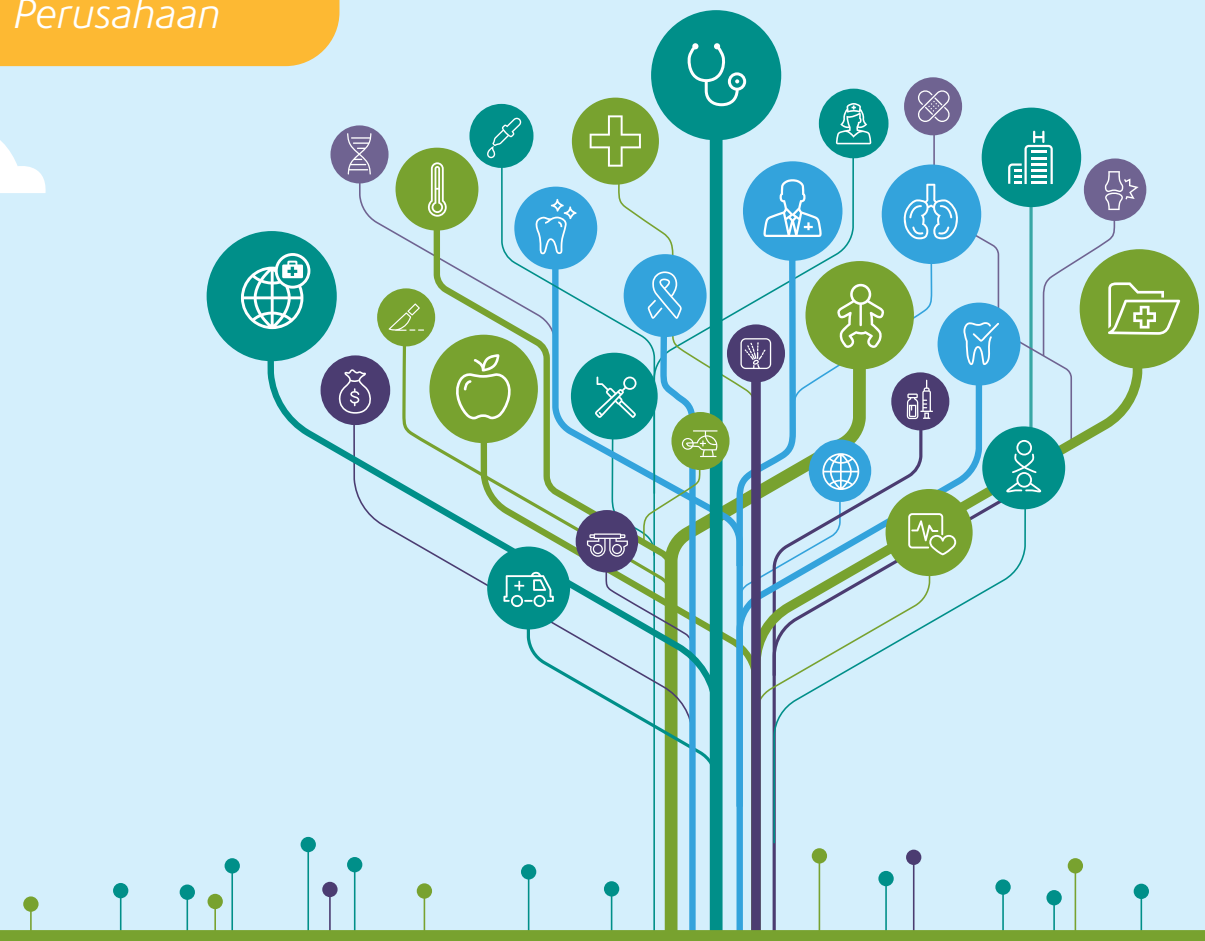
NOW HEALTH INTERNATIONAL | SOMPO INSURANCE

SimpleCare Members' Handbook Product Summary

Buku Panduan Peserta SimpleCare

Companies | *Perusahaan*



Everything you need to know about your SimpleCare plan

Segala sesuatu yang perlu Anda ketahui tentang polis SimpleCare Anda

Effective 1 October 2018 | *Berlaku 1 Oktober 2018*

Introduction

Welcome to SimpleCare from Now Health International. **Your** company or employer has chosen **Us** to provide **Your** international health insurance **Group Plan**. **We** have designed SimpleCare based on **Our** understanding of what people 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** chosen SimpleCare **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** SimpleCare **Group Plan**, here's what **You** can expect from **Us**:

- A commitment to process **Your** claim within the turnaround time of **Our** service promise
- Access to assistance online via **Your** secure online portfolio
- Easy access to medical providers within the **SimpleCare Provider Network** using the mobile app or the website
- **Pre-authorisation** of all **Day-Patient** and **In-Patient** claims, to reduce **Your** out-of-pocket expenses

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** using the details on the next page.

Pendahuluan

Selamat datang di SimpleCare dari Now Health International. Perusahaan atau pemberi kerja Anda telah memilih **Kami** untuk menyediakan **Polis Grup** untuk asuransi kesehatan internasional **Anda**. **Kami** telah merancang SimpleCare 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** SimpleCare **Anda** dan syarat-syarat pertanggungan **Anda**.

