips up to 30 days of duration. <b>Treatment</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> starting within 24 hours of the <b>Emergency</b> event, required as a result of an <b>Accident</b> or the sudden beginning of a severe illness resulting in a <b>Medical Condition</b> that presents an immediate threat to the <b>Insured Person's</b> health.                      Charges relating to routine <b>Pregnancy</b> and childbirth are specifically excluded from this <b>Benefit</b>.</i></p>	<p> Full refund for <b>Accident</b> requiring <b>In-Patient</b> and <b>Day-Patient</b> care</p> <p> Illness: <b>In-Patient</b> and <b>Day-Patient</b> care up to USD 25,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>19. Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b>                      Arrangements will be made to move an <b>Insured Person</b> who has a critical, life-threatening <b>Eligible Medical Condition</b> to the nearest medical facility for the purpose of admission to <b>Hospital</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b>.</p> <p>Reasonable expenses for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Transportation costs of an <b>Insured Person</b> in the event of <b>Emergency Treatment</b> and <b>Medically Necessary</b> 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.</li> <li>ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when <b>Treatment</b> is being received as a <b>Day-Patient</b>.</li> <li>iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the <b>Hospital</b> to visit the <b>Insured Person</b> following admission as an <b>In-Patient</b>.</li> <li>iv) Reasonable costs for non-<b>Hospital Accommodation</b> only for immediate pre and post-<b>Hospital</b> admission periods provided that the <b>Insured Person</b> is under the care of a <b>Specialist</b>.</li> </ul> <p><b>Excesses</b> do not apply to transportation costs incurred under this <b>Benefit</b>.                      Costs of <b>Evacuation</b> 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.                      Our medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the <b>Evacuation</b> and this <b>Benefit</b> will not cover travel if it is against the advice of <b>Our</b> medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the <b>Eligible Medical Condition</b>.</p> <p><b>Repatriation</b>                      An economy class airfare ticket to return the <b>Insured Person</b> and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of <b>Treatment</b> or the <b>Insured Person's</b> principal <b>Country of Nationality</b> or principal <b>Country of Residence</b>, as long as the journey is made within one month of completion of <b>Treatment</b>.                      This <b>Benefit</b> specifically excludes routine <b>Pregnancy</b> and childbirth costs, except for <b>Benefit 9 – Pregnancy</b> and childbirth <b>Medical Conditions</b>.</p>	<p><b>Pre-Authorisation</b> 📞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Full refund</li> <li>(iii)  Full refund</li> <li>(iv)  Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per <b>Evacuation</b></li> </ul> <p><b>Pre-Authorisation</b> 📞</p> <p> Full refund</p>
<p><b>20. Mortal Remains:</b>  <i>In the event of death from an <b>Eligible Medical Condition</b>, Reasonable and Customary Charges for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Costs of transportation of body or ashes of an <b>Insured Person</b> to his/her <b>Country of Nationality</b> or <b>Country of Residence</b>, or</li> <li>ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</li> </ul>	<p><b>Pre-Authorisation</b> 📞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Up to USD 10,000</li> </ul>
<p><b>21. Hospital Cash Benefit:</b>  <i>This <b>Benefit</b> is payable for each night an <b>Insured Person</b> receives <b>In-Patient Treatment</b> and only if an <b>Insured Person</b> is admitted for <b>In-Patient Treatment</b> before midnight, and the <b>Treatment</b> is received free of charge that would have otherwise been <b>Eligible</b> for <b>Benefit</b> privately under this <b>Group Plan</b>. Cover under this <b>Benefit</b> is limited to a maximum of 30 nights per <b>Period of Cover</b>.                      For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</i></p>	<p> USD 125 per night</p>

Manfaat	Essential
<p><b>17. Penyakit Terminal:</b></p> <p>Perawatan Paliatif dan Rawat Akhir: Saat didiagnosa menderita penyakit <b>Terminal</b>, biaya untuk setiap <b>Pengobatan Rawat Inap, Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b> diberikan atas saran dari <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> untuk tujuan meringankan gejala secara sementara. Biaya untuk akomodasi di <b>Rumah Sakit</b> atau rawat akhir, asuhan keperawatan oleh <b>Perawat Berjajah</b> dan <b>Obat-obatan dan Perban</b> yang diresepkan ditanggung.</p>	<p> <b>Pengobatan Rawat Jalan dan Rawat Sehari</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> hanya sampai batas USD 50.000 seumur hidup</p>
<p><b>18. Pertanggungungan untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat:</b></p> <p>Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. <b>Pengobatan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian <b>Darurat</b>, yang diperlukan sebagai akibat dari <b>Kecelakaan</b> atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan <b>Kondisi Medis</b> yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan <b>Tertanggung</b>.</p> <p>Biaya yang terkait dengan <b>Kehamilan</b> dan persalinan rutin secara khusus dikucualikan dari <b>Manfaat</b> ini.</p>	<p> Pengembalian penuh untuk <b>Kecelakaan</b> yang memerlukan perawatan <b>Rawat Inap dan Rawat Sehari</b></p> <p> Sakit: Perawatan <b>Rawat Inap dan Rawat Sehari</b> hingga USD 25.000 per <b>Masa Pertanggungungan</b></p>
<p><b>19. Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b></p> <p>Pengaturan akan dilakukan untuk memindahkan <b>Tertanggung</b> yang memiliki <b>Kondisi Medis</b> kritis dan mengancam jiwa yang <b>Memenuhi Syarat</b> ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke <b>Rumah Sakit</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b>.</p> <p>Biaya yang wajar untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Biaya transportasi dari <b>Tertanggung</b> dalam hal <b>Pengobatan Darurat</b> dan transportasi dan perawatan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</li> <li>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika <b>Pengobatan</b> diterima sebagai Pasien <b>Rawat Sehari</b>.</li> <li>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari <b>Rumah Sakit</b> untuk mengunjungi <b>Tertanggung</b> sesudah masuk sebagai Pasien <b>Rawat Inap</b>.</li> <li>Biaya yang wajar untuk <b>Akomodasi non Rumah Sakit</b> hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk <b>Rumah Sakit</b> asalkan <b>Tertanggung</b> sedang dirawat oleh <b>Dokter Spesialis</b>.</li> </ol> <p><b>Biaya Risiko Sendiri</b> tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan <b>Manfaat</b> ini.</p> <p>Biaya <b>Evakuasi</b> 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 <b>Kami</b> akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk <b>Evakuasi</b> dan <b>Manfaat</b> ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis <b>Kami</b> atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati <b>Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat</b>.</p> <p><b>Repatriasi</b></p> <p>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan <b>Tertanggung</b> dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi <b>Pengobatan</b> atau <b>Negara Kewarganegaraan</b> utama atau <b>Negara Tempat Tinggal</b> utama <b>Tertanggung</b>, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah <b>Pengobatan</b> selesai.</p> <p><b>Manfaat</b> ini secara khusus mengecualikan biaya <b>Kehamilan</b> dan persalinan rutin, kecuali <b>Manfaat 9 – Kondisi Medis Kehamilan</b> dan persalinan.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> </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 <b>Evakuasi</b></p> <p><b>Pra-Otorisasi</b> </p> <p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>20. Biaya Kematian:</b></p> <p>Dalam hal kematian karena <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>, <b>Biaya yang Wajar dan Layak</b> untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Biaya transportasi jenazah atau abu <b>Tertanggung</b> ke <b>Negara Kewarganegaraan</b> atau <b>Negara Tempat Tinggal</b>-nya, atau</li> <li>Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak.</li> </ol>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> </p> <p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 10.000</p>
<p><b>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</b></p> <p><b>Manfaat</b> ini dibayar selama setiap malam <b>Tertanggung</b> menerima <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan hanya jika <b>Tertanggung</b> dirawat untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> sebelum tengah malam, dan <b>Pengobatan</b> diterima secara gratis yang akan dinyatakan telah <b>Memenuhi Syarat</b> untuk <b>Manfaat</b> pribadi berdasarkan <b>Polis Grup</b> ini. Pertanggungungan berdasarkan <b>Manfaat</b> ini terbatas hingga maksimum 30 malam per <b>Masa Pertanggungungan</b>.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> USD 125 per malam</p>

Benefit	Essential
<p><b>22. Out-Patient Charges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Medical Practitioner</b> fees including consultations; <b>Specialist</b> fees; <b>Diagnostic Tests</b>; prescribed <b>Drugs and Dressings</b>.</li> <li>ii) <b>Physiotherapy</b> by a Registered <b>Physiotherapist</b>, when referred by a <b>Medical Practitioner</b>, or <b>Specialist</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Pre-operative consultation and <b>Diagnostic Procedures</b> within 15 days from the admission and post hospitalisation up to max USD 2,000 or 30 days per <b>Medical Condition</b> per <b>Period of Cover</b></li> <li>(ii)  Not covered</li> </ul>
<p><b>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</b></p> <p><b>Treatment</b> costs for a <b>Surgical Procedure</b> performed in a surgery, <b>Hospital</b>, day-care facility or <b>Out-Patient</b> department. Any pre or post-operative consultations are payable under <b>Benefit 22 – Out-Patient</b> charges.</p>	 Full refund
<p><b>24. Out Patient Psychiatric Illness:</b></p> <p><b>Out-Patient Treatment</b> administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>	 Not covered
<p><b>25. Alternative Therapies:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Complementary medicine and <b>Treatment</b> by a therapist, when referred by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>. This <b>Benefit</b> extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture <b>Treatment</b>.</li> <li>ii) <b>Treatment</b> or therapies administered by a recognised Traditional Chinese Medicine Practitioner.</li> </ul> <p>We do not cover charges for general chiropody or podiatry. For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p>	 Not Covered
<p><b>26. Nursing Care at Home:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Care given by <b>Qualified Nurse</b> in the <b>Insured Person's</b> own home, which is immediately received subsequent to <b>Treatment</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> on the recommendation of <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</li> <li>ii) <b>Medical Practitioner</b> (GP) home visits for an <b>Emergency</b> GP home call-out during out of normal clinic hours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Not covered <b>Pre-Authorisation</b> for (i) </li> <li>(ii)  Not Covered</li> </ul>
<p><b>27. AIDS:</b></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 <b>Accident</b>* or blood transfusion**. Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition, <b>Drugs and Dressings</b> (except experimental or those unproven), <b>Hospital Accommodation</b> 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 <b>Entry Date</b> or <b>Start Date</b>, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the <b>Insured Person's</b> 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 <b>Accident</b>.</p> <p>** As long as the blood transfusion was received as an <b>In-Patient</b> as part of <b>Medically Necessary Treatment</b>.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Cover only available after three years of continuous membership.</p>	<p><b>Pre-Authorisation</b> </p> <p></p> <p><b>Eligible In-Patient and Day-Patient Treatment</b> only up to USD 25,000 per <b>Period of Cover</b></p>

Manfaat	Essential
<p><b>22. Biaya Rawat Jalan:</b></p> <p>i) Biaya <b>Praktisi Medis</b> termasuk konsultasi; Biaya <b>Dokter Spesialis; Tes Diagnostik; Obat-Obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</p> <p>ii) Fisioterapi oleh <b>Fisioterapis</b> Terdaftar, jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis.</b></p>	<p>(i)  Konsultasi pra-operasi dan <b>Prosedur Diagnostik</b> dalam waktu 15 hari dari masuk Rumah Sakit dan pasca-rawat inap hingga maksimal USD 2.000 atau 30 hari per <b>Kondisi Medis per Masa Pertanggung</b></p> <p>(ii)  Tidak ditanggung</p>
<p><b>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</b></p> <p>Biaya <b>Pengobatan</b> untuk <b>Prosedur Bedah</b> yang dilakukan di tempat praktek dokter, <b>Rumah Sakit</b>, fasilitas penitipan anak atau instalasi <b>Rawat Jalan</b>. Setiap konsultasi pra-atau pasca-operasi dibayar berdasarkan <b>Manfaat 22</b> – biaya <b>Rawat Jalan</b>.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><b>Pengobatan Rawat Jalan</b> yang diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater Terdaftar jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis.</b></p>	<p> Tidak ditanggung</p>
<p><b>25. Terapi Alternatif:</b></p> <p>i) Obat dan <b>Pengobatan</b> Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis Manfaat</b> ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan <b>Pengobatan</b> akupunktur.</p> <p>ii) <b>Pengobatan</b> atau terapi yang diberikan oleh Praktisi Pengobatan Tradisional Cina yang diakui.</p> <p><b>Kami</b> tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum. Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> Tidak ditanggung</p>
<p><b>26. Perawatan di Rumah:</b></p> <p>i) Perawatan yang diberikan oleh <b>Perawat Berjajazah</b> di rumah <b>Tertanggung</b> sendiri, yang segera diterima setelah <b>Pengobatan</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b> berdasarkan rekomendasi dari <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis.</b></p> <p>ii) Kunjungan ke rumah oleh <b>Praktisi Medis</b> (dokter umum) untuk panggilan <b>Darurat</b> di luar jam klinik normal.</p>	<p>(i)  Tidak ditanggung <b>Pra-Otorisasi untuk (i)</b> </p> <p>(ii)  Tidak ditanggung</p>
<p><b>27. AIDS:</b></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 <b>Kecelakaan</b> kerja yang terbukti* atau transfusi darah**. Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin untuk kondisi ini, <b>Obat-Obatan dan Perban</b> (kecuali percobaan atau yang belum terbukti), <b>Akomodasi Rumah Sakit</b> 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 <b>Tanggal Masuk</b> atau <b>Tanggal Mulai</b>, mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan <b>Tertanggung</b>; 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 <b>Kecelakaan</b> kerja yang dilaporkan.</p> <p>** Selama transfusi darah diterima sebagai <b>Pasien Rawat Inap</b> sebagai bagian dari <b>Pengobatan</b> yang <b>Secara Medis Diperlukan.</b></p> <p><b>Masa Tunggu:</b> Pertanggungannya hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> </p> <p> <b>Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari yang Memenuhi Syarat</b> hanya sampai USD 25.000 per <b>Masa Pertanggungannya</b></p>

Options to Core Benefits	Essential
<p><b>28. USA Elective Treatment:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Costs associated with <b>Eligible In-Patient</b> and <b>Day-Patient Treatment</b> in the USA will be paid in full where <b>Treatment</b> is received in a <b>Hospital</b> listed in the <b>Provider Network</b>.</li> <li>ii) Costs associated with <b>Eligible Out-Patient Treatment</b> in the USA will be paid in full where <b>Treatment</b> is received in the <b>Provider Network</b>.</li> </ul> <p><b>Treatment</b> that is not received in the <b>Provider Network</b> will be subject to a 50% <b>Co-Insurance</b>.</p>	<p><b>Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment</b> 📄</p> <p>Optional</p> <p>Up to USD 1.5m per <b>Insured Person</b> per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>29. Out-Patient Charges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Medical Practitioner</b> fees including consultation, <b>Specialist</b> fees, <b>Diagnostic Tests</b>, prescribed <b>Drugs and Dressings</b>.</li> <li>ii) <b>Physiotherapy</b> by a registered <b>Physiotherapist</b>, when referred by a <b>Medical Practitioner</b>, or <b>Specialist</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Optional Up to USD 4,500 per <b>Period of Cover</b></li> <li>(ii) Full refund up to a maximum 10 sessions per <b>Period of Cover</b></li> </ul>
<p><b>30. Out-Patient Charges – Option 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Medical Practitioner</b> fees including consultation, <b>Specialist</b> fees, <b>Diagnostic Tests</b> and cost associated with maintenance of chronic <b>Medical Conditions</b>, prescribed <b>Drugs and Dressings</b>.</li> <li>ii) <b>Physiotherapy</b> by a registered <b>Physiotherapist</b>, when referred by a <b>Medical Practitioner</b>, or <b>Specialist</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Optional Up to USD 4,500 per <b>Period of Cover</b></li> <li>(ii) Full refund up to a maximum 10 sessions per <b>Period of Cover</b></li> </ul>

Additional Options for Group Plans	Essential
<p><b>31. Medical History Disregarded</b></p> <p>Please note that the <b>Waiting Period</b> does not apply to either the <b>Maternity</b> or <b>Dental Care Benefits</b>, if <b>Medical History Disregarded</b> is selected.</p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.22 does not apply.</p>	<p>Optional</p> <p>Compulsory <b>Group Plans</b> 10+ employees</p>
<p><b>32. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore</b></p> <p>As described in <b>Benefit 2. i)</b>, but with a restriction to limit the <b>Hospital</b> accommodation to ward or semi-private for <b>Hospital</b> admission in Indonesia and Singapore.</p> <p>Choosing this option means that <b>Hospital</b> rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. <b>Hospital</b> rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.</p>	<p>Optional</p>

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












Pilihan untuk Manfaat Utama	Essential
<p><b>28. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Biaya yang terkait dengan <b>Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari yang Memenuhi Syarat</b> di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila <b>Pengobatan</b> diterima di <b>Rumah Sakit</b> yang tercantum dalam <b>Jaringan Penyedia</b>.</li> <li>ii) Biaya yang terkait dengan <b>Pengobatan Rawat Jalan yang Memenuhi Syarat</b> di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila <b>Pengobatan</b> diterima di <b>Jaringan Penyedia</b>.</li> </ul> <p><b>Pengobatan</b> yang tidak diterima di <b>Jaringan Penyedia</b> akan dikenakan <b>Ko-Asuransi</b> sebesar 50%.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi untuk diagnosa dan operasi Rawat Jalan, dan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari</b> 🏠</p> <p>▶</p> <p>Pilihan Hingga USD 1,5 jt per <b>Tertanggung</b> per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>29. Biaya Rawat Jalan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Biaya <b>Praktisi Medis</b> termasuk konsultasi, biaya <b>Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</li> <li>ii) Fisioterapi oleh <b>Fisioterapis Terdaftar</b>, bila dirujuk oleh <b>Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i) ▶ Pilihan Hingga USD 4.500 per <b>Masa Pertanggung</b></li> <li>(ii) ▶ Pengembalian penuh hingga maksimal 10 sesi per <b>Masa Pertanggung</b></li> </ul>
<p><b>30. Biaya Rawat Jalan – Pilihan 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Biaya <b>Praktisi Medis</b> termasuk konsultasi, biaya <b>Dokter Spesialis, Tes Diagnostik</b> dan biaya yang terkait dengan pemeliharaan <b>Kondisi Medis dan Obat-Obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</li> <li>ii) Fisioterapi oleh <b>Fisioterapis Terdaftar</b>, bila dirujuk oleh <b>Praktisi Medis, atau Dokter Spesialis</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i) ▶ Pilihan Hingga USD 4.500 per <b>Masa Pertanggung</b></li> <li>(ii) ▶ Pengembalian penuh hingga maksimal 10 sesi per <b>Masa Pertanggung</b></li> </ul>

Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Essential
<p><b>31. Pengabaian Riwayat Kesehatan</b></p> <p>Harap dicatat bahwa <b>Masa Tunggu</b> tidak berlaku untuk <b>Manfaat</b> Persalinan atau Perawatan Gigi, jika <b>Riwayat Medis</b> Diabaikan dipilih. Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.22 tidak berlaku.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan <b>Untuk Polis Grup</b> Wajib 10+ Karyawan</p>
<p><b>32. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura</b></p> <p>Seperti dijelaskan dalam <b>Manfaat 2. i)</b>, tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi <b>Rumah Sakit</b> pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk <b>Rumah Sakit</b> di Indonesia dan Singapura.</p> <p>Memilih pilihan ini berarti bahwa kamar <b>Rumah Sakit</b> akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura Kamar <b>Rumah Sakit</b> di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>












Pilihan Biaya Risiko Sendiri	Essential
<p><b>Biaya Risiko Sendiri Standar</b></p>	<p>Nihil</p>
<p><b>Pilihan Biaya Risiko Sendiri</b></p> <p>Harap dicatat: <b>Biaya Risiko Sendiri</b> tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan <b>Manfaat 19</b>, tetapi akan berlaku untuk setiap <b>Pengobatan</b> yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> yang dibutuhkan berdasarkan <b>Manfaat 19</b>.</p>	<p>USD 1.000 USD 2.500 USD 5.000 USD 10.000 USD 15.000</p>



### 4.3.2 WorldCare Advance

Benefit	Advance
<p><b>Annual Maximum Group Plan Limit</b> 24/7 helpline and assistance services available on all Group Plans</p>	<p>USD 3m</p>
<p><b>1. Maintenance of Chronic Medical Conditions:</b> <i>Maintenance of chronic <b>Medical Conditions</b> such as but not limited to asthma, diabetes and hypertension requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, <b>Drugs and Dressings</b> and/or tests up to the <b>Benefit</b> limits following <b>Your Entry Date</b>. This <b>Benefit</b> does not cover renal failure and dialysis. Claims for this will fall under <b>Benefit 6</b>. Claims for <b>Cancer</b> will fall under <b>Benefit 8</b>.</i></p>	<p> Up to USD 15,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</b></p> <p>i) Charges for <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Treatment</b> made by a <b>Hospital</b> including charges for accommodation (ward/semi-private or private); <b>Diagnostic Tests</b>; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a <b>Qualified Nurse</b>; <b>Drugs and Dressings</b> prescribed by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>; and surgical appliances used by the <b>Medical Practitioner</b> during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> and includes charges for intensive care.</p> <p>ii) Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an <b>Eligible Medical Condition</b> which required <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Hospital Treatment</b>.</p>	<p>(i)  Full refund <b>Pre-Authorisation for (i)</b> 📄</p> <p>(ii)  Up to USD 1,500 per <b>Medical Condition</b></p>
<p><b>3. Diagnostic Procedures:</b> <i><b>Medically Necessary</b> diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans.</i></p>	<p><b>Pre-Authorisation For PET</b> 📄  Full refund</p>
<p><b>4. Emergency Ambulance Transportation:</b> <i><b>Emergency</b> road ambulance transport costs to or between <b>Hospitals</b>, or when considered <b>Medically Necessary</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</i></p>	<p> Full refund</p>
<p><b>5. Parent Accommodation:</b> <i>The cost of one parent staying in <b>Hospital</b> overnight with an <b>Insured Person</b> under 18 years old while the child is admitted as an <b>In-Patient</b> for <b>Eligible Treatment</b>.</i></p>	<p> Full refund</p>
<p><b>6. Renal Failure and Renal Dialysis:</b></p> <p>i) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on an <b>In-Patient</b> basis.</p> <p>ii) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on a <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> basis.</p>	<p>(i)  Up to six weeks full refund</p> <p>(ii)  Up to USD 75,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>7. Organ Transplant:</b></p> <p>i) <b>Treatment</b> 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 <b>Insured Person</b> as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under <b>Benefit 12</b> but excluded from <b>Benefit 7 – Organ Transplant</b>.</p> <p>ii) Medical costs associated with the donor as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b>, with the exception of the cost of the donor organ search. <i><b>We</b> only pay for transplants carried out in internationally-accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with <b>WHO</b> guidelines.</i></p>	<p>(i)  Full refund</p> <p>(ii)  Up to USD 50,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>8. Cancer Treatment:</b> <i><b>Treatment</b> given for <b>Cancer</b> received as an <b>In-Patient</b>, <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b>. 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
<b>Batas Maksimum Tahunan Polis Grup</b> <i>Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup</i>	USD 3 jt
<b>1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:</b> Pemeliharaan <b>Kondisi Medis</b> kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan <b>Obat-obatan dan Perban</b> dan/atau tes sampai batas <b>Manfaat</b> sesudah <b>Tanggal Masuk Anda</b> . <b>Manfaat</b> ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam <b>Manfaat</b> 6. Klaim untuk <b>Kanker</b> akan masuk dalam <b>Manfaat</b> 8.	 Hingga USD 15.000 per <b>Masa Pertanggunggaan</b>
<b>2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</b> i) Biaya untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> yang dilakukan oleh <b>Rumah Sakit</b> termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); <b>Tes Diagnostik</b> ; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh <b>Perawat Berjajah</b> ; <b>Obat dan Perban</b> yang diresepkan oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> ; dan peralatan bedah yang digunakan oleh <b>Praktisi Medis</b> selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama <b>Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> 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 <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> yang memerlukan <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> di <b>Rumah Sakit</b> .	(i)  Pengembalian penuh <b>Pra-Otorisasi untuk (i)</b> 📄 (ii)  Hingga USD 1.500 per <b>Kondisi Medis</b>
<b>3. Prosedur Diagnostik:</b> Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> .	<b>Pra-Otorisasi untuk PET</b> 📄  Pengembalian penuh
<b>4. Transportasi Ambulans Darurat:</b> Biaya transportasi ambulans darat <b>Darurat</b> ke atau antar <b>Rumah Sakit</b> , atau bila dianggap <b>Secara Medis Diperlukan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> .	 Pengembalian penuh
<b>5. Akomodasi Orangtua:</b> Biaya satu orang tua untuk tinggal di <b>Rumah Sakit</b> semalam dengan <b>Tertanggung</b> yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> untuk <b>Pengobatan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> .	 Pengembalian penuh
<b>6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</b> i) <b>Pengobatan</b> gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Inap</b> . ii) <b>Pengobatan</b> gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b> .	(i)  Hingga 6 minggu Pengembalian penuh (ii)  Hingga USD 75.000 per <b>Masa Pertanggunggaan</b>
<b>7. Transplantasi Organ:</b> i) <b>Pengobatan</b> 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 <b>Tertanggung</b> sebagai penerima. Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggunggaan akan disediakan berdasarkan <b>Manfaat</b> 12 tetapi dikecualikan dari <b>Manfaat</b> 7 – Transplantasi Organ. ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> , dengan pengecualian biaya pencarian organ donor. <b>Kami</b> hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman <b>WHO</b> .	(i)  Pengembalian penuh (ii)  Hingga USD 50.000 per <b>Masa Pertanggunggaan</b>
<b>8. Pengobatan Kanker:</b> <b>Pengobatan</b> yang diberikan untuk <b>Kanker</b> yang diterima sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> , <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b> . Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.	 Pengembalian penuh

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

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

Benefit	Advance
<p><b>16. In-Patient Psychiatric Treatment:</b></p> <p><i>In-Patient Treatment</i> in a recognised Psychiatric unit of a <b>Hospital</b>. All <b>Treatment</b> must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.</p>	<p><b>Pre-Authorisation</b> 🏠</p> <p>▶</p> <p>Full refund limited to 30 days per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>17. Terminal Illness:</b></p> <p><i>Palliative and Hospice Care:</i> On diagnosis of a <b>Terminal</b> illness, costs for any <b>In-Patient, Day-Patient</b> or <b>Out-Patient Treatment</b> given on the advice of a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for <b>Hospital</b> or hospice accommodation, nursing care by a <b>Qualified Nurse</b> and prescribed <b>Drugs and Dressings</b> are covered.</p>	<p>▶</p> <p>Up to USD 50,000 lifetime limit</p>
<p><b>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</b></p> <p>For planned trips up to 30 days of duration. <b>Treatment</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> starting within 24 hours of the <b>Emergency</b> event, required as a result of an <b>Accident</b> or the sudden beginning of a severe illness resulting in a <b>Medical Condition</b> that presents an immediate threat to the <b>Insured Person's</b> health.</p> <p>Charges relating to routine <b>Pregnancy</b> and childbirth are specifically excluded from this <b>Benefit</b>.</p>	<p>▶</p> <p>Full refund for <b>Accident</b></p> <p>▶</p> <p>Illness: up to USD 25,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>19. Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p>Arrangements will be made to move an <b>Insured Person</b> who has a critical, life-threatening <b>Eligible Medical Condition</b> to the nearest medical facility for the purpose of admission to <b>Hospital</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b>.</p> <p>Reasonable expenses for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Transportation costs of an <b>Insured Person</b> in the event of <b>Emergency Treatment</b> and <b>Medically Necessary</b> 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.</li> <li>ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when <b>Treatment</b> is being received as a <b>Day-Patient</b>.</li> <li>iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the <b>Hospital</b> to visit the <b>Insured Person</b> following admission as an <b>In-Patient</b>.</li> <li>iv) Reasonable costs for non-<b>Hospital Accommodation</b> only for immediate pre and post-<b>Hospital</b> admission periods provided that the <b>Insured Person</b> is under the care of a <b>Specialist</b>.</li> </ul> <p><b>Excesses</b> do not apply to transportation costs incurred under this <b>Benefit</b>.</p> <p>Costs of <b>Evacuation</b> 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><b>Our</b> medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the <b>Evacuation</b> and this <b>Benefit</b> will not cover travel if it is against the advice of <b>Our</b> medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the <b>Eligible Medical Condition</b>.</p> <p><b>Repatriation</b></p> <p>An economy class airfare ticket to return the <b>Insured Person</b> and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of <b>Treatment</b> or the <b>Insured Person's</b> principal <b>Country of Nationality</b> or principal <b>Country of Residence</b>, as long as the journey is made within one month of completion of <b>Treatment</b>.</p> <p>This <b>Benefit</b> specifically excludes routine <b>Pregnancy</b> and childbirth costs, except for <b>Benefit 9 – Pregnancy</b> and childbirth <b>Medical Conditions</b>.</p>	<p><b>Pre-Authorisation</b> 🏠</p> <p>(i) ▶ Full refund</p> <p>(ii) ▶ Full refund</p> <p>(iii) ▶ Full refund</p> <p>(iv) ▶</p> <p>Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per <b>Evacuation</b></p> <p><b>Pre-Authorisation</b> 🏠</p> <p>▶ Full refund</p>
<p><b>20. Mortal Remains:</b></p> <p>In the event of death from an <b>Eligible Medical Condition</b>, <b>Reasonable and Customary Charges</b> for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Costs of transportation of body or ashes of an <b>Insured Person</b> to his/her <b>Country of Nationality</b> or <b>Country of Residence</b>, or</li> <li>ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</li> </ul>	<p><b>Pre-Authorisation</b> 🏠</p> <p>(i) ▶ Full refund</p> <p>(ii) ▶ Up to USD 10,000</p>

Manfaat	Advance
<p><b>16. Rawat Inap Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Inap di unit kejiwaan yang diakui di Rumah Sakit. Semua Pengobatan harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari psikiater yang Terdaftar.</i></p>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</p> <p>▶</p> <p>Pengembalian penuh yang dibatasi sampai 30 hari per Masa Pertanggung</p>
<p><b>17. Penyakit Terminal:</b></p> <p><i>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.</i></p>	<p>▶</p> <p>Hingga batas USD 50.000 seumur hidup</p>
<p><b>18. Pertanggung untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat:</b></p> <p><i>Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. Pengobatan oleh Praktisi Medis atau Dokter Spesialis yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian Darurat, yang diperlukan sebagai akibat dari Kecelakaan atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan Kondisi Medis yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan Tertanggung.</i></p> <p><i>Biaya yang terkait dengan Kehamilan dan persalinan rutin secara khusus dikuculkan dari Manfaat ini.</i></p>	<p>▶</p> <p>Pengembalian penuh untuk Kecelakaan</p> <p>▶</p> <p>Sakit: hingga USD 25.000 per Masa Pertanggung</p>
<p><b>19. Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Biaya transportasi dari Tertanggung dalam hal Pengobatan Darurat dan transportasi dan perawatan yang Secara Medis Diperlukan tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></li> <li><i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika Pengobatan diterima sebagai Pasien Rawat Sehari.</i></li> <li><i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari Rumah Sakit untuk mengunjungi Tertanggung sesudah masuk sebagai Pasien Rawat Inap.</i></li> <li><i>Biaya yang wajar untuk Akomodasi non Rumah Sakit hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk Rumah Sakit asalkan Tertanggung sedang dirawat oleh Dokter Spesialis.</i></li> </ol> <p><i>Biaya Risiko Sendiri tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan Manfaat ini.</i></p> <p><i>Biaya Evakuasi tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.</i></p> <p><i>Penasihat medis Kami akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk Evakuasi dan Manfaat ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis Kami atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat.</i></p> <p><b>Repatriasi</b></p> <p><i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan Tertanggung dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi Pengobatan atau Negara Kewarganegaraan utama atau Negara Tempat Tinggal utama Tertanggung, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah Pengobatan selesai.</i></p> <p><i>Manfaat ini secara khusus mengecualikan biaya Kehamilan dan persalinan rutin, kecuali Manfaat 9 – Kondisi Medis Kehamilan dan persalinan.</i></p>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>▶ Pengembalian penuh</li> <li>▶ Pengembalian penuh</li> <li>▶ Pengembalian penuh</li> <li>▶</li> </ol> <p>Hingga USD 200 per hari hingga USD 7.500 per orang, per Evakuasi</p> <p><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</p> <p>▶ Pengembalian penuh</p>
<p><b>20. Biaya Kematian:</b></p> <p><i>Dalam hal kematian karena Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, Biaya yang Wajar dan Layak untuk:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Biaya transportasi jenazah atau abu Tertanggung ke Negara Kewarganegaraan atau Negara Tempat Tinggal-nya, atau</i></li> <li><i>Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak.</i></li> </ol>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>▶ Pengembalian penuh</li> <li>▶</li> </ol> <p>Hingga USD 10.000</p>

Benefit	Advance
<p><b>21. Hospital Cash Benefit:</b></p> <p>This <b>Benefit</b> is payable for each night an <b>Insured Person</b> receives <b>In-Patient Treatment</b> and only if an <b>Insured Person</b> is admitted for <b>In-Patient Treatment</b> before midnight, and the <b>Treatment</b> is received free of charge that would have otherwise been <b>Eligible</b> for <b>Benefit</b> privately under this <b>Group Plan</b>. Cover under this <b>Benefit</b> is limited to a maximum of 30 nights per <b>Period of Cover</b>. For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p style="text-align: right;"> USD 175 per night</p>
<p><b>22. Out-Patient Charges:</b></p> <p>i) <b>Medical Practitioner</b> fees including consultations; <b>Specialist</b> fees; <b>Diagnostic Tests</b>; prescribed <b>Drugs and Dressings</b>.</p> <p>ii) Physiotherapy by a Registered <b>Physiotherapist</b>, when referred by a <b>Medical Practitioner</b>, or <b>Specialist</b>.</p>	<p>(i)  Full refund</p> <p>(ii)  Full refund up to a maximum 30 sessions per <b>Period of Cover</b> <b>Pre-Authorisation for (ii) after every 10 sessions</b> 📞</p>
<p><b>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</b></p> <p><b>Treatment</b> costs for a <b>Surgical Procedure</b> performed in a surgery, <b>Hospital</b>, day-care facility or <b>Out-Patient</b> department. Any pre or post-operative consultations are payable under <b>Benefit 22 – Out-Patient</b> charges.</p>	<p style="text-align: right;"> Full refund</p>
<p><b>24. Out-Patient Psychiatric Illness:</b></p> <p><b>Out-Patient Treatment</b> administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>	<p style="text-align: right;"> Up to USD 2,500 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>25. Alternative Therapies:</b></p> <p>i) Complementary medicine and <b>Treatment</b> by a therapist, when referred by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>. This <b>Benefit</b> extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture <b>Treatment</b>.</p> <p>ii) <b>Treatment</b> or therapies administered by a recognised Traditional Chinese Medicine Practitioner.</p> <p><b>We do not cover charges for general chiropody or podiatry.</b></p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p style="text-align: right;"> Full refund up to a maximum of 30 visits per <b>Period of Cover</b> <b>Pre-Authorisation for (i) and (ii) after every 10 visits</b> 📞</p>
<p><b>26. Nursing Care at Home:</b></p> <p>i) Care given by <b>Qualified Nurse</b> in the <b>Insured Person's</b> own home, which is immediately received subsequent to <b>Treatment</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> on the recommendation of a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p> <p>ii) <b>Medical Practitioner</b> (GP) home visits for an <b>Emergency</b> GP home call-out during out of normal clinic hours.</p>	<p>(i)  Full refund up to 45 days per <b>Medical Condition</b> <b>Pre-Authorisation for (i)</b> 📞</p> <p>(ii)  Not covered</p>