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

- Pertanggungan 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 pertanggungan yang tersedia, masa dan tingkat pertanggungan **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 Polis Grup SimpleCare **Anda**, inilah yang **Anda** dapat harapkan dari **Kami**:

- Komitmen untuk memproses klaim **Anda** secepat mungkin
- Suatu tim layanan nasabah milik kami yang tersedia 24 jam
- Bantuan untuk mendapatkan penyedia layanan kesehatan yang sesuai di daerah Anda
- Pra-otorisasi klaim **Rawat Sehari** dan **Rawat Inap** untuk mengurangi biaya tunai Anda

Jika **Anda** memerlukan keterangan lebih lanjut tentang **Polis** ini, atau jika **Anda** ingin memberitahu **Kami** tentang perubahan keadaan pribadi **Anda**, silahkan hubungi **Kami** mennggunakan rincian di halaman berikutnya.

Contacting Us

All the important information about **Your Group Plan** can be found in this members' handbook and **Your** secure online portfolio area.

If **You** need to contact **Us**, please chat with **Us** live or request a call back from the Now Health website, or email **Us** at IndonesiaService@now-health.com.

Assistance team for Emergency Evacuation or Repatriation

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

T +62 21 2783 6940

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

Cara Menghubungi Kami

Semua informasi penting tentang **Polis Grup Anda** dapat ditemukan di buku panduan peserta ini dan area portofolio online **Anda** yang aman.

Jika **Anda** perlu menghubungi **Kami**, silakan chat langsung dengan **Kami** atau minta panggilan balik dari situs web Now Health, atau kirim email kepada **Kami** ke IndonesiaService@now-health.com.

Assistance team for Emergency Evacuation or Repatriation

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

Contents

1. Definitions 09
2. Manage **Your Group Plan** online 21
3. How to claim 23

Product Information

4. **Benefits**: What is covered? 35

Key Product Provisions

5. Exclusions: What is not covered? 77
6. **Group Plan** administration 87
7. Dispute resolution 93
8. Rights and responsibilities 97
9. Provision of compulsory standard agreement 105

Daftar Isi

1. Definisi 10
2. Mengelola **Polis Grup Anda** secara online 22
3. Cara mengajukan klaim 24

Informasi Produk
4. **Manfaat**: Apa saja yang ditanggung? 36

Ketentuan Produk Penting
5. Pengecualian: Apa saja yang tidak ditanggung? 78
6. Administrasi **Polis Grup** 88
7. Penyelesaian Sengketa 94
8. Hak dan tanggung jawab 98
9. Ketentuan perjanjian baku 106

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**.

Accident	A sudden, unexpected, unforeseen and involuntary external event resulting in identifiable physical injury occurring to an **Insured Person** while **Your Group Plan** is in force.
Acute Condition	A disease, illness or injury that is likely to respond quickly to **Treatment** which aims to return **You** to the state of health **You** were in immediately before suffering the disease, illness or injury, or which leads to **Your** full recovery.
Act of Terrorism	Any clandestine use of violence by an individual terrorist or a terrorist group to coerce or intimidate the civilian population to achieve a political, military, social or religious goal.
Agreement	An agreement **We** have with each of the **Hospitals**, **Day-Patient** units and scanning centres listed in the **SimpleCare Provider Network**.
Alternative Therapies	Refers to therapeutic and diagnostic **Treatment** that exists outside the institutions where conventional medicine is taught. Such medicine includes Chinese medicine, chiropractic **Treatment**, Ayurvedic medicine, osteopathy, dietician, homeopathy and acupuncture as practiced by approved therapists.
Apicoectomy	Is a dental surgery performed to remove the root tip and the surrounding infected tissue of an abscessed tooth, when inflammation or infection persists in the bony area around the end of a tooth after a root canal procedure. Apicoectomy is done to treat the following: • Fractured tooth root • A severely curved tooth root • Teeth with caps or posts • Cyst or infection which is untreatable with root canal therapy • Root perforations • Recurrent pain and infection • Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays • Calcification • Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery
Area of Cover: South East Asia (Excluding Singapore)	The default area of cover for this **Group Plan**. **We** will pay for **Eligible** Claims incurred within South East Asia (excluding Singapore). South East Asia shall mean: Burma/Myanmar, Brunei, Cambodia, Christmas Island, Cocos Island, East Timor, Indonesia, Laos, Malaysia, Philippines, Thailand and Vietnam.
Area of Cover: Worldwide Excluding USA	A geographical area option that extends to provide worldwide cover but excluding any elective **Treatment** in the USA.
Benefits	Insurance cover provided by this **Group Plan** and any extensions or restrictions shown in the **Certificate of Insurance** or in any endorsements (if applicable) and subject always to **Us** having received the premium due.
Benefit Schedule	The table of **Benefits** applicable to this **Group Plan** showing the maximum **Benefits We** will pay.
Cancer	A malignant tumour, tissues or cells, characterised by the uncontrolled growth and spread of malignant cells and invasion of tissue.

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**.

Kecelakaan
Kejadian eksternal mendadak, tak terduga, tak dapat diramalkan dan di luar kesadaran yang mengakibatkan cedera fisik teridentifikasi yang terjadi pada Tertanggung saat **Polis Grup Anda** berlaku.

Kondisi Akut
Penyakit, kesakitan atau cedera yang cenderung cepat ditanggapi dengan **Pengobatan** yang bertujuan untuk mengembalikan **Anda** ke keadaan kesehatan **Anda** semula sesaat sebelum menderita penyakit, kesakitan atau cedera, atau yang menyebabkan **Anda** pulih sepenuhnya.

Perbuatan Terorisme
Setiap penggunaan kekerasan secara diam-diam oleh teroris perorangan atau kelompok teroris untuk memaksa atau mengintimidasi penduduk sipil untuk mencapai tujuan politik, militer, sosial atau agama.

Perjanjian
Perjanjian yang **Kami** miliki dengan masing-masing ***Rumah Sakit***, unit **Rawat Sehari** dan pusat pemindaian yang tercantum dalam **Jaringan Penyedia**.

Terapi Alternatif
Mengacu pada **Pengobatan** terapi dan diagnostik yang ada di luar lembaga dimana pengobatan konvensional diajarkan. Pengobatan tersebut meliputi pengobatan Cina, **Pengobatan** Chiropraktik, osteopati, ahli gizi, homeopati dan akupunktur seperti yang dilakukan oleh terapis yang disetujui.

Apikoektomi
Adalah operasi gigi yang dilakukan untuk mengangkat ujung akar dan jaringan yang terinfeksi di sekitarnya pada gigi bengkak, saat peradangan atau infeksi berlanjut di daerah tulang sekitar ujung gigi setelah prosedur saluran akar. Apikoektomi 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
- Nyeri berulang dan infeksi
- Gejala yang terus menerus yang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X
- Pengapuran
- Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi

Wilayah Pertanggungan: Asia Tenggara (Kecuali Singapura)
Wilayah pertangungan standar untuk Paket Grup ini.
Kami akan membayar Klaim yang **Layak** yang dikeluarkan di Asia Tenggara (kecuali Singapura).

Asia Tenggara berarti:
Burma/Myanmar, Brunei, Kamboja, Pulau Natal, Pulau Cocos, Timor Timur, Indonesia, Laos, Malaysia, Filipina, Thailand dan Vietnam.

Wilayah Pertanggungan: Seluruh Dunia Kecuali AS
Pilihan wilayah geografis yang diperluas untuk memberikan pertanggungan di seluruh dunia namun tidak termasuk **Pengobatan** elektif di AS.

Manfaat
Pertanggungan asuransi yang disediakan oleh **Polis Grup** ini dan setiap perpanjangan atau pembatasan yang ditunjukkan dalam **Sertifikat Asuransi** atau dalam setiap adendum (jika ada) dan selalu tunduk pada telah diterimanya premi yang jatuh tempo oleh **Kami**.

Ikhtisar Manfaat
Tabel **Manfaat** yang berlaku untuk **Polis Grup** ini yang menunjukkan **Manfaat** maksimal yang **Kami** akan bayar.

Kanker
Tumor, jaringan atau sel ganas, yang ditandai dengan pertumbuhan tidak terkendali dan penyebaran sel-sel ganas dan invasi jaringan.

Certificate of Insurance	The certificate giving details of the **Planholder**, the **Insured Persons**, the **Period of Cover**, the **Underwriters**, the **Entry Date**, the level of cover and any endorsements that may apply.
Congenital Disorder	A **Medical Condition** that is present at birth or is believed to have been present since birth, whether it is inherited or caused by environmental factors.
Co-Insurance	Is the uninsured percentage of the costs, which the **Insured Person** must pay towards the cost of a claim.
Country of Nationality	The country for which **You** hold a passport.
Country of Residence	The country in which **You** habitually reside (usually for a period of no less than six months per **Period of Cover**) at the **Group Plan Start Date** or **Entry Date** or at each subsequent **Renewal Date**.
Chronic Condition	A disease, illness or injury which has at least one of the following characteristics: • It needs ongoing or long-term monitoring through consultations, examination, check-ups, **Drugs and Dressings** and/or tests • It needs ongoing or long-term control or relief of symptoms • It requires **Your Rehabilitation** or for **You** to be specially trained to cope with it • It continues indefinitely • It has no known cure • It comes back or is likely to come back
Day-Patient	A patient who is admitted to a **Hospital** or day-patient unit because they need a period of medically supervised recovery but does not occupy a bed overnight.
Deductible	An uninsured amount payable by an **Insured Person** in respect of **In-Patient**, **Day-Patient** and **Out-Patient** expenses incurred before any **Benefits** are paid under the **Group Plan,** as specified in **Your Certificate of Insurance**. The **Group Plan Deductible** applies per **Insured Person**, per **Period of Cover.**
Dental Practitioner	A person who is legally licensed to carry out this profession by the relevant licensing authority to practise dentistry in the country where the dental **Treatment** is given.
Dependants	One spouse or adult partner and/or unmarried children who are not more than 18 years old and residing with **You**, or up to 28 years old if in full-time education (written proof may be required from the educational institute where they are enrolled), at the **Start Date** or any subsequent **Renewal Date**. The term partner shall mean husband, wife, civil partner or the person permanently living with **You** in a similar relationship. All dependants must be named as **Insured Persons** in the **Certificate of Insurance**.
Diagnostic Tests	Investigations, such as x-rays or blood tests, to find or to help to find the cause of **Your** symptoms.
Drugs and Dressings	Essential prescription drugs, dressings and medicines administered by a **Medical Practitioner** or **Specialist** needed to relieve or cure a **Medical Condition**.
Eligible	Those **Treatments** and charges, which are covered by **Your Group Plan**. In order to determine whether a **Treatment** or charge is covered, all sections of **Your Group Plan** should be read together, and are subject to all the terms (including payment of premium due), **Benefits** and exclusions set out in this **Group Plan**.