Manfaat	Advance
<p><b>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</b></p> <p><b>Manfaat</b> ini dibayar selama setiap malam <b>Tertanggung</b> menerima <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan hanya jika <b>Tertanggung</b> dirawat untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> sebelum tengah malam, dan <b>Pengobatan</b> diterima secara gratis yang akan dinyatakan telah <b>Memenuhi Syarat</b> untuk <b>Manfaat</b> pribadi berdasarkan <b>Polis Grup</b> ini. Pertanggungungan berdasarkan <b>Manfaat</b> ini terbatas hingga maksimum 30 malam per <b>Masa Pertanggungungan</b>.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">USD 175 per malam</p>
<p><b>22. Biaya Rawat Jalan:</b></p> <p>i) Biaya <b>Praktisi Medis</b> termasuk konsultasi; Biaya <b>Dokter Spesialis</b>; <b>Tes Diagnostik</b>; <b>Obat-Obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</p> <p>ii) Fisioterapi oleh <b>Fisioterapis</b> Terdaftar, jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b>, atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>	<p>(i) ▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p> <p>(ii) ▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh hingga maksimal 30 sesi per <b>Masa Pertanggungungan</b> <b>Pra-Otorisasi</b> untuk (ii) sesudah setiap 10 sesi 📞</p>
<p><b>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</b></p> <p>Biaya <b>Pengobatan</b> untuk <b>Prosedur Bedah</b> yang dilakukan di tempat praktek dokter, <b>Rumah Sakit</b>, fasilitas penitipan anak atau instalasi <b>Rawat Jalan</b>. Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan <b>Manfaat 22</b> – biaya <b>Rawat Jalan</b>.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><b>Pengobatan Rawat Jalan</b> yang diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater Terdaftar jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 2.500 per <b>Masa Pertanggungungan</b></p>
<p><b>25. Terapi Alternatif:</b></p> <p>i) Obat dan <b>Pengobatan</b> Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>. <b>Manfaat</b> ini meluas ke osteopathi, Chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan <b>Pengobatan</b> akupunktur.</p> <p>ii) <b>Pengobatan</b> atau terapi yang diberikan oleh Praktisi Pengobatan Tradisional Cina yang diakui.</p> <p><b>Kami</b> tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh hingga maksimal 30 kunjungan per <b>Masa Pertanggungungan</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Pra-Otorisasi</b> untuk (i) dan (ii) sesudah setiap 10 kunjungan 📞</p>
<p><b>26. Perawatan di Rumah:</b></p> <p>i) Perawatan yang diberikan oleh <b>Perawat Berijazah</b> di rumah <b>Tertanggung</b> sendiri, yang segera diterima setelah <b>Pengobatan</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b> berdasarkan rekomendasi dari <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p> <p>ii) Kunjungan ke rumah oleh <b>Praktisi Medis</b> (dokter umum) untuk panggilan <b>Darurat</b> di luar jam klinik normal.</p>	<p>(i) ▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh hingga 45 hari per <b>Kondisi Medis</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Pra-Otorisasi</b> untuk (i) 📞</p> <p>(ii) ▶</p> <p style="text-align: right;">Tidak ditanggung</p>











Benefit	Advance
<p><b>27. AIDS:</b></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 <b>Accident*</b> or blood transfusion**. Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition, <b>Drugs and Dressings</b> (except experimental or those unproven), <b>Hospital Accommodation</b> 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 <b>Entry Date</b> or <b>Start Date</b>, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the <b>Insured Person's</b> 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 <b>Accident</b>.</p> <p>** As long as the blood transfusion was received as an <b>In-Patient</b> as part of <b>Medically Necessary Treatment</b>.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Cover only available after three years of continuous membership.</p>	<p><b>Pre-Authorisation</b> 📄</p> <p>▶</p> <p>Up to USD 25,000 per <b>Period of Cover</b></p>






Options to Core Benefits	Advance
<p><b>28. USA Elective Treatment:</b></p> <p>i) Costs associated with <b>Eligible In-Patient</b> and <b>Day-Patient Treatment</b> in the USA will be paid in full where <b>Treatment</b> is received in a <b>Hospital</b> listed in the <b>Provider Network</b>.</p> <p>ii) Costs associated with <b>Eligible Out-Patient Treatment</b> in the USA will be paid in full where <b>Treatment</b> is received in the <b>Provider Network</b>.</p> <p><b>Treatment</b> that is not received in the <b>Provider Network</b> will be subject to a 50% <b>Co-Insurance</b>.</p>	<p><b>Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment</b> 📄</p> <p>▶</p> <p>Optional</p> <p>Up to USD 1.5m per <b>Insured Person</b> per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>29. Co-Insurance Out-Patient Charges:</b></p> <p>As described in <b>Benefit 22</b>, but with a 20% <b>Co-Insurance</b> in addition to the <b>Group Plan Excess</b> per <b>Medical Condition</b>.</p>	<p>▶</p> <p>Optional</p>

Manfaat	Advance
<p><b>27. AIDS:</b></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 <b>Kecelakaan</b> kerja yang terbukti* atau transfusi darah**. Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin untuk kondisi ini, <b>Obat-Obatan dan Perban</b> (kecuali percobaan atau yang belum terbukti), <b>Akomodasi Rumah Sakit</b> 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 <b>Tanggal Masuk</b> atau <b>Tanggal Mulai</b>, mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan <b>Tertanggung</b>; 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 <b>Kecelakaan</b> kerja yang dilaporkan.</p> <p>** Asalkan transfusi darah diterima sebagai Pasien <b>Rawat Inap</b> sebagai bagian dari <b>Pengobatan</b> yang <b>Secara Medis Diperlukan</b>.</p> <p><b>Masa Tunggu:</b> Pertanggung hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</p> <p>▶</p> <p>Hingga USD 25.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>

Pilihan untuk Manfaat Utama	Advance
<p><b>28. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:</b></p> <p>i) Biaya yang terkait dengan <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila <b>Pengobatan</b> diterima di <b>Rumah Sakit</b> yang tercantum dalam <b>Jaringan Penyedia</b>.</p> <p>ii) Biaya yang terkait dengan <b>Pengobatan Rawat Jalan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila <b>Pengobatan</b> diterima di <b>Jaringan Penyedia</b>.</p> <p><b>Pengobatan</b> yang tidak diterima di <b>Jaringan Penyedia</b> akan dikena kan <b>Ko-Asuransi</b> sebesar 50%.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi untuk diagnostik dan operasi Rawat Jalan, dan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari</b> 📞</p> <p>▶</p> <p>Pilihan Hingga USD 1,5 jt per <b>Tertanggung</b> per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>29. Ko-Asuransi Biaya Rawat Jalan:</b></p> <p>Seperti dijelaskan dalam <b>Manfaat 22</b>, tetapi dengan <b>Ko-Asuransi</b> sebesar 20% di samping <b>Biaya Risiko Sendiri Polis Grup</b> per <b>Kondisi Medis</b>.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>






Additional Options for Group Plans	Advance
<p><b>30. Wellness, Optical and Vaccinations:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Wellness:</b> This <b>Benefit</b> is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including <b>Cancer</b> screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). and/or</li> <li>ii) <b>Optical Benefits:</b> This <b>Benefit</b> also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses within the combined <b>Benefit</b> limits to a maximum USD 300 per <b>Period of Cover</b> for an optical claim. and/or</li> <li>iii) <b>Vaccinations:</b> Costs of drugs and consultations to administer all <b>Medically Necessary</b> basic immunisation and booster injections and any <b>Medically Necessary</b> travel <b>Vaccinations</b> and malaria prophylaxis.</li> </ul> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Optional For Compulsory <b>Group Plans</b> 3+ employees</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Combined limit Up to USD 500 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>31. Wellness, Optical and Vaccinations Option 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Wellness:</b> This <b>Benefit</b> is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including <b>Cancer</b> screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). and/or</li> <li>ii) <b>Optical Benefits:</b> This <b>Benefit</b> also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses within the combined <b>Benefit</b> limits to a maximum USD 600 per <b>Period of Cover</b> for an optical claim. and/or</li> <li>iii) <b>Vaccinations:</b> Costs of drugs and consultations to administer all <b>Medically Necessary</b> basic immunisation and booster injections and any <b>Medically Necessary</b> travel <b>Vaccinations</b> and malaria prophylaxis.</li> </ul> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Optional For Compulsory <b>Group Plans</b> 3+ employees</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Combined limit Up to USD 1,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>32. Medical History Disregarded</b></p> <p>Please note that the <b>Waiting Period</b> does not apply to either the Maternity or Dental Care <b>Benefits</b>, if Medical History Disregarded is selected.</p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.22 does not apply.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Optional For Compulsory <b>Group Plans</b> 10+ employees</p>
<p><b>33. Dental Care:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Routine dental Treatment:</b> Fees of a registered <b>Dental Practitioner</b> carrying out routine dental <b>Treatment</b> in a dental surgery. Routine dental <b>Treatment</b> means: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including x-rays where necessary,</li> <li>– Preventative scaling, polishing, and sealing (once per year),</li> <li>– Fillings (standard amalgams or composite fillings) and extractions, and</li> <li>– Root-canal <b>Treatment</b> (but not fitting of a crown following root-canal <b>Treatment</b>).</li> </ul> <p>No other <b>Treatment</b> is covered under the routine dental <b>Treatment Benefit</b>. <b>Waiting Period:</b> Costs incurred within nine months from the <b>Entry Date</b> are excluded. A <b>Co-Insurance</b> of 20% applies. For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p> </li> <li>ii) <b>Complex Dental Treatment:</b> Fees of a registered <b>Dental Practitioner</b> and associated costs for the following procedures: <b>Eligible</b> complex dental <b>Treatment:</b> including for example: <b>Apicoectomy</b> 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. No other <b>Treatment</b> is covered under this <b>Benefit</b>. <b>Waiting Period:</b> Costs incurred within nine months from the <b>Entry Date</b> are excluded. A <b>Co-Insurance</b> of 20% applies. A 50% <b>Co-Insurance</b> applies in respect of all orthodontic <b>Treatment</b>. For this <b>Benefit</b>, exclusion 5.12 does not apply.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Optional For Compulsory <b>Group Plans</b> 10+ employees</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">i) Up to USD 500 per <b>Period of Cover</b></p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">ii) Up to USD 1,000 per <b>Period of Cover</b></p>

Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Advance
<p><b>30. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi:</b></p> <p>i) <b>Pemeriksaan Kesehatan:</b> <b>Manfaat</b> ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining <b>Kanker</b>, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urin, kolesterol). dan/atau</p> <p>ii) <b>Manfaat Optik:</b> <b>Manfaat</b> ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak dalam batas <b>Manfaat</b> yang dikombinasikan hingga maksimum USD 300 per <b>Masa Pertanggung</b> untuk klaim optik. dan/atau</p> <p>iii) <b>Vaksinasi:</b> Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan setiap <b>Vaksinasi</b> perjalanan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan profilaksis malaria.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 3+ karyawan</p> <p> Batas yang dikombinasikan Hingga USD 500 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>31. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi Pilihan 2:</b></p> <p>i) <b>Pemeriksaan Kesehatan:</b> <b>Manfaat</b> ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining <b>Kanker</b>, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urin, kolesterol). dan/atau</p> <p>ii) <b>Manfaat Optik:</b> <b>Manfaat</b> ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak dalam batas <b>Manfaat</b> yang dikombinasikan hingga maksimum USD 600 per <b>Masa Pertanggung</b> untuk klaim optik. dan/atau</p> <p>iii) <b>Vaksinasi:</b> Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan setiap <b>Vaksinasi</b> perjalanan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan profilaksis malaria.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 3+ Karyawan</p> <p> Batas yang dikombinasikan Hingga USD 1.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>32. Pengabaian Riwayat Kesehatan:</b></p> <p>Harap dicatat bahwa <b>Masa Tunggu</b> tidak berlaku untuk <b>Manfaat</b> Persalinan atau Perawatan Gigi, jika Riwayat Medis Diabaikan dipilih.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.22 tidak berlaku.</p>	<p> Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 10+ Karyawan</p>
<p><b>33. Perawatan Gigi:</b></p> <p>i) <b>Pengobatan gigi rutin:</b> Biaya <b>Praktisi Gigi</b> terdaftar yang melaksanakan <b>Pengobatan</b> gigi rutin di tempat praktek gigi. <b>Pengobatan</b> gigi rutin berarti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Skrining (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan tambal gigi, termasuk sinar-X bila diperlukan,</li> <li>– Pembersihan karang gigi preventif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun),</li> <li>– Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan, dan</li> <li>– <b>Pengobatan saluran akar</b> (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah <b>Pengobatan saluran akar</b>).</li> </ul> <p>Tidak ada <b>Pengobatan</b> lain yang ditanggung berdasarkan <b>Manfaat Pengobatan</b> gigi rutin.</p> <p><b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari <b>Tanggal Masuk</b> dikecualikan.</p> <p><b>Ko-Asuransi</b> 20% berlaku.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p> <p>ii) <b>Pengobatan Gigi Kompleks:</b> Biaya <b>Praktisi Gigi</b> terdaftar dan biaya terkait untuk prosedur berikut: <b>Pengobatan</b> gigi kompleks yang <b>Memenuhi Syarat:</b> termasuk misalnya: <b>Apikoektomi</b> yang dilakukan untuk mengobati berikut – Fraktur akar gigi; akar gigi sangat melengkung; gigi dengan mahkota gigi tiruan; Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar; Perforasi akar; Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, inlay dan jembatan. Rasa sakit berulang dan infeksi; Gejala yang terus menerus/ang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X. Pengapuran; Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi.</p> <p>Tidak ada <b>Pengobatan</b> lain yang ditanggung berdasarkan <b>Manfaat</b> ini.</p> <p><b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari <b>Tanggal Masuk</b> dikecualikan.</p> <p><b>Ko-Asuransi</b> 20% berlaku.</p> <p><b>Ko-Asuransi</b> 50% berlaku dalam hal <b>Pengobatan</b> ortodontik.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 10+ Karyawan</p> <p> (i) Hingga USD 500 per <b>Masa Pertanggung</b></p> <p> (ii) Hingga USD 1.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>

Additional Options for Group Plans	Advance
<p><b>34. Maternity (No Co-Insurance):</b></p> <p><b>Medically Necessary</b> costs incurred during normal <b>Pregnancy</b> 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 examinations. Paediatrician costs for the first examination/check-up of a <b>New Born</b> baby, if the examination is made within 24 hours of delivery.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Costs incurred within 12 months from the <b>Start Date</b> are excluded.</p> <p>Please note, <b>We</b> do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.</p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.23 does not apply.</p>	<p> Optional For Compulsory Group Plans 10+ employees</p> <p> Up to USD 7,000 limit per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>35. Maternity (20% Co-Insurance):</b></p> <p><b>Medically Necessary</b> costs incurred during normal <b>Pregnancy</b> 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 examinations. Paediatrician costs for the first examination/check-up of a <b>New Born</b> baby, if the examination is made within 24 hours of delivery.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Costs incurred within 12 months from the <b>Start Date</b> are excluded.</p> <p>A <b>Co-Insurance</b> of 20% applies.</p> <p>Please note, <b>We</b> do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.</p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.23 does not apply.</p>	<p> Optional For Compulsory Group Plans 10+ employees</p> <p> Up to USD 7,000 limit per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>36. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore</b></p> <p>As described in <b>Benefit 2. i)</b>, but with a restriction to limit the <b>Hospital</b> accommodation to ward or semi-private for <b>Hospital</b> admission in Indonesia and Singapore.</p> <p>Choosing this option means that <b>Hospital</b> rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. <b>Hospital</b> rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.</p>	<p> Optional</p>