Sertifikat Asuransi	Sertifikat yang memberikan rincian dari **Pemegang Polis**, **Tertanggung**, **Masa Pertanggungan**, **Penanggung**, **Tanggal Masuk**, tingkat pertanggungan dan setiap adendum yang mungkin berlaku.
Kelainan Bawaan	**Kondisi medis** yang ada pada saat lahir atau diyakini telah ada sejak lahir, baik diwariskan atau disebabkan oleh faktor lingkungan.
Ko-Asuransi	Adalah persentase biaya yang tidak ditanggung, yang harus dibayar oleh **Tertanggung** terhadap biaya klaim.
Negara Kewarganegaraan	Negara yang **Anda** pegang paspornya.
Negara Tempat Tinggal	Negara di mana **Anda** biasa tinggal (biasanya untuk jangka waktu tidak kurang dari enam bulan per **Masa Pertanggungan**) pada **Tanggal Mulai** atau **Tanggal Masuk Polis Grup** ini atau pada setiap **Tanggal Pembaharuan** berikutnya.
Kondisi Kronis	Penyakit, kesakitan atau cedera yang setidaknya memiliki salah satu dari karakteristik berikut: • Perlu pemantauan terus-menerus atau jangka panjang melalui pemeriksaan, konsultasi, check-up, **Obat-obatan dan Perban** dan/atau percobaan • Perlu kontrol atau peredaan gejala secara terus-menerus atau jangka panjang • Mengharuskan **Anda** untuk **direhabilitasi** atau dilatih secara khusus untuk mengatasinya • Berlanjut terus tanpa batas waktu • Tidak diketahui obatnya • Muncul kembali atau mungkin muncul kembali
Pasien Rawat Sehari	Pasien yang dirawat di **Rumah sakit** atau unit rawat sehari karena mereka membutuhkan masa pemulihan yang diawasi secara medis tetapi tidak menempati tempat tidur semalam.
Risiko Sendiri	Jumlah tidak ditanggung yang dibayar oleh **Tertanggung** sehubungan biaya **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** yang terjadi sebelum **Manfaat** dibayar berdasarkan **Polis**, sebagaimana ditentukan dalam **Sertifikat Asuransi Anda**. **Risiko Sendiri** untuk **Polis** berlaku per **Tertanggung**, per **Masa Pertanggungan**.
Praktisi Gigi	Seseorang yang mendapat izin secara sah untuk melaksanakan profesi ini dari otoritas perizinan yang relevan untuk berpraktik sebagai dokter gigi di negara dimana **Pengobatan** gigi diberikan.
Tanggungan	Satu pasangan atau mitra dewasa dan/atau anak-anak yang belum menikah yang berumur tidak lebih dari 18 tahun dan tinggal dengan **Anda**, atau hingga 28 tahun jika sedang menjalani pendidikan penuh (bukti tertulis mungkin dipersyaratkan dari lembaga pendidikan di mana mereka terdaftar), pada **Tanggal Mulai** atau **Tanggal Pembaharuan** berikutnya. Istilah mitra berarti suami, istri, Pasangan sejenis atau orang yang tinggal tetap bersama **Anda** dalam hubungan yang sama. Semua tanggungan harus dinamai **Tertanggung** dalam **Sertifikat Asuransi**.
Tes Diagnostik	Pemeriksaan, seperti sinar-X atau tes darah, untuk menemukan atau untuk membantu menemukan penyebab gejala **Anda**.
Obat dan Perban	Obat resep, perban dan obat-obatan penting yang diberikan oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis** yang diperlukan untuk meringankan atau menyembuhkan **Kondisi Medis**.
Memenuhi Syarat	**Pengobatan** dan biaya, yang ditanggung oleh **Polis Grup Anda**. Untuk menentukan apakah suatu **Pengobatan** atau biaya ditanggung ataukah tidak, semua bab dari **Polis Grup Anda** harus dibaca bersama-sama, dan tunduk pada semua syarat (termasuk pembayaran premi yang jatuh tempo), **Manfaat** dan pengecualian yang ditetapkan dalam **Polis Grup** ini.

Entry Date	The date shown on the **Certificate of Insurance** on which an **Insured Person** was included under this **Group Plan**. **We** must have received premium payment in order for **Your Benefits** to start.
Emergency	A sudden, serious, and unforeseen acute **Medical Condition** or injury requiring immediate medical **Treatment**, that without **Treatment** commencing within 48 hours of the emergency event could result in death or serious impairment of bodily function.
Evacuation or Repatriation Service	Moving **You** to a **Hospital** which has the necessary **In-Patient** and **Day-Patient** medical facilities either in the country where **You** are taken ill or in another nearby country (evacuation) or bringing **You** back to either **Your** principal **Country of Nationality** or **Your** principal **Country of Residence** (repatriation). The service includes any **Medically Necessary Treatment** administered by the international assistance company appointed by **Us** while they are moving **You.**
Excluded Countries	Refers to the list of countries that we cannot offer **You** cover if you reside in any one of them. For details of **Our** list of **Excluded Countries**, please contact **Our** customer service team.
Expatriate	Any persons living and/or working outside of the country for which they hold a passport. Usually for a period of more than 180 days per **Period of Cover**.
Group Plan	The contract between the **Planholder** and **Us** which sets out terms and conditions of the cover provided. The full terms and conditions consist of the Group Employee application form (if applicable), **Certificate of Insurance**, **Benefit Schedule** and this employees' handbook.
High Cost Providers List	The list of medical providers that **We** exclude from cover. **We** do not cover any **Treatment** costs incurred in any medical provider that is within **Our High Cost Providers List**. **We** will update **Our High Cost Providers List** on a periodic basis. For details of **Our High Cost Providers List**, please contact **Our** customer service team.
Hospital	Any establishment, which is licensed as a medical or surgical hospital under the laws of the country where it operates. The following establishments are not considered hospitals: rest and nursing homes, spas, cure-centres and health resorts.
Hospital Accommodation	Refers to standard private or semi-private accommodation as indicated in the **Benefit Schedule**. Deluxe, executive rooms and VIP suites are not covered.
In-Patient	A patient who is admitted to **Hospital** and who occupies a bed overnight or longer, for medical reasons.
Insured Person/You/Your	**You** and/or the **Dependants** named on the **Certificate of Insurance** who are covered under this **Group Plan**.
Medical Condition	Any disease, injury, or illness.
Medical Practitioner	A person who has attained primary degrees in medicine or surgery following attendance at a **WHO**-recognised medical school and who is licensed to practise medicine by the relevant authority in the country where the **Treatment** is given. By "recognised medical school" **We** mean a medical school, which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the **WHO**.

Tanggal Masuk	Tanggal yang ditunjukkan pada **Sertifikat Asuransi** dimana **Tertanggung** disertakan dalam **Polis Grup** ini. **Kami** sudah harus menerima pembayaran premi agar **Manfaat Anda** dimulai.
Darurat	**Kondisi Medis** akut mendadak, serius, dan tak terduga atau cedera yang memerlukan **Pengobatan** medis segera, yang tanpa **Pengobatan** dimulai dalam waktu 48 jam semenjak kejadian darurat tersebut bisa mengakibatkan kematian atau kerusakan serius fungsi tubuh.
Layanan Evakuasi Inap atau Repatriasi	Memindahkan **Anda** ke **Rumah Sakit** yang memiliki fasilitas medis **Rawat** dan **Rawat Sehari** yang diperlukan baik di negara di mana **Anda** jatuh sakit atau di negara terdekat lainnya (evakuasi) atau membawa **Anda** kembali ke **Negara Kewarganegaraan** utama **Anda** atau **Negara Tempat Tinggal Anda** (repatriasi). Layanan ini mencakup setiap **Pengobatan** yang **secara Medis Diperlukan** yang diberikan oleh perusahaan bantuan internasional yang ditunjuk oleh **Kami** saat mereka memindahkan **Anda**.
Negara Pengecualian	Mengacu pada daftar negara yang tidak dapat kami berikan pertanggungan kepada Anda jika **Anda** tinggal di salah satu negara tersebut. Untuk rincian Daftar negara-negara yang dikecualikan, silakan hubungi tim layanan pelanggan **Kami**.
Ekspatriat	Setiap orang yang tinggal dan/atau bekerja di luar negeri yang mereka pegang paspornya. Biasanya untuk jangka waktu lebih dari 180 hari per **Masa Pertanggungan**.
Polis Grup	Kontrak antara **Pemegang Polis** dan **Kami** yang menetapkan ketentuan dan persyaratan pertanggungan yang disediakan. Persyaratan dan ketentuan lengkap terdiri dari formulir permohonan seleksi risiko medis penuh Karyawan Grup (jika ada), **Sertifikat Asuransi, Ikhtisar Manfaat** dan buku panduan peserta ini.
Daftar Penyedia Biaya Tinggi	Daftar penyedia medis yang **Kami** kecualikan dari pertanggungan. **Kami** tidak menanggung biaya **Pengobatan** apapun yang dikeluarkan di penyedia medis yang ada dalam **Daftar Penyedia Biaya Tinggi Kami**. **Kami** akan memperbarui **Daftar Penyedia Biaya Tinggi kami** secara berkala. Untuk rincian **Daftar Penyedia Biaya Tinggi Kami**, silakan hubungi tim layanan pelanggan **Kami**.
Rumah Sakit	Setiap lembaga, yang diberi izin sebagai rumah sakit medis atau bedah berdasarkan hukum negara di mana ia beroperasi. Lembaga berikut tidak dianggap sebagai rumah sakit: rumah istirahat dan panti jompo, spa, pusat penyembuhan dan resort kesehatan.
Akomodasi Rumah Sakit	Mengacu pada akomodasi pribadi atau semi-pribadi standar seperti ditunjukkan dalam **Ikhtisar Manfaat**. Kamar deluxe, executive dan VIP suite tidak ditanggung.
Pasien Rawat Inap	Pasien yang dirawat di **Rumah Sakit** dan yang menempati tempat tidur semalam atau lebih lama, karena alasan medis.
Tertanggung/Anda	**Anda** dan/atau **Tanggungan** yang disebutkan pada **Sertifikat Asuransi** yang ditanggung menurut **Polis Grup** ini.
Kondisi Medis	Setiap penyakit, cedera atau kesakitan
Praktisi Medis	Seorang yang telah mencapai gelar utama dalam bidang kedokteran atau bedah sesudah belajar di sekolah kedokteran yang diakui oleh **WHO** dan yang diberi izin untuk berpraktik kedokteran oleh lembaga yang berwenang di negara di mana **Pengobatan** diberikan. Yang **Kami** maksud dengan "sekolah kedokteran yang diakui" adalah sekolah kedokteran, yang tercantum dalam Direktori Dunia Sekolah Medis saat ini yang diterbitkan oleh **WHO**.