Excess Options	Advance
<p><b>Standard Excess</b></p>	<p>USD 100</p>
<p><b>Optional Excess:</b></p> <p>Please note: <b>Excesses</b> do not apply to transportation costs incurred under <b>Benefit 19</b>, but would apply to any <b>Medically Necessary Treatment</b> required under <b>Benefit 19</b>.</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 Tambahan untuk Polis Grup	Advance
<p><b>34. Persalinan (Tanpa Ko-Asuransi):</b></p> <p>Biaya yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> yang terjadi selama <b>Kehamilan</b> 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 <b>Baru Lahir</b>, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah melahirkan.</p> <p><b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak <b>Tanggal Mulai</b> dikecualikan.</p> <p>Harap dicatat, <b>Kami</b> tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.23 tidak berlaku.</p>	<p> Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 10+ Karyawan</p> <p> Hingga batas USD 7.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>35. Persalinan (Ko-Asuransi 20%):</b></p> <p>Biaya yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> yang terjadi selama <b>Kehamilan</b> 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 <b>Baru Lahir</b>, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah melahirkan.</p> <p><b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak <b>Tanggal Mulai</b> dikecualikan.</p> <p><b>Ko-Asuransi</b> 20% berlaku.</p> <p>Harap dicatat, <b>Kami</b> tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.23 tidak berlaku.</p>	<p> Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 10+ Karyawan</p> <p> Hingga batas USD 7.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>36. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura</b></p> <p>Seperti dijelaskan dalam <b>Manfaat</b> 2. i), tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi <b>Rumah Sakit</b> pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk <b>Rumah Sakit</b> di Indonesia dan Singapura.</p> <p>Memilih pilihan ini berarti bahwa kamar <b>Rumah Sakit</b> akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura. Kamar <b>Rumah Sakit</b> di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.</p>	<p> Pilihan</p>
Pilihan Biaya Risiko Sendiri	Advance
<p><b>Biaya Risiko Sendiri Standar</b></p>	<p>USD 100</p>
<p><b>Pilihan Biaya Risiko Sendiri:</b></p> <p>Harap dicatat: <b>Biaya Risiko Sendiri</b> tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan <b>Manfaat</b> 19, tetapi akan berlaku untuk setiap <b>Pengobatan</b> yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> yang dibutuhkan berdasarkan <b>Manfaat</b> 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
<b>Annual Maximum Group Plan Limit</b> <i>24/7 helpline and assistance services available on all Group Plans</i>	USD 3m
<p><b>1. Maintenance of Chronic Medical Conditions:</b></p> <p><i>Maintenance of chronic <b>Medical Conditions</b> such as but not limited to asthma, diabetes and hypertension requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, <b>Drugs and Dressings</b> and/or tests up to the <b>Benefit</b> limits following <b>Your Entry Date</b>. This <b>Benefit</b> does not cover renal failure and dialysis. Claims for this will fall under <b>Benefit 6</b>. Claims for <b>Cancer</b> will fall under <b>Benefit 8</b>.</i></p>	<p>Up to USD 20,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</b></p> <p>i) <i>Charges for <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Treatment</b> made by a <b>Hospital</b> including charges for accommodation (ward/semi-private or private); <b>Diagnostic Tests</b>; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a <b>Qualified Nurse</b>; <b>Drugs and Dressings</b> prescribed by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>; and surgical appliances used by the <b>Medical Practitioner</b> during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> and includes charges for intensive care.</i></p> <p>ii) <i>Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an <b>Eligible Medical Condition</b> which required <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Hospital Treatment</b>.</i></p>	<p>(i) Full refund <b>Pre-Authorisation for (i)</b></p> <p>(ii) Up to USD 2,000 per <b>Medical Condition</b></p>
<p><b>3. Diagnostic Procedures:</b></p> <p><i><b>Medically Necessary</b> diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans.</i></p>	<p><b>Pre-Authorisation for PET</b></p> <p>Full refund</p>
<p><b>4. Emergency Ambulance Transportation:</b></p> <p><i><b>Emergency</b> road ambulance transport costs to or between <b>Hospitals</b>, or when considered <b>Medically Necessary</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</i></p>	<p>Full refund</p>
<p><b>5. Parent Accommodation:</b></p> <p><i>The cost of one parent staying in <b>Hospital</b> overnight with an <b>Insured Person</b> under 18 years old while the child is admitted as an <b>In-Patient</b> for <b>Eligible Treatment</b>.</i></p>	<p>Full refund</p>
<p><b>6. Renal Failure and Renal Dialysis:</b></p> <p>i) <i><b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on an <b>In-Patient</b> basis.</i></p> <p>ii) <i><b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on a <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> basis.</i></p>	<p>(i) Up to six weeks full refund</p> <p>(ii) Up to USD 75,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>7. Organ Transplant:</b></p> <p>i) <i><b>Treatment</b> 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 <b>Insured Person</b> as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under <b>Benefit 12</b> but excluded from <b>Benefit 7 – Organ Transplant</b>.</i></p> <p>ii) <i>Medical costs associated with the donor as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b>, with the exception of the cost of the donor organ search.</i></p> <p><i><b>We</b> only pay for transplants carried out in internationally-accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with <b>WHO</b> guidelines.</i></p>	<p>(i) Full refund</p> <p>(ii) Up to USD 50,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>8. Cancer Treatment:</b></p> <p><i><b>Treatment</b> given for <b>Cancer</b> received as an <b>In-Patient</b>, <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b>. Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.</i></p>	<p>Full refund</p>












### 4.3.3 WorldCare Excel












Manfaat	Excel
<b>Batas Maksimum Tahunan Polis Grup</b> <i>Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup</i>	USD 3 jt
<b>1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:</b> Pemeliharaan <b>Kondisi Medis</b> kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan, <b>Obat-obatan dan Perban</b> dan/atau percobaan sampai batas <b>Manfaat</b> sesudah <b>Tanggal Masuk Anda</b> . <b>Manfaat</b> ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam <b>Manfaat</b> 6. Klaim untuk <b>Kanker</b> akan masuk dalam <b>Manfaat</b> 8.	 Hingga USD 20.000 per <b>Masa Pertanggung</b>
<b>2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</b> i) Biaya untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> yang dilakukan oleh <b>Rumah Sakit</b> termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); <b>Tes Diagnostik</b> ; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anastesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh <b>Perawat Berjajah</b> ; <b>Obat dan Perban</b> yang diresepkan oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> ; dan peralatan bedah yang digunakan oleh <b>Praktisi Medis</b> selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra-dan pasca-operasi selama <b>Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> 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 <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> yang memerlukan <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> di <b>Rumah Sakit</b> .	(i)  Pengembalian penuh <b>Pra-Otorisasi</b> untuk (i) 📄 (ii)  Hingga USD 2.000 per <b>Kondisi Medis</b>
<b>3. Prosedur Diagnostik:</b> Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> .	<b>Pra-Otorisasi</b> untuk <b>PET</b> 📄  Pengembalian penuh
<b>4. Transportasi Ambulans Darurat:</b> Biaya transportasi ambulans darat <b>Darurat</b> ke atau antar <b>Rumah Sakit</b> , atau bila dianggap <b>Secara Medis Diperlukan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> .	 Pengembalian penuh
<b>5. Akomodasi Orangtua:</b> Biaya satu orang tua untuk tinggal di <b>Rumah Sakit</b> semalam dengan <b>Tertanggung</b> yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> untuk <b>Pengobatan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> .	 Pengembalian penuh
<b>6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</b> i) <b>Pengobatan</b> gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Inap</b> . ii) <b>Pengobatan</b> gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b> .	(i)  Hingga 6 minggu Pengembalian penuh (ii)  Hingga USD 75.000 per <b>Masa Pertanggung</b>
<b>7. Transplantasi Organ:</b> i) <b>Pengobatan</b> 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 <b>Tertanggung</b> sebagai penerima. Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggung akan disediakan berdasarkan <b>Manfaat</b> 12 tetapi dikecualikan dari <b>Manfaat</b> 7 – Transplantasi Organ. ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> , dengan pengecualian biaya pencarian organ donor. <b>Kami</b> hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman <b>WHO</b> .	(i)  Pengembalian penuh (ii)  Hingga USD 50.000 per <b>Masa Pertanggung</b>
<b>8. Pengobatan Kanker:</b> <b>Pengobatan</b> yang diberikan untuk <b>Kanker</b> yang diterima sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> , <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b> . Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.	 Pengembalian penuh













Benefit	Excel
<p><b>9. Pregnancy and Childbirth Medical Conditions:</b></p> <p><b>In-Patient Treatment</b> of an <b>Eligible Medical Condition</b> which arises during the antenatal stages of <b>Pregnancy</b>, or an <b>Eligible Medical Condition</b> which arises during childbirth. As an illustration <b>We</b> would consider <b>Treatment</b> of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ectopic <b>Pregnancy</b> (where the foetus is growing outside the womb)</li> <li>• Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)</li> <li>• Retained placenta (afterbirth retained in the womb)</li> <li>• Placenta praevia</li> <li>• Eclampsia (a coma or seizure during <b>Pregnancy</b> and following pre-eclampsia)</li> <li>• Diabetes (If <b>You</b> have exclusions because of <b>Your</b> past medical history which relate to diabetes, then <b>You</b> will not be covered for any <b>Treatment</b> for diabetes during <b>Pregnancy</b>)</li> <li>• Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)</li> <li>• Miscarriage requiring immediate surgical <b>Treatment</b></li> <li>• Failure to progress in labour</li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>10. New Born Cover:</b></p> <p><b>In-Patient Treatment</b> of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an <b>Acute Condition</b> being suffered by a <b>New Born</b> baby of an <b>Insured Person</b> which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the <b>New Born</b> baby is added to the <b>Group Plan</b> 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 125,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</b></p> <p><b>Hospital Accommodation</b> costs relating to a <b>New Born</b> baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an <b>Insured Person</b>) while she is receiving <b>Eligible Treatment</b> as an <b>In-Patient</b> in a <b>Hospital</b>.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>12. Congenital Disorder:</b></p> <p><b>In-Patient Treatment</b> for a <b>Congenital Disorder</b>. In circumstances where a <b>Congenital Disorder</b> manifests itself in a <b>New Born</b> baby within 30 days of birth, cover for such <b>Medical Conditions</b> will be provided under <b>Benefit 10</b> but excluded from <b>Benefit 12 – Congenital Disorders</b>.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 125,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>13. Reconstructive Surgery:</b></p> <p>Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an <b>Accident</b> or following a <b>Surgical Procedure</b> for an <b>Eligible Medical Condition</b>, which occurred after an <b>Insured Person's Entry Date</b> or <b>Start Date</b> whichever is later.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>14. Rehabilitation:</b></p> <p>On the advice of a <b>Specialist</b> as an integral part of <b>Treatment</b> for a <b>Medical Condition</b> necessitating admission to a recognised <b>Rehabilitation</b> unit of a <b>Hospital</b>. Where the <b>Insured Person</b> was confined to a <b>Hospital</b> as an <b>In-Patient</b> for at least three consecutive days, and where a <b>Specialist</b> confirms in writing that <b>Rehabilitation</b> is required. Admission to a <b>Rehabilitation</b> unit must be made within 14 days of discharge from <b>Hospital</b>. Such <b>Treatment</b> should be under the direct supervision and control of a <b>Specialist</b> and would cover:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Use of special <b>Treatment</b> rooms</li> <li>Physical therapy fees</li> <li>Speech therapy fees</li> <li>Occupational therapy fees</li> </ol>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>15. In-Patient Emergency Dental Treatment:</b></p> <p>This means <b>Emergency</b> restorative dental <b>Treatment</b> required to sound, natural teeth following an <b>Accident</b> which necessitates <b>Your</b> admission to <b>Hospital</b> for at least one night.</p> <p>The dental <b>Treatment</b> must be received within 10 days of the <b>Accident</b>. This <b>Benefit</b> covers all costs incurred for <b>Treatment</b> made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the <b>Treatment</b> involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture, <b>We</b> will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality</li> <li>• If implants are clinically needed <b>We</b> will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead</li> <li>• Damage to dentures providing they were being worn at the time of the injury</li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>
<p><b>16. In-Patient Psychiatric Treatment:</b></p> <p><b>In-Patient Treatment</b> in a recognised Psychiatric unit of a <b>Hospital</b>. All <b>Treatment</b> must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pre-<b>Authorisation</b> 📄</p> <p style="text-align: center;">Full refund limited to 30 days per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>17. Terminal Illness:</b></p> <p>Palliative and Hospice Care: On diagnosis of a <b>Terminal</b> illness, costs for any <b>In-Patient</b>, <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient Treatment</b> given on the advice of a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for <b>Hospital</b> or hospice accommodation, nursing care by a <b>Qualified Nurse</b> and prescribed <b>Drugs and Dressings</b> are covered.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 75,000 lifetime limit</p>
<p><b>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</b></p> <p>For planned trips up to 30 days of duration. <b>Treatment</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> starting within 24 hours of the <b>Emergency</b> event, required as a result of an <b>Accident</b> or the sudden beginning of a severe illness resulting in a <b>Medical Condition</b> that presents an immediate threat to the <b>Insured Person's</b> health.</p> <p>Charges relating to routine <b>Pregnancy</b> and childbirth are specifically excluded from this <b>Benefit</b>.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund for <b>Accident</b></p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Illness: up to USD 35,000 per <b>Period of Cover</b></p>

Manfaat	Excel
<p><b>9. Kondisi Medis Kehamilan dan Persalinan:</b>  <b>Pengobatan Rawat Inap</b> untuk <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> yang timbul selama tahapan antenatal <b>Kehamilan</b>, atau <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> yang timbul saat melahirkan. Sebagai gambaran, <b>Kami</b> akan mempertimbangkan <b>Pengobatan</b> berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kehamilan</b> ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)</li> <li>• Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)</li> <li>• Plasenta (ari-ari tertahan dalam rahim)</li> <li>• Plasenta previa</li> <li>• Eklampsia (koma atau kejang selama <b>Kehamilan</b> dan setelah pre-eklampsia)</li> <li>• Diabetes (Jika <b>Anda</b> memiliki pengecualian karena riwayat medis <b>Anda</b> di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka <b>Anda</b> tidak akan ditanggung untuk setiap <b>Pengobatan</b> untuk diabetes selama <b>Kehamilan</b>)</li> <li>• Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)</li> <li>• Keguguran yang membutuhkan <b>Pengobatan</b> bedah segera</li> <li>• Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan</li> </ul>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>10. Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir:</b>  <b>Pengobatan Rawat Inap</b> untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau <b>Kondisi Akut</b> yang diderita oleh bayi <b>Baru Lahir</b> dari <b>Tertanggung</b> yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi <b>Baru Lahir</b> ditambahkan ke dalam <b>Polis Grup</b> 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 <b>Masa Pertanggungungan</b></p>
<p><b>11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:</b>  Biaya <b>Akomodasi Rumah Sakit</b> yang berkaitan dengan bayi <b>Baru Lahir</b> (sampai umur 16 minggu) untuk menemani ibunya (yang menjadi <b>Tertanggung</b>) saat ia mendapat <b>Pengobatan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> sebagai Pasien <b>Rawat Inap</b> di <b>Rumah Sakit</b>.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>12. Kelainan Bawaan:</b>  <b>Pengobatan Rawat Inap</b> untuk <b>Kelainan Bawaan</b>. Dalam keadaan di mana <b>Kelainan Bawaan</b> muncul pada bayi <b>Baru Lahir</b> dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungungan untuk <b>Kondisi Medis</b> tersebut akan diberikan berdasarkan <b>Manfaat</b> 10 tetapi dikecualikan dari <b>Manfaat</b> 12 – <b>Kelainan Bawaan</b>.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 125.000 per <b>Masa Pertanggungungan</b></p>
<p><b>13. Bedah Rekonstruksi:</b>  Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah <b>Kecelakaan</b> atau sesudah <b>Prosedur Bedah</b> untuk <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>, yang terjadi setelah <b>Tanggal Masuk</b> atau <b>Tanggal Mulai Tertanggung</b> yang mana yang paling akhir.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>14. Rehabilitasi:</b>  Atas saran dari <b>Dokter spesialis</b> sebagai bagian integrasi dari <b>Pengobatan</b> untuk <b>Kondisi Medis</b> yang memerlukan masuk ke unit <b>Rehabilitasi Rumah Sakit</b> yang diakui. Bila <b>Tertanggung</b> dirawat di <b>Rumah Sakit</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila <b>Dokter Spesialis</b> menegaskan secara tertulis bahwa <b>Rehabilitasi</b> diperlukan. Masuk ke unit <b>Rehabilitasi</b> harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar <b>Rumah Sakit</b>. <b>Pengobatan</b> tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung <b>Dokter Spesialis</b> dan akan mencakup:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penggunaan kamar <b>Pengobatan</b> khusus</li> <li>Biaya terapi fisik</li> <li>Biaya terapi wicara</li> <li>Biaya terapi okupasi</li> </ol>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</b>  Ini berarti <b>Pengobatan</b> restorasi gigi <b>Darurat</b> yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu <b>Kecelakaan</b> yang mengharuskan <b>Anda</b> masuk ke <b>Rumah Sakit</b> selama setidaknya satu malam. <b>Pengobatan</b> gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari <b>Kecelakaan</b> tersebut. <b>Manfaat</b> ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk <b>Pengobatan</b> yang diperlukan akibat cedera karena kecelakaan yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika <b>Pengobatan</b> meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisam atau gigi tiruan, <b>Kami</b> akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Umum untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.</li> <li>• Jika implan dibutuhkan secara klinis <b>Kami</b> akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.</li> <li>• Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera.</li> </ul>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>16. Rawat Inap Penyakit Kejiwaan:</b>  <b>Pengobatan Rawat Inap</b> di unit kejiwaan yang diakui di <b>Rumah Sakit</b>. Semua <b>Pengobatan</b> 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 <b>Masa Pertanggungungan</b></p>
<p><b>17. Penyakit Terminal:</b>  Perawatan Paliatif dan Rawat Akhir: Saat didiagnosa menderita penyakit <b>Terminal</b>, biaya untuk setiap <b>Pengobatan Rawat Inap</b>, <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b> diberikan atas saran dari <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> untuk tujuan meringankan gejala secara sementara. Biaya untuk akomodasi di <b>Rumah Sakit</b> atau rawat akhir, asuhan keperawatan oleh <b>Perawat Berijazah</b> dan <b>Obat-obatan dan Perban</b> yang diresepkan ditanggung.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga batas USD 75.000 seumur hidup</p>
<p><b>18. Pertanggungungan untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat:</b>  Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. <b>Pengobatan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian <b>Darurat</b>, yang diperlukan sebagai akibat dari <b>Kecelakaan</b> atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan <b>Kondisi Medis</b> yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan <b>Tertanggung</b>.  Biaya yang terkait dengan <b>Kehamilan</b> dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari <b>Manfaat</b> ini.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh untuk <b>Kecelakaan</b></p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Sakit: hingga USD 35.000 per <b>Masa Pertanggungungan</b></p>