Medically Necessary	**Treatment**, which in the opinion of a qualified **Medical Practitioner** is appropriate and consistent with the diagnosis and which in accordance with generally accepted medical standards could not have been omitted without adversely affecting the **Insured Person's** condition or the quality of medical care rendered. Such **Treatment** must be required for reasons other than the comfort or convenience of the patient or **Medical Practitioner** and provided only for an appropriate duration of time. As used in this definition, the term "appropriate" shall mean taking patient safety and cost effectiveness into consideration. When specifically applied to **In-Patient Treatment**, medically necessary also means that diagnosis cannot be made, or **Treatment** cannot be safely and effectively provided on an **Out-Patient** basis.
New Born	A baby who is within the first 16 weeks of its life following birth.
Out-Patient Per Visit Excess	An uninsured amount payable by an **Insured Person** in respect of **Out-Patient** expenses before any **Benefits** are paid under the **Group Plan**, as specified in **Your Certificate of Insurance**. Each visit refers to each consultation. The **Out-Patient Per Visit Excess** applies per **Insured Person**, per **Out-Patient** consultation, when **You** receive **Eligible Out-Patient Treatment**.
Out-Patient	A patient who attends a **Hospital**, consulting room, or out-patient clinic and is not admitted as a **Day-Patient** or an **In-Patient**.
Period of Cover	The period of cover set out in the **Certificate of Insurance**. This will be a 12-month period starting from the **Start Date** or any subsequent **Renewal Date** as applicable.
Physiotherapist	A practising physiotherapist who is registered and licensed to practise in the country where **Treatment** is provided.
Pre-Authorisation	A process whereby an **Insured Person** seeks approval from **Us** prior to undertaking any **Treatment** or incurring costs. Please refer to section 4.2 for details.
Plan Administrator	The person appointed by the **Planholder** to administer the **Insured Person's Group Plan**, and to act as a coordinator with **Us**.
Planholder	The first **Insured Person** named on the **Certificate of Insurance**, or the company.
Pregnancy	Refers to the period of time from the date of the first diagnosis until delivery.
Primary Health Insurance	If **You** have more than one health insurance policy, this is the health insurance policy that pays claims first.
Primary Health Insurer	The insurer of the **Primary Health Insurance Plan**.
Private Room	Single occupancy accommodation in a private **Hospital**. Deluxe, executive rooms and VIP suites are not covered.
Qualified Nurse	A nurse whose name is currently on any register or roll of nurses, maintained by any Statutory Nursing Registration Body within the country where **Treatment** is provided.
Reasonable and Customary Charges	The standard fee that would typically be made in respect of **Your Treatment** costs, in the country **You** received **Treatment**. **We** may require such fees to be substantiated by an independent third party, such as a practising Surgeon/Physician/**Specialist**, government health department or medical providers within the **SimpleCare Provider Network**.

Secara Medis Diperlukan	**Pengobatan**, yang menurut pendapat dari **Praktisi Medis** 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 **Tertanggung** atau kualitas perawatan medis yang diberikan. **Pengobatan** tersebut harus diperlukan untuk alasan selain kenyamanan pasien atau **Praktisi Medis** dan disediakan hanya untuk durasi waktu yang tepat. Sebagaimana digunakan dalam definisi ini, istilah "tepat" berarti mempertimbangkan keselamatan pasien dan efektivitas biaya. Bila secara khusus diterapkan pada **Pengobatan Rawat Inap**, secara medis diperlukan juga berarti bahwa diagnosis tidak dapat dibuat, atau **Pengobatan** tidak dapat diberikan secara aman dan efektif secara **Rawat Jalan**.
Bayi Baru Lahir	Bayi yang berumur 16 minggu pertama sesudah lahir.
Biaya risiko sendiri per kunjungan Rawat jalan	Jumlah tidak ditanggung yang dibayar oleh **Tertanggung** sehubungan biaya **Rawat Jalan** sebelum **Manfaat** dibayar berdasarkan Polis, sebagaimana ditentukan dalam **Sertifikat Asuransi Anda**. Setiap kunjungan berlaku untuk setiap konsultasi. Biaya **Risiko Sendiri** per **kunjungan Rawat Jalan** berlaku per **Tertanggung**, per **konsultasi Rawat Jalan**, ketika **Anda** menerima **Perawatan Rawat Jalan** memenuhi syarat di dalam dan di luar **Jaringan Penyedia Now Health International**.
Pasien Rawat Jalan	Pasien yang mendatangi **Rumah Sakit**, ruang konsultasi, atau klinik rawat jalan dan tidak dirawat sebagai **Pasien Rawat Sehari** atau **Pasien Rawat Inap**.
Masa Pertanggungan	Masa pertanggungan yang ditetapkan dalam **Sertifikat Asuransi**. Ini adalah masa 12 bulan mulai dari **Tanggal Mulai** atau **Tanggal Pembaharuan** berikutnya yang berlaku.
Fisioterapis	Fisioterapis praktik yang terdaftar dan mendapat izin untuk berpraktik di negara di mana **Pengobatan** disediakan.
Pra-Otorisasi	Berarti suatu proses di mana **Tertanggung** meminta persetujuan dari **Kami** sebelum menjalani **Pengobatan** apapun atau mengeluarkan biaya. Untuk penjelasan rinci silakan lihat bagian 4.2.
Administrator Polis	Orang yang ditunjuk oleh **Pemegang Polis** untuk mengurus **Polis Grup** dari **Tertanggung**, dan untuk bertindak sebagai koordinator dengan **Kami**.
Pemegang Polis	Tertanggung pertama yang disebutkan dalam Sertifikat Asuransi, atau perusahaan.
Kehamilan	Mengacu pada kurun waktu dari tanggal diagnosa pertama sampai melahirkan.
Asuransi Kesehatan Primer	Jika **Anda** memiliki lebih dari satu polis asuransi kesehatan, ini adalah polis asuransi kesehatan yang membayar klaim lebih dahulu.
Penanggung Kesehatan Primer	Penanggung dari **Polis Asuransi Kesehatan Primer**.
Ruang Pribadi	Akomodasi hunian sendiri di **Rumah Sakit** swasta. Kamar deluxe, executive dan VIP suite tidak ditanggung.
Perawat Berijazah	Perawat yang namanya saat ini tercantum dalam setiap buku daftar pencatatan atau daftar nama perawat, dikelola oleh Badan Registrasi Perawat Resmi di negara di mana **Pengobatan** disediakan.
Biaya Wajar dan Layak	Biaya standar yang biasanya akan dikeluarkan dalam hal biaya **Pengobatan Anda**, di negara dimana **Anda** mendapat **Pengobatan. Kami** mungkin mensyaratkan biaya tersebut harus dibenarkan oleh pihak ketiga yang independen, misalnya Dokter Bedah praktik/Dokter/**Dokter Spesialis** atau departemen kesehatan pemerintah atau penyedia medis dalam **Jaringan Penyedia SimpleCare**.