Benefit	Excel
<p><b>19. Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p>Arrangements will be made to move an <b>Insured Person</b> who has a critical, life-threatening <b>Eligible Medical Condition</b> to the nearest medical facility for the purpose of admission to <b>Hospital</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b>.</p> <p>Reasonable expenses for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Transportation costs of an <b>Insured Person</b> in the event of <b>Emergency Treatment</b> and <b>Medically Necessary</b> 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.</li> <li>ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when <b>Treatment</b> is being received as a <b>Day-Patient</b>.</li> <li>iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the <b>Hospital</b> to visit the <b>Insured Person</b> following admission as an <b>In-Patient</b>.</li> <li>iv) Reasonable costs for non-<b>Hospital Accommodation</b> only for immediate pre and post-<b>Hospital</b> admission periods provided that the <b>Insured Person</b> is under the care of a <b>Specialist</b>.</li> </ul> <p><b>Excesses</b> do not apply to transportation costs incurred under this <b>Benefit</b>.</p> <p>Costs of <b>Evacuation</b> 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><b>Our</b> medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the <b>Evacuation</b> and this <b>Benefit</b> will not cover travel if it is against the advice of <b>Our</b> medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the <b>Eligible Medical Condition</b>.</p> <p><b>Repatriation</b></p> <p>An economy class airfare ticket to return the <b>Insured Person</b> and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of <b>Treatment</b> or the <b>Insured Person's</b> principal <b>Country of Nationality</b> or principal <b>Country of Residence</b>, as long as the journey is made within one month of completion of <b>Treatment</b>.</p> <p>This <b>Benefit</b> specifically excludes routine <b>Pregnancy</b> and childbirth costs, except for <b>Benefit 9 – Pregnancy</b> and childbirth <b>Medical Conditions</b>.</p>	<p><b>Pre-Authorisation</b> 📄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Full refund</li> <li>(iii)  Full refund</li> <li>(iv)  Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per <b>Evacuation</b></li> </ul> <p><b>Pre-Authorisation</b> 📄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Full refund</li> </ul>
<p><b>20. Mortal Remains:</b></p> <p>In the event of death from an <b>Eligible Medical Condition</b>, <b>Reasonable and Customary Charges</b> for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Costs of transportation of body or ashes of an <b>Insured Person</b> to his/her <b>Country of Nationality</b> or <b>Country of Residence</b>, or</li> <li>ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</li> </ul>	<p><b>Pre-Authorisation</b> 📄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Up to USD 15,000</li> </ul>
<p><b>21. Hospital Cash Benefit:</b></p> <p>This <b>Benefit</b> is payable for each night an <b>Insured Person</b> receives <b>In-Patient Treatment</b> and only if an <b>Insured Person</b> is admitted for <b>In-Patient Treatment</b> before midnight, and the <b>Treatment</b> is received free of charge that would have otherwise been <b>Eligible</b> for <b>Benefit</b> privately under this <b>Group Plan</b>. Cover under this <b>Benefit</b> is limited to a maximum of 30 nights per <b>Period of Cover</b>.</p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p> USD 225 per night</p>
<p><b>22. Out-Patient Charges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Medical Practitioner</b> fees including consultations; <b>Specialist</b> fees; <b>Diagnostic Tests</b>; prescribed <b>Drugs and Dressings</b>.</li> <li>ii) Physiotherapy by a Registered <b>Physiotherapist</b>, when referred by a <b>Medical Practitioner</b>, or <b>Specialist</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Full refund <b>Pre-Authorisation for (ii) after every 10 sessions</b> 📄</li> </ul>
<p><b>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</b></p> <p><b>Treatment</b> costs for a <b>Surgical Procedure</b> performed in a surgery, <b>Hospital</b>, day-care facility or <b>Out-Patient</b> department. Any pre or post-operative consultations are payable under <b>Benefit 22 – Out-Patient</b> charges.</p>	<p> Full refund</p>

Manfaat	Excel
<p><b>19. Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b></p> <p>Pengaturan akan dilakukan untuk memindahkan <b>Tertanggung</b> yang memiliki <b>Kondisi Medis</b> kritis dan mengancam jiwa yang <b>Memenuhi Syarat</b> ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke <b>Rumah Sakit</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b>.</p> <p>Biaya yang wajar untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Biaya transportasi dari <b>Tertanggung</b> dalam hal <b>Pengobatan Darurat</b> dan transportasi dan perawatan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</li> <li>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika <b>Pengobatan</b> diterima sebagai Pasien <b>Rawat Sehari</b>.</li> <li>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari <b>Rumah Sakit</b> untuk mengunjungi <b>Tertanggung</b> sesudah masuk sebagai Pasien <b>Rawat Inap</b>.</li> <li>Biaya yang wajar untuk <b>Akomodasi non Rumah Sakit</b> hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk <b>Rumah Sakit</b> asalkan <b>Tertanggung</b> sedang dirawat oleh <b>Dokter Spesialis</b>.</li> </ol> <p><b>Biaya Risiko Sendiri</b> tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan <b>Manfaat</b> ini. Biaya <b>Evakuasi</b> 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 <b>Kami</b> akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk <b>Evakuasi</b> dan <b>Manfaat</b> ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis <b>Kami</b> atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>.</p> <p><b>Repatriasi</b></p> <p>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan <b>Tertanggung</b> dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi <b>Pengobatan</b> atau <b>Negara Kebangsaan</b> utama atau <b>Negara Tempat Tinggal</b> utama <b>Tertanggung</b>, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah <b>Pengobatan</b> selesai.</p> <p><b>Manfaat</b> ini secara khusus mengecualikan biaya <b>Kehamilan</b> dan persalinan rutin, kecuali <b>Manfaat 9 – Kondisi Medis Kehamilan</b> dan persalinan.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</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 <b>Evakuasi</b></p> <p><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</p> <p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>20. Biaya Kematian:</b></p> <p>Dalam hal kematian karena <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>, <b>Biaya yang Wajar dan Layak</b> untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Biaya transportasi jenazah atau abu <b>Tertanggung</b> ke <b>Negara Kewarganegaraan</b> atau <b>Negara Tempat Tinggal</b>-nya, atau</li> <li>Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak.</li> </ol>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</p> <p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 15.000</p>
<p><b>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</b></p> <p><b>Manfaat</b> ini dibayar selama setiap malam <b>Tertanggung</b> menerima <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan hanya jika <b>Tertanggung</b> dirawat untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> sebelum tengah malam, dan <b>Pengobatan</b> diterima secara gratis yang akan dinyatakan telah <b>Memenuhi Syarat</b> untuk <b>Manfaat</b> pribadi berdasarkan <b>Polis Grup</b> ini. Pertanggungannya berdasarkan <b>Manfaat</b> ini terbatas hingga maksimum 30 malam per <b>Masa Pertanggungan</b>.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> USD 225 per malam</p>
<p><b>22. Biaya Rawat Jalan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Biaya <b>Praktisi Medis</b> termasuk konsultasi; Biaya <b>Dokter Spesialis</b>; <b>Tes Diagnostik</b>; <b>Obat-Obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</li> <li>Fisioterapi oleh <b>Fisioterapis</b> Terdaftar, jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b>, atau <b>Dokter Spesialis</b>.</li> </ol>	<p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Pengembalian penuh</p> <p><b>Pra-Otorisasi untuk (ii) sesudah setiap 10 sesi</b> 📞</p>
<p><b>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</b></p> <p>Biaya <b>Pengobatan</b> untuk <b>Prosedur Bedah</b> yang dilakukan di tempat praktek dokter, <b>Rumah Sakit</b>, fasilitas penitipan anak atau instalasi <b>Rawat Jalan</b>. Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan <b>Manfaat 22 – biaya Rawat Jalan</b>.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>

Benefit	Excel
<p><b>24. Out Patient Psychiatric Illness:</b></p> <p><b>Out-Patient Treatment</b> administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>	<p>▶ Up to USD 5,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>25. Alternative Therapies:</b></p> <p>i) Complementary medicine and <b>Treatment</b> by a therapist, when referred by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>. This <b>Benefit</b> extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture <b>Treatment</b>.</p> <p>ii) <b>Treatment</b> or therapies administered by a recognised Traditional Chinese Medicine Practitioner.</p> <p><b>We do not cover charges for general chiropody or podiatry.</b></p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p>▶ Full refund</p> <p><b>Pre-Authorisation for (i) and (ii) after every 10 visits</b> 🏠</p>
<p><b>26. Nursing Care at Home:</b></p> <p>i) Care given by <b>Qualified Nurse</b> in the <b>Insured Person's</b> own home, which is immediately received subsequent to <b>Treatment</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> on the recommendation of a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p> <p>ii) <b>Medical Practitioner</b> (GP) home visits for an <b>Emergency</b> GP home call-out during out of normal clinic hours.</p>	<p>(i) ▶ Full refund up to 60 days per <b>Medical Condition</b> <b>Pre-Authorisation for (i)</b> 🏠</p> <p>(ii) ▶ Not Covered</p>
<p><b>27. AIDS:</b></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 <b>Accident*</b> or blood transfusion**. Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition, <b>Drugs and Dressings</b> (except experimental or those unproven), <b>Hospital Accommodation</b> 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 <b>Entry Date</b> or <b>Start Date</b>, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the <b>Insured Person's</b> 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 <b>Accident</b>.</p> <p>** As long as the blood transfusion was received as an <b>In-Patient</b> as part of <b>Medically Necessary Treatment</b>.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Cover only available after three years of continuous membership.</p>	<p><b>Pre-Authorisation</b> 🏠</p> <p>▶ Up to USD 40,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>28. Dental Care:</b></p> <p>i) <b>Routine dental Treatment:</b> Fees of a registered <b>Dental Practitioner</b> carrying out routine dental <b>Treatment</b> in a dental surgery. Routine dental <b>Treatment</b> means:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including x-rays where necessary,</li> <li>– Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year),</li> <li>– Fillings (standard amalgam or composite fillings) and extractions, and</li> <li>– Root-canal <b>Treatment</b> (but not the fitting of a crown following root-canal <b>Treatment</b>).</li> </ul> <p>No other <b>Treatment</b> is covered under the routine dental <b>Treatment Benefit</b>.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Costs incurred within nine months from the <b>Entry Date</b> are excluded. A <b>Co-Insurance</b> of 20% applies.</p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p> <p>ii) <b>Complex Dental Treatment:</b> Fees of a registered <b>Dental Practitioner</b> and associated costs for the following procedures: <b>Eligible</b> complex dental <b>Treatment:</b> including for example, <b>Apicoectomy</b> 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 <b>Treatment</b> is covered by this <b>Benefit</b>.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Costs incurred within nine months from the <b>Entry Date</b> are excluded. A <b>Co-Insurance</b> of 20% applies.</p> <p>A 50% <b>Co-Insurance</b> applies in respect of all orthodontic <b>Treatment</b>.</p> <p>For this <b>Benefit</b>, exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p>(i) ▶ Up to USD 1,000 per <b>Period of Cover</b></p> <p>(ii) ▶ Up to USD 2,000 per <b>Period of Cover</b></p>

Manfaat	Excel
<p><b>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><b>Pengobatan Rawat Jalan</b> yang diberikan di bawah kendali langsung dari Psikiater Terdaftar jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>	<p> Hingga USD 5.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>25. Terapi Alternatif:</b></p> <p>i) Obat dan <b>Pengobatan</b> Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>. <b>Manfaat</b> ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan <b>Pengobatan</b> akupunktur</p> <p>ii) <b>Pengobatan</b> atau terapi yang diberikan oleh Praktisi Pengobatan Tradisional Cina yang diakui</p> <p><b>Kami</b> tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum. Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> Pengembalian penuh <b>Pra-Otorisasi</b> untuk (i) dan (ii) sesudah setiap <b>10 kunjungan</b> </p>
<p><b>26. Perawatan di Rumah:</b></p> <p>i) Perawatan yang diberikan oleh <b>Perawat Berjajah</b> di rumah <b>Tertanggung</b> sendiri, yang segera diterima setelah <b>Pengobatan</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b> berdasarkan rekomendasi dari <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p> <p>ii) Kunjungan ke rumah oleh <b>Praktisi Medis</b> untuk panggilan <b>Darurat</b> di luar jam klinik normal.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh hingga 60 hari per <b>Kondisi Medis</b> <b>Pra-Otorisasi</b> untuk (i) </p> <p>(ii)  Tidak ditanggung</p>
<p><b>27. AIDS:</b></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 <b>Kecelakaan</b> kerja yang terbukti* atau transfusi darah**. Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin untuk kondisi ini, <b>Obat-Obatan dan Perban</b> (kecuali percobaan atau yang belum terbukti), <b>Akomodasi Rumah Sakit</b> 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 <b>Tanggal Masuk</b> atau <b>Tanggal Mulai</b>, mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan <b>Tertanggung</b>; 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 <b>Kecelakaan</b> kerja yang dilaporkan.</p> <p>** Asalkan transfusi darah diterima sebagai Pasien <b>Rawat Inap</b> sebagai bagian dari <b>Pengobatan</b> yang <b>Secara Medis Diperlukan</b>.</p> <p><b>Masa Tunggu:</b> Pertanggung hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terurus-menerus.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> </p> <p> Hingga USD 40.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>28. Perawatan Gigi:</b></p> <p>i) <b>Pengobatan</b> gigi rutin: Biaya <b>Praktisi Gigi</b> terdaftar yang melaksanakan <b>Pengobatan</b> gigi rutin di tempat praktek gigi. <b>Pengobatan</b> gigi rutin berarti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skrining (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan gigi tambalan, termasuk sinar-X bila diperlukan,</li> <li>- Pembersihan karang gigi preferitif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun),</li> <li>- Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan, dan</li> <li>- <b>Pengobatan</b> saluran akar (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah <b>Pengobatan</b> saluran akar).</li> </ul> <p>Tidak ada <b>Pengobatan</b> lain yang ditanggung berdasarkan <b>Manfaat</b> <b>Pengobatan</b> gigi rutin. <b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari <b>Tanggal Masuk</b> dikecualikan. <b>Ko-Asuransi</b> 20% berlaku. Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p> <p>ii) <b>Pengobatan Gigi Kompleks:</b> Biaya <b>Praktisi Gigi</b> terdaftar dan biaya terkait untuk prosedur berikut: <b>Pengobatan</b> gigi kompleks yang <b>Memenuhi Syarat:</b> termasuk misalnya: <b>Apikoektomi</b> 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 terurus menerus yang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X. Pengapuran; Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi.</p> <p>Tidak ada <b>Pengobatan</b> lain yang ditanggung berdasarkan <b>Manfaat</b> ini. <b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari <b>Tanggal Masuk</b> dikecualikan. <b>Ko-Asuransi</b> 20% berlaku. <b>Ko-Asuransi</b> 50% berlaku dalam hal <b>Pengobatan</b> ortodontik. Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p>(i)  Hingga USD 1.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p> <p>(ii)  Hingga USD 2.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>

Options to Core Benefits	Excel
<p><b>29. USA Elective Treatment:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Costs associated with <b>Eligible In-Patient</b> and <b>Day-Patient Treatment</b> in the USA will be paid in full where <b>Treatment</b> is received in a <b>Hospital</b> listed in the <b>Provider Network</b>.</li> <li>ii) Costs associated with <b>Eligible Out-Patient Treatment</b> in the USA will be paid in full where <b>Treatment</b> is received in the <b>Provider Network</b>.</li> </ul> <p><b>Treatment</b> that is not received in the <b>Provider Network</b> will be subject to a 50% <b>Co-Insurance</b>.</p>	<p><b>Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment</b> 📞</p> <p>▶</p> <p>Optional Up to USD 1.5m per <b>Insured Person</b> per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>30. Co-Insurance Out-Patient Charges:</b></p> <p>As described in <b>Benefit 22</b>, but with a 20% <b>Co-Insurance</b> in addition to the <b>Group Plan Excess</b> per <b>Medical Condition</b>.</p>	<p>▶</p> <p>Optional</p>

Additional Options for Group Plans	Excel
<p><b>31. Maternity:</b></p> <p><b>Medically Necessary</b> costs incurred during normal <b>Pregnancy</b> 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 <b>New Born</b> baby, if the examination is made within 24 hours of delivery.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Costs incurred within 12 months from the <b>Start Date</b> are excluded.</p> <p>Please note, <b>We</b> do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.</p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.23 does not apply.</p>	<p>▶</p> <p>Optional <b>Compulsory Group Plans</b> 10+ employees Up to USD 10,000 limit per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>32. Wellness, Optical and Vaccinations:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Wellness:</b> This <b>Benefit</b> is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including <b>Cancer</b> screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). and/or</li> <li>ii) <b>Optical Benefits:</b> This <b>Benefit</b> also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses within the combined <b>Benefit</b> limits to a maximum USD 300 per <b>Period of Cover</b> for an optical claim. and/or</li> <li>iii) <b>Vaccinations:</b> Costs of drugs and consultations to administer all <b>Medically Necessary</b> basic immunisation and booster injections and any <b>Medically Necessary</b> travel <b>Vaccinations</b> and malaria prophylaxis.</li> </ul> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p>▶</p> <p>Optional For <b>Compulsory Group Plans</b> 3+ employees</p> <p>▶</p> <p>Combined limit Up to USD 500 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>33. Wellness, Optical and Vaccinations Option 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Wellness:</b> This <b>Benefit</b> is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including <b>Cancer</b> screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). and/or</li> <li>ii) <b>Optical Benefits:</b> This <b>Benefit</b> also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses within the combined <b>Benefit</b> limits to a maximum USD 600 per <b>Period of Cover</b> for an optical claim. and/or</li> <li>iii) <b>Vaccinations:</b> Costs of drugs and consultations to administer all <b>Medically Necessary</b> basic immunisation and booster injections and any <b>Medically Necessary</b> travel <b>Vaccinations</b> and malaria prophylaxis.</li> </ul> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p>▶</p> <p>Optional For <b>Compulsory Group Plans</b> 3+ employees</p> <p>▶</p> <p>Combined limit Up to USD 1,000 per <b>Period of Cover</b></p>

Pilihan untuk Manfaat Utama	Excel
<p><b>29. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Biaya yang terkait dengan <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila <b>Pengobatan</b> diterima di <b>Rumah Sakit</b> yang tercantum dalam <b>Jaringan Penyedia</b>.</li> <li>ii) Biaya yang terkait dengan <b>Pengobatan Rawat Jalan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila <b>Pengobatan</b> diterima di <b>Jaringan Penyedia</b>.</li> </ul> <p><b>Pengobatan</b> yang tidak diterima di <b>Jaringan Penyedia</b> akan dikenakan <b>Ko-Asuransi</b> sebesar 50%.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi untuk diagnostik dan operasi Rawat Jalan, Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari</b> 🏠</p> <p>▶</p> <p>Pilihan Hingga USD 1,5 jt per <b>Tertanggung per Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>30. Ko-Asuransi Biaya Rawat Jalan:</b></p> <p>Seperti dijelaskan dalam <b>Manfaat 22</b>, tetapi dengan <b>Ko-Asuransi</b> sebesar 20% di samping <b>Biaya Risiko Sendiri Polis Grup</b> per <b>Kondisi Medis</b>.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan</p>

Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Excel
<p><b>31. Persalinan:</b></p> <p>Biaya yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> yang terjadi selama <b>Kehamilan</b> dan persalinan normal: biaya persalinan, termasuk check-up 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 <b>Baru Lahir</b>, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah melahirkan.</p> <p><b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak <b>Tanggal Mulai</b> dikecualikan.</p> <p>Harap dicatat, <b>Kami</b> tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.23 tidak berlaku.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 10+ Karyawan Hingga batas USD 10.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>32. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Pemeriksaan Kesehatan: <b>Manfaat</b> ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining <b>Kanker</b>, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol) dan/atau</li> <li>ii) <b>Manfaat</b> Optik: <b>Manfaat</b> ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak dalam batas <b>Manfaat</b> yang dikombinasikan hingga maksimum USD 300 per <b>Masa Pertanggung</b> untuk klaim optik dan/atau</li> <li>iii) <b>Vaksinasi:</b> Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan setiap <b>Vaksinasi</b> perjalanan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan profilaksis malaria.</li> </ul> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 3+ Karyawan</p> <p>▶</p> <p>Batas yang dikombinasikan Hingga USD 500 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>33. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi Opsi 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Pemeriksaan Kesehatan: <b>Manfaat</b> ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining <b>Kanker</b>, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol) dan/atau</li> <li>ii) <b>Manfaat</b> Optik: <b>Manfaat</b> ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak dalam batas <b>Manfaat</b> yang dikombinasikan hingga maksimum USD 600 per <b>Masa Pertanggung</b> untuk klaim optik dan/atau</li> <li>iii) <b>Vaksinasi:</b> Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan setiap <b>Vaksinasi</b> perjalanan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan profilaksis malaria.</li> </ul> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p>▶</p> <p>Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 3+ Karyawan</p> <p>▶</p> <p>Batas yang dikombinasikan Hingga USD 1.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>














Additional Options for Group Plans	Excel
<p><b>34. Medical History Disregarded</b></p> <p>Please note that the <b>Waiting Period</b> does not apply to either the <b>Maternity</b> or <b>Dental Care Benefits</b>, if <b>Medical History Disregarded</b> is selected.</p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.22 does not apply.</p>	<p> Optional Compulsory <b>Group Plans</b> 10+ employees</p>
<p><b>35. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore</b></p> <p>As described in <b>Benefit 2. i)</b>, but with a restriction to limit the <b>Hospital</b> accommodation to ward or semi-private for <b>Hospital</b> admission in Indonesia and Singapore.</p> <p>Choosing this option means that <b>Hospital</b> rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. <b>Hospital</b> rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.</p>	<p> Optional</p>

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












Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Excel
<p><b>34. Pengabaian Riwayat Kesehatan:</b></p> <p>Harap dicatat bahwa <b>Masa Tunggu</b> tidak berlaku untuk <b>Manfaat</b> Persalinan atau Perawatan Gigi, jika Riwayat Medis Diabaikan dipilih.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.22 tidak berlaku.</p>	<p> Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 10+ Karyawan</p>
<p><b>35. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura</b></p> <p>Seperti dijelaskan dalam <b>Manfaat</b> 2. i), tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi <b>Rumah Sakit</b> pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk <b>Rumah Sakit</b> di Indonesia dan Singapura.</p> <p>Memilih opsi ini berarti bahwa kamar <b>Rumah Sakit</b> akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura. Kamar <b>Rumah Sakit</b> di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.</p>	<p> Pilihan</p>

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

### 4.3.4 WorldCare Apex

Benefit	Apex
<b>Annual Maximum Group Plan Limit</b> 24/7 helpline and assistance services available on all Group Plans	USD 3m
<b>1. Maintenance of Chronic Medical Conditions:</b>  <i>Maintenance of chronic <b>Medical Conditions</b> such as but not limited to asthma, diabetes and hypertension requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, <b>Drugs and Dressings</b> and/or tests up to the <b>Benefit</b> limits following <b>Your Entry Date</b>. This <b>Benefit</b> does not cover renal failure and dialysis. Claims for this will fall under <b>Benefit 6</b>. Claims for <b>Cancer</b> will fall under <b>Benefit 8</b>.</i>	 Full refund
<b>2. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</b>  i) Charges for <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Treatment</b> made by a <b>Hospital</b> including charges for accommodation (ward/semi-private or private); <b>Diagnostic Tests</b> ; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a <b>Qualified Nurse</b> ; <b>Drugs and Dressings</b> prescribed by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> ; and surgical appliances used by the <b>Medical Practitioner</b> during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> 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 <b>Eligible Medical Condition</b> which required <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Hospital Treatment</b> .	(i)  Full refund <b>Pre-Authorisation for (i)</b> 📄  (ii)  Up to USD 2,500 per <b>Medical Condition</b>
<b>3. Diagnostic Procedures:</b>  <i><b>Medically Necessary</b> diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans.</i>	<b>Pre-Authorisation for PET</b> 📄   Full refund
<b>4. Emergency Ambulance Transportation:</b>  <i><b>Emergency</b> road ambulance transport costs to or between <b>Hospitals</b>, or when considered <b>Medically Necessary</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</i>	 Full refund
<b>5. Parent Accommodation:</b>  <i>The cost of one parent staying in <b>Hospital</b> overnight with an <b>Insured Person</b> under 18 years old while the child is admitted as an <b>In-Patient</b> for <b>Eligible Treatment</b>.</i>	 Full refund
<b>6. Renal Failure and Renal Dialysis:</b>  i) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on an <b>In-Patient</b> basis.  ii) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on a <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> basis.	(i)  Up to six weeks full refund  (ii)  Up to USD 75,000 per <b>Period of Cover</b>
<b>7. Organ Transplant:</b>  i) <b>Treatment</b> 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 <b>Insured Person</b> as a recipient. <i>In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under <b>Benefit 12</b> but excluded from <b>Benefit 7 – Organ Transplant</b>.</i>  ii) Medical costs associated with the donor as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> , with the exception of the cost of the donor organ search. <i><b>We</b> only pay for transplants carried out in internationally-accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with <b>WHO</b> guidelines.</i>	(i)  Full refund  (ii)  Up to USD 50,000 per <b>Period of Cover</b>
<b>8. Cancer Treatment:</b>  <i><b>Treatment</b> given for <b>Cancer</b> received as an <b>In-Patient</b>, <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b>. 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
<p><b>Batas Maksimum Tahunan Polis Grup</b>  <b>Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup</b></p>	<p>USD 3 jt</p>
<p><b>1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:</b>            Pemeliharaan Kondisi <b>Medis kronis</b> seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan, <b>Obat-obatan dan Perban</b> dan/atau percobaan sampai batas <b>Manfaat</b> sesudah <b>Tanggal Masuk Anda</b>. Manfaat ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam <b>Manfaat 6</b>. Klaim untuk <b>Kanker</b> akan masuk dalam <b>Manfaat 8</b>.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</b></p> <p>i) Biaya untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> yang dilakukan oleh <b>Rumah Sakit</b> termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); <b>Tes Diagnostik</b>; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh <b>Perawat Berjajah</b>; <b>Obat dan Perban</b> yang diresepkan oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>; dan peralatan bedah yang digunakan oleh <b>Praktisi Medis</b> selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama <b>Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> 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 <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> yang memerlukan <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> di <b>Rumah Sakit</b>.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh <b>Pra-Otorisasi untuk (i)</b> 📄</p> <p>(ii)  Hingga USD 2.500 per <b>Kondisi Medis</b></p>
<p><b>3. Prosedur Diagnostik:</b>            Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang <b>Secara Medis Diperlukan</b>.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi untuk PET</b> 📄</p> <p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>4. Transportasi Ambulans Darurat:</b>            Biaya transportasi ambulans darat <b>Darurat</b> ke atau antar <b>Rumah Sakit</b>, atau bila dianggap <b>Secara Medis Diperlukan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>5. Akomodasi Orangtua:</b>            Biaya satu orang tua untuk tinggal di <b>Rumah Sakit</b> selama dengan <b>Tertanggung</b> yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> untuk <b>Pengobatan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</b></p> <p>(i) <b>Pengobatan</b> gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Inap</b>.</p> <p>(ii) <b>Pengobatan</b> gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b>.</p>	<p>(i)  Hingga 6 minggu Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 75.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>7. Transplantasi Organ:</b></p> <p>i) <b>Pengobatan</b> 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 <b>Tertanggung</b> sebagai penerima.            Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggung akan disediakan berdasarkan <b>Manfaat 12</b> tetapi dikecualikan dari <b>Manfaat 7 – Transplantasi Organ</b>.</p> <p>ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b>, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.  <b>Kami</b> hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman <b>WHO</b>.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 50.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>8. Pengobatan Kanker:</b>  <b>Pengobatan</b> yang diberikan untuk <b>Kanker</b> yang diterima sebagai pasien <b>Rawat Inap</b>, <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b>. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari titik diagnosis.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>









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










Manfaat	Apex
<p><b>9. Kondisi Medis Kehamilan dan Persalinan:</b></p> <p><b>Pengobatan Rawat Inap</b> untuk <b>Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat</b> yang timbul selama tahapan antenatal <b>Kehamilan</b>, atau <b>Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat</b> yang timbul saat melahirkan. Sebagai gambaran, <b>Kami</b> akan mempertimbangkan <b>Pengobatan</b> berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kehamilan</b> ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)</li> <li>• Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)</li> <li>• Plasenta (ari-ari tertahan dalam rahim)</li> <li>• Plasenta previa</li> <li>• Eklampsia (koma atau kejang selama <b>Kehamilan</b> dan setelah pre-eklampsia)</li> <li>• Diabetes (Jika <b>Anda</b> memiliki pengecualian karena riwayat medis <b>Anda</b> di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka <b>Anda</b> tidak akan ditanggung untuk setiap <b>Pengobatan</b> untuk diabetes selama <b>Kehamilan</b>)</li> <li>• Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)</li> <li>• Keguguran yang membutuhkan <b>Pengobatan</b> bedah segera</li> <li>• Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan</li> </ul>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>10. Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir:</b></p> <p><b>Pengobatan Rawat Inap</b> untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau <b>Kondisi Akut</b> yang diderita oleh bayi <b>Baru Lahir</b> dari <b>Tertanggung</b> yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi <b>Baru Lahir</b> ditambahkan ke dalam <b>Polis Grup</b> 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 150.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:</b></p> <p>Biaya <b>Akomodasi Rumah Sakit</b> yang berkaitan dengan bayi <b>Baru Lahir</b> (sampai umur 16 minggu) untuk menemani ibunya (yang menjadi <b>Tertanggung</b>) saat ia mendapat <b>Pengobatan yang Memenuhi Syarat</b> sebagai Pasien <b>Rawat Inap</b> di <b>Rumah Sakit</b>.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>12. Kelainan Bawaan:</b></p> <p><b>Pengobatan Rawat Inap</b> untuk <b>Kelainan Bawaan</b>. Dalam keadaan di mana <b>Kelainan Bawaan</b> muncul pada bayi <b>Baru Lahir</b> dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungungan untuk <b>Kondisi Medis</b> tersebut akan diberikan berdasarkan <b>Manfaat 10</b> tetapi dikecualikan dari <b>Manfaat 12 – Kelainan Bawaan</b>.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga USD 150.000 per Masa Pertanggungungan</p>
<p><b>13. Bedah Rekonstruksi:</b></p> <p>Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah <b>Kecelakaan</b> atau sesudah <b>Prosedur Bedah</b> untuk <b>Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat</b>, yang terjadi setelah <b>Tanggal Masuk</b> atau <b>Tanggal Mulai Tertanggung</b> yang mana yang paling akhir.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>14. Rehabilitasi:</b></p> <p>Atas saran dari <b>Dokter spesialis</b> sebagai bagian integrasi dari <b>Pengobatan</b> untuk <b>Kondisi Medis</b> yang memerlukan masuk ke unit <b>Rehabilitasi Rumah Sakit</b> yang diakui. Bila <b>Tertanggung</b> dirawat di <b>Rumah Sakit</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila <b>Dokter Spesialis</b> menegaskan secara tertulis bahwa <b>Rehabilitasi</b> diperlukan. Masuk ke unit <b>Rehabilitasi</b> harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar <b>Rumah Sakit</b>. <b>Pengobatan</b> tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung <b>Dokter Spesialis</b> dan akan mencakup:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penggunaan kamar <b>Pengobatan</b> khusus</li> <li>Biaya terapi fisik</li> <li>Biaya terapi wicara</li> <li>Biaya terapi okupasi</li> </ol>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</b></p> <p>Ini berarti <b>Pengobatan</b> restorasi gigi <b>Darurat</b> yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu <b>Kecelakaan</b> yang mengharuskan <b>Anda</b> masuk ke <b>Rumah Sakit</b> selama setidaknya satu malam.</p> <p><b>Pengobatan</b> gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari <b>Kecelakaan</b> tersebut. <b>Manfaat</b> ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk <b>Pengobatan</b> yang diperlukan akibat cedera karena kecelakaan yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika <b>Pengobatan</b> meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lepasan atau gigi tiruan, <b>Kami</b> akan membayar hanya biaya yang <b>Wajar dan Layak</b> untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.</li> <li>• Jika implan dibutuhkan secara klinis <b>Kami</b> akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.</li> <li>• Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera.</li> </ul>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>16. Rawat Inap Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><b>Pengobatan Rawat Inap</b> di unit jiwa yang diakui di <b>Rumah Sakit</b>. Semua <b>Pengobatan</b> 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	Apex
<p><b>17. Terminal Illness:</b></p> <p><i>Palliative and Hospice Care: On diagnosis of a <b>Terminal illness</b>, costs for any <b>In-Patient, Day-Patient</b> or <b>Out-Patient Treatment</b> given on the advice of a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for <b>Hospital</b> or hospice accommodation, nursing care by a <b>Qualified Nurse</b> and prescribed <b>Drugs and Dressings</b> are covered.</i></p>	<p>▶ Up to USD 100,000 lifetime limit</p>
<p><b>18. Emergency Non-Elective Treatment USA Cover:</b></p> <p><i>For planned trips up to 30 days of duration. <b>Treatment</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> starting within 24 hours of the <b>Emergency</b> event, required as a result of an <b>Accident</b> or the sudden beginning of a severe illness resulting in a <b>Medical Condition</b> that presents an immediate threat to the <b>Insured Person's</b> health.</i></p> <p><i>Charges relating to routine <b>Pregnancy</b> and childbirth are specifically excluded from this <b>Benefit</b>.</i></p>	<p>▶ Full refund for <b>Accident</b></p> <p>▶ Illness: <b>In-Patient</b> and <b>Day-Patient</b> care up to USD 50,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>19. Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p><i>Arrangements will be made to move an <b>Insured Person</b> who has a critical, life-threatening <b>Eligible Medical Condition</b> to the nearest medical facility for the purpose of admission to <b>Hospital</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b>.</i></p> <p><i>Reasonable expenses for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <i>Transportation costs of an <b>Insured Person</b> in the event of <b>Emergency Treatment</b> and <b>Medically Necessary</b> transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</i></li> <li>ii) <i>Reasonable local travel costs to and from medical appointments when <b>Treatment</b> is being received as a <b>Day-Patient</b>.</i></li> <li>iii) <i>Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the <b>Hospital</b> to visit the <b>Insured Person</b> following admission as an <b>In-Patient</b>.</i></li> <li>iv) <i>Reasonable costs for non-<b>Hospital Accommodation</b> only for immediate pre and post-<b>Hospital</b> admission periods provided that the <b>Insured Person</b> is under the care of a <b>Specialist</b>.</i></li> </ul> <p><i><b>Excesses</b> do not apply to transportation costs incurred under this <b>Benefit</b>.</i></p> <p><i>Costs of <b>Evacuation</b> 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><b>Our</b> medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the <b>Evacuation</b> and this <b>Benefit</b> will not cover travel if it is against the advice of <b>Our</b> medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the <b>Eligible Medical Condition</b>.</i></p> <p><b>Repatriation</b></p> <p><i>An economy class airfare ticket to return the <b>Insured Person</b> and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of <b>Treatment</b> or the <b>Insured Person's</b> principal <b>Country of Nationality</b> or principal <b>Country of Residence</b>, as long as the journey is made within one month of completion of <b>Treatment</b>.</i></p> <p><i>This <b>Benefit</b> specifically excludes routine <b>Pregnancy</b> and childbirth costs, except for <b>Benefit 9 – Pregnancy</b> and childbirth <b>Medical Conditions</b>.</i></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 300 per day Up to USD 10,000 per person, per <b>Evacuation</b></p> <p>Pre-Authorisation 📄</p> <p>▶ Full refund</p>
<p><b>20. Mortal Remains:</b></p> <p><i>In the event of death from an <b>Eligible Medical Condition</b>, <b>Reasonable and Customary Charges</b> for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <i>Costs of transportation of body or ashes of an <b>Insured Person</b> to his/her <b>Country of Nationality</b> or <b>Country of Residence</b>, or</i></li> <li>ii) <i>Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</i></li> </ul>	<p>Pre-Authorisation 📄</p> <p>(i) ▶ Full refund</p> <p>(ii) ▶ Up to USD 20,000</p>
<p><b>21. Hospital Cash Benefit:</b></p> <p><i>This <b>Benefit</b> is payable for each night an <b>Insured Person</b> receives <b>In-Patient Treatment</b> and only if an <b>Insured Person</b> is admitted for <b>In-Patient Treatment</b> before midnight, and the <b>Treatment</b> is received free of charge that would have otherwise been <b>Eligible</b> for <b>Benefit</b> privately under this <b>Group Plan</b>. Cover under this <b>Benefit</b> is limited to a maximum of 30 nights per <b>Period of Cover</b>.</i></p> <p><i>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</i></p>	<p>▶ USD 275 per night</p>




Manfaat	Apex
<p><b>17. Penyakit Terminal:</b></p> <p>Perawatan Paliatif dan Rawat Akhir: Saat didiagnosis menderita penyakit <b>Terminal</b>, biaya untuk setiap <b>Pengobatan Rawat Inap, Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b> diberikan atas saran dari <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> untuk tujuan meringankan gejala secara sementara. Biaya untuk akomodasi di <b>Rumah Sakit</b> atau rawat akhir, asuhan keperawatan oleh <b>Perawat Berijazah</b> dan <b>Obat-obatan dan Perban</b> yang diresepkan ditanggung.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Hingga batas USD 100.000 seumur hidup</p>
<p><b>18. Pertanggung untuk Pengobatan Non-Elektif Darurat di Amerika Serikat :</b></p> <p>Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. <b>Pengobatan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian <b>Darurat</b>, yang diperlukan sebagai akibat dari <b>Kecelakaan</b> atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan <b>Kondisi Medis</b> yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan <b>Tertanggung</b>.</p> <p>Biaya yang terkait dengan <b>Kehamilan</b> dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari <b>Manfaat</b> ini.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh untuk <b>Kecelakaan</b></p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Sakit: hingga USD 50.000 untuk <b>Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b> per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>19. Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b></p> <p>Pengaturan akan dilakukan untuk memindahkan <b>Tertanggung</b> yang memiliki <b>Kondisi Medis</b> kritis dan mengancam jiwa yang <b>Memenuhi Syarat</b> ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke <b>Rumah Sakit</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b>.</p> <p>Biaya yang wajar untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Biaya transportasi dari <b>Tertanggung</b> dalam hal <b>Pengobatan Darurat</b> dan transportasi dan perawatan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</li> <li>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika <b>Pengobatan</b> diterima sebagai Pasien <b>Rawat Sehari</b>.</li> <li>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari <b>Rumah Sakit</b> untuk mengunjungi <b>Tertanggung</b> sesudah masuk sebagai Pasien <b>Rawat Inap</b>.</li> <li>Biaya yang wajar untuk <b>Akomodasi non Rumah Sakit</b> hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk <b>Rumah Sakit</b> asalkan <b>Tertanggung</b> sedang dirawat oleh <b>Dokter Spesialis</b>.</li> </ol> <p><b>Biaya Risiko Sendiri</b> tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan <b>Manfaat</b> ini.</p> <p><b>Biaya Evakuasi</b> 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 <b>Kami</b> akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk <b>Evakuasi</b> dan <b>Manfaat</b> ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis <b>Kami</b> atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>.</p> <p><b>Repatriasi</b></p> <p>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan <b>Tertanggung</b> dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi <b>Pengobatan</b> atau <b>Negara Kewarganegaraan</b> utama atau <b>Negara Tempat Tinggal</b> utama <b>Tertanggung</b>, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah <b>Pengobatan</b> selesai.</p> <p><b>Manfaat</b> ini secara khusus mengecualikan biaya <b>Kehamilan</b> dan persalinan rutin, kecuali <b>Manfaat 9 – Kondisi Medis Kehamilan</b> dan persalinan.</p>	<p style="text-align: right;"><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</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 <b>Evakuasi</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Pengembalian penuh</p>
<p><b>20. Biaya Kematian:</b></p> <p>Dalam hal kematian karena <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>, <b>Biaya yang Wajar dan Layak</b> untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Biaya transportasi tubuh atau abu <b>Tertanggung</b> ke <b>Negara Kewarganegaraan</b> atau <b>Negara Tempat Tinggal</b>-nya, atau</li> <li>Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak.</li> </ol>	<p style="text-align: right;"><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</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;">Hingga USD 20.000</p>
<p><b>21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</b></p> <p><b>Manfaat</b> ini dibayar selama setiap malam <b>Tertanggung</b> menerima <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan hanya jika <b>Tertanggung</b> dirawat untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> sebelum tengah malam, dan <b>Pengobatan</b> diterima secara gratis yang akan dinyatakan telah <b>Memenuhi Syarat</b> untuk <b>Manfaat</b> pribadi berdasarkan <b>Polis Grup</b> ini. Pertanggung berdasar <b>Manfaat</b> ini terbatas hingga maksimum 30 malam per <b>Masa Pertanggung</b>.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">USD 275 per malam</p>







Benefit	Apex
<p><b>22. Out-Patient Charges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Medical Practitioner</b> fees including consultations; <b>Specialist</b> fees; <b>Diagnostic Tests</b>; prescribed <b>Drugs and Dressings</b>.</li> <li>ii) Physiotherapy by a Registered <b>Physiotherapist</b>, when referred by a <b>Medical Practitioner</b>, or <b>Specialist</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Full refund <b>Pre-Authorisation for (ii) after every 10 sessions</b> 🏠</li> </ul>
<p><b>23. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</b></p> <p><b>Treatment</b> costs for a <b>Surgical Procedure</b> performed in a surgery, <b>Hospital</b>, day-care facility or <b>Out-Patient</b> department. Any pre or post-operative consultations are payable under <b>Benefit 22 – Out-Patient</b> charges.</p>	 Full refund
<p><b>24. Out-Patient Psychiatric Illness:</b></p> <p><b>Out-Patient Treatment</b> administered under the direct control of a Registered Psychiatrist when referred by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>	 Up to USD 7,500 per <b>Period of Cover</b>
<p><b>25. Alternative Therapies:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Complementary medicine and <b>Treatment</b> by a therapist, when referred by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>. This <b>Benefit</b> extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture <b>Treatment</b>.</li> <li>ii) <b>Treatment</b> or therapies administered by a recognised Traditional Chinese Medicine Practitioner.</li> </ul> <p><b>We do not cover charges for general chiropody or podiatry.</b> For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p>	 Full refund <b>Pre-Authorisation for (i) and (ii) after every 10 visits</b> 🏠
<p><b>26. Nursing Care at Home:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Care given by <b>Qualified Nurse</b> in the <b>Insured Person's</b> own home, which is immediately received subsequent to <b>Treatment</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> on the recommendation of a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</li> <li>ii) <b>Medical Practitioner</b> (GP) home visits for an <b>Emergency</b> GP home call-out during out of normal clinic hours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund up to 120 days per <b>Medical Condition</b> <b>Pre-Authorisation for (i)</b> 🏠</li> <li>(ii)  Up to five visits per <b>Period of Cover</b></li> </ul>
<p><b>27. AIDS:</b></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 <b>Accident*</b> or blood transfusion**. Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition, <b>Drugs and Dressings</b> (except experimental or those unproven), <b>Hospital Accommodation</b> and nursing fees.</p> <p>* For members of <b>Emergency</b> 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 <b>Entry Date</b> or <b>Start Date</b>, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the <b>Insured Person's</b> 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 <b>Accident</b>.</p> <p>** As long as the blood transfusion was received as an <b>In-Patient</b> as part of <b>Medically Necessary Treatment</b>.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Cover only available after three years of continuous membership.</p>	<p><b>Pre-Authorisation</b> 🏠</p>  Up to USD 50,000 per <b>Period of Cover</b>
<p><b>28. Maternity:</b></p> <p><b>Medically Necessary</b> costs incurred during normal <b>Pregnancy</b> 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 <b>New Born</b> baby, if the examination is made within 24 hours of delivery.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Costs incurred within 12 months from the <b>Start Date</b> are excluded.</p> <p>Please note, <b>We do not pay</b> for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice. For this <b>Benefit</b> exclusion 5.23 does not apply.</p>	 Up to USD 15,000 per <b>Period of Cover</b>

Manfaat	Apex
<p><b>22. Biaya Rawat Jalan:</b></p> <p>i) Biaya <b>Praktisi Medis</b> termasuk konsultasi; Biaya <b>Dokter Spesialis; Tes Diagnostik; Obat-Obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</p> <p>ii) Fisioterapi oleh <b>Fisioterapis</b> Terdaftar, jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b>, atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Pengembalian penuh <b>Pra-Otorisasi untuk (ii) sesudah setiap 10 sesi</b> 📞</p>
<p><b>23. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</b></p> <p>Biaya <b>Pengobatan</b> untuk <b>Prosedur Bedah</b> yang dilakukan di tempat praktek dokter, <b>Rumah Sakit</b>, fasilitas penitipan anak atau instalasi <b>Rawat Jalan</b>. Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan <b>Manfaat 22</b> – biaya <b>Rawat Jalan</b>.</p>	<p> Pengembalian penuh</p>
<p><b>24. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><b>Pengobatan Rawat Jalan</b> yang diberikan di bawah kendali langsung dari Psikiater Terdaftar jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>	<p> Hingga USD 7.500 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>25. Terapi Alternatif:</b></p> <p>i) Obat dan <b>Pengobatan</b> Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>. <b>Manfaat</b> ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan <b>Pengobatan</b> akupunktur.</p> <p>ii) <b>Pengobatan</b> atau terapi yang diberikan oleh Praktisi Pengobatan Tradisional Cina yang diakui. <b>Kami</b> tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum. Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> Pengembalian penuh <b>Pra-Otorisasi untuk (i) dan (ii) sesudah setiap 10 kunjungan</b> 📞</p>
<p><b>26. Perawatan di Rumah:</b></p> <p>i) Perawatan yang diberikan oleh <b>Perawat Berijazah</b> di rumah <b>Tertanggung</b> sendiri, yang segera diterima setelah <b>Pengobatan</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b> berdasarkan rekomendasi dari <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p> <p>ii) Kunjungan ke rumah oleh <b>Praktisi Medis</b> untuk panggilan <b>Darurat</b> di luar jam normal klinik.</p>	<p>(i)  Pengembalian penuh hingga 120 hari per <b>Kondisi Medis Pra-Otorisasi untuk (i)</b> 📞</p> <p>(ii)  Hingga lima kunjungan per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>27. AIDS:</b></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 <b>Kecelakaan</b> kerja yang terbukti* atau transfusi darah**. Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin rutin untuk kondisi ini, <b>Obat-Obatan dan Perban</b> (kecuali percobaan atau yang belum terbukti), <b>Akomodasi Rumah Sakit</b> dan biaya keperawatan.</p> <p>* Bagi peserta layanan <b>Darurat</b>, 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 <b>Tanggal Masuk</b> atau <b>Tanggal Mulai</b>, mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan <b>Tertanggung</b>; 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 <b>Kecelakaan</b> kerja yang dilaporkan.</p> <p>** Asalkan transfusi darah diterima sebagai Pasien <b>Rawat Inap</b> sebagai bagian dari <b>Pengobatan</b> yang <b>Secara Medis Diperlukan</b>. <b>Masa Tunggu:</b> Pertanggung hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</p> <p> Hingga USD 50.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>28. Persalinan:</b></p> <p>Biaya yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> yang terjadi selama <b>Kehamilan</b> 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 <b>Baru Lahir</b>, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah melahirkan. <b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak <b>Tanggal Mulai</b> dikecualikan. Harap dicatat, <b>Kami</b> tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi. Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.23 tidak berlaku.</p>	<p> Hingga USD 15.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>

Benefit	Apex
<p><b>29. Dental Care:</b></p> <p>i) <b>Routine dental Treatment:</b> Fees of a registered <b>Dental Practitioner</b> carrying out routine dental <b>Treatment</b> in a dental surgery. Routine dental <b>Treatment</b> means:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including x-rays where necessary,</li> <li>– Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year),</li> <li>– Fillings (standard amalgam or composite fillings) and extractions, and</li> <li>– Root-canal <b>Treatment</b> (but not the fitting of a crown following root-canal <b>Treatment</b>).</li> </ul> <p>No other <b>Treatment</b> is covered under the routine dental <b>Treatment Benefit</b>.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Costs incurred within nine months from the <b>Entry Date</b> are excluded.</p> <p>A <b>Co-Insurance</b> of 20% applies.</p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p> <p>ii) <b>Complex Dental Treatment:</b> Fees of a registered <b>Dental Practitioner</b> and associated costs for the following procedures: <b>Eligible</b> complex dental <b>Treatment</b>: including for example, <b>Apicoectomy</b> 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 <b>Treatment</b> is covered by this <b>Benefit</b>.</p> <p><b>Waiting Period:</b> Costs incurred within nine months from the <b>Entry Date</b> are excluded.</p> <p>A <b>Co-Insurance</b> of 20% applies.</p> <p>A 50% <b>Co-Insurance</b> applies in respect of all orthodontic <b>Treatment</b>.</p> <p>For this <b>Benefit</b>, exclusion 5.12 does not apply</p>	<p>(i)  Up to USD 1,500 per <b>Period of Cover</b></p> <p>(ii)  Up to USD 3,000 per <b>Period of Cover</b></p>

Options to Core Benefits	Apex
<p><b>30. USA Elective Treatment:</b></p> <p>i) Costs associated with <b>Eligible In-Patient</b> and <b>Day-Patient Treatment</b> in the USA will be paid in full where <b>Treatment</b> is received in a <b>Hospital</b> listed in the <b>Provider Network</b>.</p> <p>ii) Costs associated with <b>Eligible Out-Patient Treatment</b> in the USA will be paid in full where <b>Treatment</b> is received in the <b>Provider Network</b>.</p> <p><b>Treatment</b> that is not received in the <b>Provider Network</b> will be subject to a 50% <b>Co-Insurance</b>.</p>	<p><b>Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment</b> </p> <p> Optional</p> <p>Up to USD 1.5m per <b>Insured Person</b> per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>31. Co-Insurance Out-Patient Charges:</b></p> <p>As described in <b>Benefit 22</b>, but with a 20% <b>Co-Insurance</b> in addition to the <b>Group Plan Excess</b> per <b>Medical Condition</b>.</p>	<p> Optional</p>

Additional Options for Group Plans	Apex
<p><b>32. Wellness, Optical and Vaccinations:</b></p> <p>i) <b>Wellness:</b> This <b>Benefit</b> is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including <b>Cancer</b> screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol).</p> <p>and/or</p> <p>ii) <b>Optical Benefits:</b> This <b>Benefit</b> also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses within the combined <b>Benefit</b> limits to a maximum USD 300 per <b>Period of Cover</b> for an optical claim.</p> <p>and/or</p> <p>iii) <b>Vaccinations:</b> Costs of drugs and consultations to administer all <b>Medically Necessary</b> basic immunisation and booster injections and any <b>Medically Necessary</b> travel <b>Vaccinations</b> and malaria prophylaxis.</p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</p>	<p> Optional</p> <p>For Compulsory <b>Group Plans</b> 3+ employees</p> <p> Combined limit</p> <p>Up to USD 500 per <b>Period of Cover</b></p>





Manfaat	Apex
<p><b>29. Perawatan Gigi:</b></p> <p>i) <b>Pengobatan gigi rutin:</b> Biaya <b>Praktisi Gigi</b> terdaftar yang melaksanakan <b>Pengobatan gigi rutin</b> di tempat praktek gigi. <b>Pengobatan gigi rutin</b> berarti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Skринing (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan gigi tambalan, termasuk sinar-X bila diperlukan,</li> <li>– Pembersihan karang gigi prefeentif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun),</li> <li>– Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan, dan</li> <li>– <b>Pengobatan saluran akar</b> (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah <b>Pengobatan saluran akar</b>).</li> </ul> <p>Tidak ada <b>Pengobatan lain</b> yang ditanggung berdasarkan <b>Manfaat Pengobatan gigi rutin</b>.</p> <p><b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari <b>Tanggal Masuk</b> dikecualikan.</p> <p><b>Ko-Asuransi</b> 20% berlaku.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p> <p>ii) <b>Pengobatan Gigi Kompleks:</b> Biaya <b>Praktisi Gigi</b> terdaftar dan biaya terkait untuk prosedur berikut: <b>Pengobatan gigi kompleks yang Memenuhi Syarat:</b> termasuk misalnya: <b>Apikektomi</b> yang dilakukan untuk mengobati berikut – Fraktur akar gigi; akar gigi sangat melengkung; gigi dengan mahkota gigi tiruan; Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar; Perforasi akar; Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, inlay dan bridge. Rasa sakit berulang dan infeksi; Gejala terus menerus/ang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X. Pengapuran; Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi.</p> <p>Tidak ada <b>Pengobatan lain</b> yang ditanggung berdasarkan <b>Manfaat</b> ini.</p> <p><b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari <b>Tanggal Masuk</b> dikecualikan.</p> <p><b>Ko-Asuransi</b> 20% berlaku.</p> <p><b>Ko-Asuransi</b> 50% berlaku dalam hal <b>Pengobatan ortodontik</b>.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p>(i)  Hingga USD 1.500 per <b>Masa Pertanggung</b></p> <p>(ii)  Hingga USD 3.000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>

Pilihan untuk Manfaat Utama	Apex
<p><b>30. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:</b></p> <p>i) Biaya yang terkait dengan <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila <b>Pengobatan</b> diterima di <b>Rumah Sakit</b> yang tercantum dalam <b>Jaringan Penyedia</b>.</p> <p>ii) Biaya yang terkait dengan <b>Pengobatan Rawat Jalan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila <b>Pengobatan</b> diterima di <b>Jaringan Penyedia</b>.</p> <p><b>Pengobatan</b> yang tidak diterima di <b>Jaringan Penyedia</b> akan dikenakan <b>Ko-Asuransi</b> sebesar 50%.</p>	<p><b>Pra-Otorisasi untuk diagnostik dan operasi Rawat Jalan, Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari</b> </p> <p>Pilihan Hingga USD 1,5 jt per <b>Tertanggung</b> per <b>Masa Pertanggung</b></p>
<p><b>31. Ko-Asuransi Biaya Rawat Jalan:</b></p> <p>Seperti dijelaskan dalam <b>Manfaat 22</b>, tetapi dengan <b>Ko-Asuransi</b> sebesar 20% di samping <b>Biaya Risiko Sendiri Polis Grup</b> per <b>Kondisi Medis</b>.</p>	<p> Pilihan</p>

Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Apex
<p><b>32. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi:</b></p> <p>i) <b>Pemeriksaan Kesehatan:</b> <b>Manfaat</b> ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining <b>Kanker</b>, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol). dan/atau</p> <p>ii) <b>Manfaat Optik:</b> <b>Manfaat</b> ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk tes mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak dalam batas <b>Manfaat</b> yang dikombinasikan hingga maksimum USD 300 per <b>Masa Pertanggung</b> untuk klaim optik. dan/atau</p> <p>iii) <b>Vaksinasi:</b> Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan setiap <b>Vaksinasi</b> perjalanan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan profilaksis malaria.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p> Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 3+ Karyawan</p> <p> Batas yang dikombinasikan Hingga USD 500 per <b>Masa Pertanggung</b></p>

Additional Options for Group Plans	Apex
<p><b>33. Wellness, Optical and Vaccinations Option 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Wellness:</b> This <b>Benefit</b> is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including <b>Cancer</b> screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). and/or</li> <li>ii) <b>Optical Benefits:</b> This <b>Benefit</b> also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Ophthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses within the combined <b>Benefit</b> limits to a maximum USD 600 per <b>Period of Cover</b> for an optical claim. and/or</li> <li>iii) <b>Vaccinations:</b> Costs of drugs and consultations to administer all <b>Medically Necessary</b> basic immunisation and booster injections and any <b>Medically Necessary</b> travel <b>Vaccinations</b> and malaria prophylaxis. For this <b>Benefit</b> exclusion 5.12 does not apply.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Optional For Compulsory <b>Group Plans</b> 3+ employees</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Combined limit Up to USD 1,000 per <b>Period of Cover</b></p>
<p><b>34. Medical History Disregarded:</b></p> <p>Please note that the <b>Waiting Period</b> does not apply to either the Maternity or Dental Care <b>Benefits</b>, if Medical History Disregarded is selected.</p> <p>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.22 does not apply.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Optional Compulsory <b>Group Plans</b> 10+ employees</p>
<p><b>35. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore</b></p> <p>As described in <b>Benefit</b> 2. i), but with a restriction to limit the <b>Hospital</b> accommodation to ward or semi-private for <b>Hospital</b> admission in Indonesia and Singapore.</p> <p>Choosing this option means that <b>Hospital</b> rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. <b>Hospital</b> rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.</p>	<p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Optional</p>

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

Pilihan Tambahan untuk Polis Grup	Apex
<p><b>33. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi Opsi 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>Pemeriksaan Kesehatan:</b> <b>Manfaat</b> ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining <b>Kanker</b>, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol). dan/atau</li> <li>ii) <b>Manfaat</b> Optikal: <b>Manfaat</b> ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk tes mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak dalam batas <b>Manfaat</b> yang dikombinasikan hingga maksimum USD 600 per <b>Masa Pertanggung</b>an untuk klaim optik. dan/atau</li> <li>iii) <b>Vaksinasi:</b> Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan setiap <b>Vaksinasi</b> perjalanan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> dan profilaksis malaria.</li> </ul> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.12 tidak berlaku.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 3+ Karyawan</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Batas yang dikombinasikan Hingga USD 1.000 per <b>Masa</b> <b>Pertanggung</b>an</p>
<p><b>34. Pengabaian Riwayat Kesehatan:</b></p> <p>Harap dicatat bahwa <b>Masa Tunggu</b> tidak berlaku untuk <b>Manfaat</b> Persalinan atau Perawatan Gigi, jika Riwayat Medis Diabaikan dipilih.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.22 tidak berlaku.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Pilihan Untuk <b>Polis Grup</b> Wajib 10+ Karyawan</p>
<p><b>35. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura</b></p> <p>Seperti dijelaskan dalam <b>Manfaat</b> 2. i), tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi <b>Rumah Sakit</b> pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk <b>Rumah Sakit</b> di Indonesia dan Singapura.</p> <p>Memilih opsi ini berarti bahwa kamar <b>Rumah Sakit</b> akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura. Kamar <b>Rumah Sakit</b> di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Pilihan</p>
Pilihan Biaya Risiko Sendiri	Apex
<p><b>Biaya Risiko Sendiri Standar</b></p>	<p>USD 100</p>
<p><b>Pilihan Biaya Risiko Sendiri:</b></p> <p>Harap dicatat: <b>Biaya Risiko Sendiri</b> tidak berlaku untuk biaya transportasi yang dikeluarkan berdasarkan <b>Manfaat</b> 19, tetapi akan berlaku untuk setiap <b>Pengobatan</b> yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> yang dibutuhkan berdasarkan <b>Manfaat</b> 19.</p>	<p style="text-align: center;">Nihil</p> <p style="text-align: center;">USD 50</p> <p style="text-align: center;">USD 250</p>

## Key Product Provisions

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

---

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

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

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

#### 5.2 Administrative and shipping fees

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

#### 5.3 Alcohol and drug abuse

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

#### 5.4 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 **Group Plan** option, **You** do not have cover for costs relating to the maintenance of **Chronic Conditions**. For Advance, Excel and Apex **Group 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 Grup** yang berlaku di samping setiap pengecualian pribadi yang rinci dalam **Sertifikat Asuransi Anda**. Ini mencakup **Pengobatan** yang dapat dianggap sebagai masalah pilihan pribadi (seperti **Pengobatan** kosmetik) dan **Pengobatan** lain yang dikecualikan dari pertanggunganaan agar premi tetap berada pada tingkat yang terjangkau.

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

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

#### 5.2 Biaya administrasi dan pengiriman

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

#### 5.3 Penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan

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

#### 5.4 Eksploitasi kimia

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

#### 5.5 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 opsi **Polis Grup** Essential, **Anda** tidak ditanggung untuk biaya yang berkaitan dengan pemeliharaan **Kondisi Kronis**. Untuk opsi **Polis Grup** Advance, Excel dan Apex, batas dalam **Ikhtisar Manfaat** adalah maksimum per **Masa Pertanggunganaan** 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 The Agency for Food and Drug Administration (B POM) 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 Perawatan Eksperimental dan Obat-obatan

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

## 5.14 Mata dan telinga

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

## 5.15 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 **You** unreasonable failure to seek or follow medical advice and/or prescribed **Treatment**, or **You** 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 (not applicable for MHD Groups)

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

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

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

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

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

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

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

### 5.32 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. Group Plan administration

---

### 6.1 The contract

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

### 6.2 Premium payment and refunds

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

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

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

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

### 6.3 Eligibility

#### 6.3.1 Age limits

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

#### 6.3.2 Full medical underwriting

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

All information will be treated in strict confidence.

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

#### 6.3.3 Dependants

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

#### 6.3.4 Start date

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

## 6. Administrasi Polis Grup

### 6.1 Kontrak

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

### 6.2 Pembayaran dan pengembalian premi

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

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

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

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

### 6.3 Pemenuhan Syarat

#### 6.3.1 Batas Usia

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

#### 6.3.2 Seleksi Risiko Medis Penuh

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

Semua informasi akan diperlakukan dengan sangat rahasia.

**Kami** mengandalkan informasi yang **Anda** berikan dalam formulir permohonan saat **Kami** memutuskan apakah menerima permohonan **Anda** atau tidak, dan apakah **Kami** perlu memberlakukan persyaratan khusus atau tidak. Persyaratan khusus adalah pengecualian atau ketentuan yang **Kami** mungkin berlakukannya terhadap pertanggungan **Anda**. Jika **Anda** mengajukan klaim untuk **Pengobatan** kondisi apapun yang **Anda** telah lalai untuk memberitahu 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 **Tanggungan** umumnya harus ditanggung pada tingkat **Manfaat** yang sama dengan **Pemegang Polis**. Tingkat **Manfaat** yang berbeda dapat dipilih yang memberikan **Manfaat** tidak lebih dari yang **Tertanggung** miliki. Misalnya, **Tertanggung** dapat memiliki pilihan **Polis Grup Excel**; mereka dapat memutuskan untuk menanggung **Tanggungan** mereka pada pilihan **Polis Grup Excel**, **Essential** atau **Advance**, tetapi bukan pilihan **Polis Grup Apex**.

#### 6.3.4 Tanggal mulai

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



### 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 **Group Plan**.

### 6.3.6 Non-eligible residency

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

## 6.4 Adding a new Dependant

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

## 6.5 Adding New Borns

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

However, **We** will require details of the baby's medical history if the baby 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 the **Planholder** of those terms as soon as reasonably possible.

This may limit **Your** baby's cover for existing **Medical Conditions**. This would mean that **Your** baby will not be covered for **Treatment** carried out for **Medical Conditions** which existed prior to joining, such as **Treatment** in a Special Care Baby Unit and **You** will be liable for these costs.

## 6.6 Changing the Planholder's cover

Subsequent changes in cover can only be made at renewal.

## 6.7 Renewing the Planholder's cover

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

## 6.8 Continuous transfer terms

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

## 6.9 Local taxes

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

## 6.10 Language

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

### 6.3.5 Undang-undang lokal

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

### 6.3.6 Tempat tinggal tidak memenuhi syarat

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

## 6.4 Menambahkan Tanggungan baru

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

## 6.5 Menambahkan Bayi Baru Lahir

**Pemegang Polis** dapat mengajukan permohonan untuk menambahkan bayi **Baru Lahir** (yang dilahirkan oleh **Pemegang Polis** atau pasangan dari **Pemegang Polis**) ke dalam **Polis Grup** sejak tanggal kelahiran mereka. Hal ini biasanya dapat dilakukan tanpa mengisi rincian riwayat kesehatan mereka, asalkan **Pemegang Polis** menambahkan mereka dalam waktu 30 hari sejak tanggal kelahiran mereka. **Pemegang Polis** dapat melakukan hal ini dengan mengajukan permohonan melalui area portofolio online yang aman **Anda** di [www.now-health.com](http://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** kesuburan apapun, termasuk namun tidak terbatas pada **Pengobatan** dengan obat kesuburan. Dalam keadaan seperti itu **Kami** berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungan yang **Kami** akan tawarkan, dan **Kami** akan memberitahu **Pemegang Polis** mengenai syarat-syarat tersebut sesegera mungkin.

Hal ini dapat membatasi pertanggungan 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 pertanggungan Pemegang Polis

Perubahan berikutnya dalam hal pertanggungan hanya dapat dilakukan saat pembaharuan.

## 6.7 Memperbarui pertanggungan Pemegang Polis

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

## 6.8 Syarat-syarat perpindahan berkelanjutan

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

## 6.9 Pajak Lokal

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

## 6.10 Bahasa

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

## 7. Dispute resolution

---

**7.1** In the event of any dispute arising 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 pilihan 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 this to happen please send **Us** an email at [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

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

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

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

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

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

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

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

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

## 8. Rights and responsibilities

---

### 8.1 Your rights and responsibilities

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 8. Hak dan tanggung jawab

### 8.1 Hak dan tanggung jawab Anda

**8.1.1** **Anda** harus memastikan bahwa setiap kali **Anda** diminta untuk memberi **Kami** informasi, semua informasi yang **Anda** berikan kepada **Kami** cukup benar, akurat dan lengkap sehingga dapat memberi **Kami** gambaran yang wajar akan risiko yang **Kami** ambil (ini adalah pernyataan **Anda** kepada **Kami**).

Jika **Kami** menemukan kemudian bahwa hal itu tidak benar dan bahwa pernyataan **Anda** disengaja, sembrono atau ceroboh, maka **Kami** dapat membatalkan pertanggung jawaban **Anda** dan menyarankan **Pemegang polis** atau memberlakukan syarat-syarat pertanggung jawaban yang berbeda sesuai dengan syarat-syarat yang **Kami** akan berlakukan seandainya informasi tersebut disampaikan kepada **Kami** secara wajar sebelumnya. Syarat-syarat ini dapat meningkatkan premi **Polis Grup** dan mengurangi klaim **Anda**.

**8.1.2** **Anda** atau **Pemegang Polis** harus menulis surat dan memberitahu **Kami** jika **Anda** mengganti alamat atau pekerjaan **Anda**.

**8.1.3** **Polis Grup** ini hanya tersedia untuk orang yang tinggal di Indonesia. **Anda** harus memberitahu **Kami** jika **Anda** mengubah **Negara Tempat Tinggal** utama **Anda**. Jika **Anda** tidak memberitahu **Kami** maka **Kami** dapat menolak untuk membayar **Manfaat** yang diklaim.

**8.1.4** Hanya **Kami** dan **Pemegang Polis** memiliki hak hukum berdasarkan **Polis Grup** ini dan klausul atau syarat apapun dalam **Polis Grup** ini tidak dimaksudkan harus diberlakukan, oleh orang lain termasuk anggota keluarga.

**8.1.5** **Pemegang Polis** harus membayar premi **Anda** saat jatuh tempo dan dalam mata uang **Polis Grup** **Anda**. **Kami** akan memutuskan jumlahnya pada awal setiap tahun dan memberitahu **Anda** berapa jumlahnya. **Kami** dapat mengubah jumlah premi **Anda** selama setahun untuk mencerminkan perubahan pajak premi atau pajak lainnya tetapi **Kami** akan memberitahu **Pemegang Polis** mengenai perubahan tersebut. Jika pembayaran premi **Anda** melampaui tanggal maka **Polis Grup** **Anda** akan berakhir.

**8.1.6** **Pemegang Polis** dapat membatalkan **Polis Grup** ini dengan menghubungi **Kami** selama masa peninjauan polis 14 hari. Masa peninjauan polis 14 hari dimulai pada hari kontrak ditandatangani atau hari dimana syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan lengkap **Polis Grup** diterima, yang mana yang lebih akhir. Masa peninjauan polis 14 hari juga berlaku sejak setiap **Tanggal Pembaharuan**.

Jika **Polis** dibatalkan selama masa peninjauan polis 14 hari maka **Kami** akan mengembalikan setiap premi yang dibayarkan untuk **Polis Grup** ini jika tidak ada klaim yang diajukan dalam **Polis Grup** ini dan kartu kepesertaan **Penagihan Langsung Rawat Jalan** telah dikembalikan sehubungan dengan **Masa Pertanggung jawaban** sebelum pembatalan (pertanggung jawaban tidak lebih dari 14 hari). Jika **Anda** mengeluarkan biaya klaim yang **Memenuhi Syarat** dalam **Masa Pertanggung jawaban** itu **Kami** berhak untuk meminta **Pemegang Polis** untuk membayar layanan yang **Kami** telah benar-benar sediakan sehubungan dengan **Polis Grup** sejauh diizinkan oleh hukum dan setiap pengembalian premi tunduk pada hal ini.

Jika **Pemegang Polis** tidak membatalkan **Polis Grup** selama masa pembatalan, maka **Polis Grup** akan berlanjut berdasarkan syarat-syarat yang dijelaskan dalam buku panduan ini selama sisa **Masa Pertanggung jawaban**.

**Kami** dapat membatalkan **Polis Grup** untuk **Anda** (sebagai **Tertanggung**) dan **Tanggung** **Anda** dalam situasi berikut:

- Membuat pemahaman yang salah dengan menyimpan informasi yang berhubungan atau memberikan informasi yang salah kepada **Kami**
- Membuat pemahaman yang salah dengan menyimpan klaim palsu atau tidak benar
- Lalai dalam memberikan informasi yang wajar yang **Kami** telah minta
- Lalai dalam membayar premi yang jatuh tempo
- Jika **Anda** pindah ke Amerika Serikat, atau negara yang tidak ditanggung oleh **Polis Grup** ini yang mungkin berubah-ubah dari waktu ke waktu, yang mana **Anda** akan diberitahu

**8.1.7** Jika **Anda** memiliki kartu kepesertaan **Penagihan Langsung Rawat Jalan**, **Anda** bertanggung jawab untuk mengembalikan semua kartu tersebut untuk **Anda** dan **Tanggung** **Anda** kepada **Kami** jika **Anda** membatalkan atau tidak memperbaharui **Polis Grup** **Anda** atau pembayaran premi **Anda** melampaui tanggal. **Kami** tidak akan bertanggung jawab atas penyalahgunaan kartu kepesertaan **Penagihan Langsung Rawat Jalan** tersebut oleh **Anda**, jika **Kami** telah membayar **Manfaat** maka **Kami** dapat meminta penggantian dari **Anda**.



## 8.2 Our rights and responsibilities

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

### 8.2.11 Termination

Notwithstanding the foregoing We may cancel **Your Group Plan** at any time if **You** or the **Planholder** have at any time:

- Mised **Us** by misstatement
- Knowingly claimed **Benefits** for any purpose other than as are provided for under this **Group Plan**
- Agreed to any attempt by a third party to obtain an unreasonable pecuniary advantage to **Our** detriment
- Otherwise failed to observe the terms and conditions of this **Group Plan** or failed to act with utmost good faith. If the **Planholder** cancels the **Group Plan** at any time other than following the **Renewal Date**, there will be no return of premium

## 8.2 Hak dan tanggung jawab Kami

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

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

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

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

### 8.2.13 Sanction Limitation And Exclusion Clause

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

### 8.2.14 Terrorism Exclusion Endorsement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 8.2.13 Pembatasan Sanksi Dan Klausul Pengecualian

Penanggung tidak dianggap memberikan 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 penanggungan pada sanksi, larangan atau pembatasan berdasarkan resolusi PBB atau sanksi perdagangan atau ekonomi, hukum atau peraturan Uni Eropa, Jepang, Inggris atau Amerika Serikat.

### 8.2.14 Adendum Pengecualian Terorisme

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

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

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

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

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

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

## **9. Provision of compulsory standard agreement**

---

### **9.1 Provision of compulsory standard agreement**

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

## 9. Ketentuan perjanjian baku

---

### 9.1 Ketentuan perjanjian baku

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



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