Rehabilitation	**Medically Necessary Treatment** aimed at restoring independent activities of daily living and the normal form and/or function of an **Insured Person** following a **Medical Condition**.
Renewal Date	The anniversary of the **Start Date** of the **Group Plan**.
Secondary Health Insurance	If **You** have more than one health insurance policy, **Secondary Health Insurance** is the payer that pays claim after the **Primary Health Insurance** has paid its portion. If **You** have more than one health insurance policy, this **Group Plan** will be the health insurance policy that pays last. If this **Group Plan** is purchased as a **Secondary Health Insurance Plan**, **We** will only pay a claim if: - the claim was submitted to the **Primary Health Insurer** but the claim was not paid / fully settled due to ineligibility or the **Benefit** limits have been exhausted under the **Primary Health Insurance** contract, and - the unpaid claim amount is considered as **Eligible** claim under this **Group Plan**. **You** will need to provide a copy of the **Certificate of Insurance** of **Your Primary Health Insurance** when You apply for this **Group Plan**. In any case, **We** will only pay the remaining balance of an **Eligible** claim amount that was not settled by the **Primary Health Insurance**.
Semi-Private Room	Dual occupancy accommodation in a private **Hospital**. Deluxe, executive rooms and VIP suites are not covered.
SimpleCare Comprehensive Network	**Our** list of medical providers that is available to **You** if **You** have extended **Your** geographical area of cover to Worldwide Excluding USA.
SimpleCare Provider Network	**Our** lists of medical providers where **We** have a **Direct Billing** Agreement.
SimpleCare South East Asia Network	**Our** list of medical providers that is available to **You**.
Specialist	A surgeon, anaesthetist or physician who has attained primary degrees in medicine or surgery following attendance at a **WHO**-recognised medical school and who is licensed to practise medicine by the relevant authority in the country where the **Treatment** is given, and is recognised as having a specialised qualification in the field of, or expertise in, the **Treatment** of the disease, illness or injury being treated. By "recognised medical school" **We** mean a medical school which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the **WHO**.
Start Date	The start date shown on **Your Certificate of Insurance**.
Surgical Procedure	An operation requiring the incision of tissue or other invasive surgical intervention.
Terminal	Refers to the stage where **Treatment** can no longer be expected to cure the condition with death anticipated within 12 months of diagnosis.
Treatment	Surgical or medical services (including **Diagnostic Tests**) that are needed to diagnose, relieve or cure a **Medical Condition**.
Underwriters	Those insurance companies named as underwriters in the **Certificate of Insurance**. PT Sompo Insurance Indonesia is the underwriter.

Rehabilitasi	**Pengobatan yang secara Medis Diperlukan** yang dimaksudkan untuk memulihkan kegiatan yang dapat berdiri sendiri untuk kehidupan sehari-hari dan bentuk dan/atau fungsi normal dari **Tertanggung** setelah **Kondisi Medis**.
Tanggal Pembaharuan	Ulang tahun **Tanggal Mulai Polis Grup**.
Asuransi Kesehatan Sekunder	Jika Anda memiliki lebih dari satu polis asuransi kesehatan, **Asuransi Kesehatan Sekunder** adalah pembayar yang membayar klaim setelah **Asuransi Kesehatan Pimer** bagiannya telah dibayar. Jika **Anda** memiliki lebih dari satu polis asuransi kesehatan, **Polis Grup** ini akan menjadi polis asuransi kesehatan yang membayar terakhir. Jika **Polis Grup** ini dibeli sebagai **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**, **Kami** hanya akan membayar klaim jika: - klaim telah diajukan ke **Penanggung Kesehatan Primer** tetapi klaim tidak dibayar / dilunasi sepenuhnya karena tidak memenuhi syarat atau batas **Manfaat** yang telah habis berdasarkan kontrak **Asuransi Kesehatan Primer**, dan - jumlah klaim yang belum dibayar dianggap sebagai klaim yang memenuhi syarat berdasarkan **Polis Grup** ini. Anda harus memberikan salinan **Sertifikat Asuransi** dari **Asuransi Kesehatan Primer Anda** ketika **Anda** mengajukan **Polis Grup** ini. Dalam hal apapun, **Kami** hanya akan membayar sisa saldo dari jumlah klaim yang memenuhi syarat yang tidak dilunasi oleh **Asuransi Kesehatan Primer.**
Ruang Semi-Pribadi	Akomodasi hunian berdua di **Rumah Sakit** swasta. Kamar deluxe, executive dan VIP suite tidak ditanggung.
Jaringan Komprehensif SimpleCare	Daftar penyedia medis **Kami** yang disediakan untuk Anda jika Anda telah memperluas wilayah geografis pertanggungan Anda ke Ke Seluruh Dunia Kecuali USA.
Jaringan Penyedia SimpleCare	Daftar penyedia medis **Kami** di mana **Kami** memiliki Perjanjian Penagihan Langsung.
Jaringan Asia Tenggara SimpleCare	Daftar penyedia medis **Kami** yang tersedia untuk **Anda**.
Dokter Spesialis	Dokter bedah, dokter anestesi atau dokter yang telah mencapai gelar utama dalam bidang kedokteran atau bedah sesudah mengikuti sekolah kedokteran yang diakui **WHO** dan yang mendapat izin untuk berpraktik kedokteran dari instansi yang berwenang di negara di mana **Pengobatan** diberikan, dan diakui memiliki kualifikasi khusus dalam bidang atau keahlian **Pengobatan** penyakit, kesakitan atau cedera yang sedang diobati. Yang **Kami** maksud dengan "sekolah kedokteran yang diakui" adalah sekolah kedokteran yang tercantum dalam Direktori Dunia Sekolah Medis saat ini yang diterbitkan oleh **WHO**.
Tanggal Mulai	Tanggal mulai yang ditunjukkan pada **Sertifikat Asuransi Anda**.
Prosedur Bedah	Operasi yang membutuhkan sayatan jaringan atau intervensi bedah invasif lainnya.
Terminal	Setelah diagnosa bahwa kondisinya terminal dan **Pengobatan** tidak bisa lagi diharapkan untuk menyembuhkan kondisi tersebut dengan kematian diperkirakan terjadi dalam waktu 12 bulan setelah diagnosa.
Pengobatan	Layanan bedah atau medis (termasuk **Tes Diagnostik**) yang diperlukan untuk mendiagnosa, meringankan atau menyembuhkan **Kondisi Medis**.
Penanggung	Perusahaan-perusahaan asuransi yang disebutkan sebagai penanggung dalam **Sertifikat Asuransi**. PT Sompo Insurance Indonesia adalah penanggung asuransinya.

Vaccinations	Refers to all basic immunisations and booster injections required under regulation of the country in which **Treatment** is being given, any **Medically Necessary** travel vaccinations and malaria prophylaxis.
Waiting Period	Is a period of time starting on the **Entry Date** of the **Insured Person** during which the **Insured Person** is not entitled to cover for particular **Benefits**. **Your Benefit Schedule** will indicate which **Benefits** are subject to waiting periods.
We/Our/Us	PT Sompo Insurance Indonesia
WHO	The World Health Organisation.

Vaksinasi	Mengacu pada semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang dipersyaratkan dalam peraturan negara di mana **Pengobatan** yang diberikan, setiap vaksinasi perjalanan yang secara **Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.
Masa Tunggu	Adalah kurun waktu yang dimulai pada **Tanggal Masuk Tertanggung**, di mana **Tertanggung** tidak berhak atas pertanggungan untuk **Manfaat** tertentu. **Ikhtisar Manfaat Anda** akan menunjukkan **Manfaat** apa saja yang tunduk pada masa tunggu.
Kami	PT Sompo Insurance Indonesia
WHO	Organisasi Kesehatan Dunia.

2. Manage your Group plan online

A guide to the secure online portfolio area

The simplest way to manage **Your Group Plan** is via the secure online portfolio area which **You** can access at www.now-health.com. To access it **You** need the unique username and password **You** were supplied with when **You** joined. If **You** need help to retrieve this information, contact **Us** at IndonesiaService@now-health.com.

About me

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

My Plan

You can view **Your Group Plan** details and download **Your Certificate of Insurance**, members' handbook and claim form from here. **You** can also download **Your** membership card(s) and view **Your Benefit** limits.

My claims

Here **You** can submit an **Out-Patient** claim online and track **Your** claims. **You** can view information about all **Your** claims, past and present, including claim status, the medical provider and the amounts claimed and settled, in the currency **You** have selected. **You** can also submit a pre-authorisation request from here.

Other features

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

For more information, including simple video user guides on how to use the secure online portfolio area, please visit the community section of **Our** website: https://www.now-health.com/en/community/user-guides/

Download our mobile app

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

Download on the App Store

Google play

2. Mengelola Polis Grup anda secara online

Panduan ke area portofolio online yang aman

Cara paling mudah untuk mengelola **Polis Grup Anda** adalah melalui area portofolio online aman yang dapat **Anda** akses di www.now-health.com. Untuk mengaksesnya **Anda** membutuhkan nama pengguna dan kata sandi unik yang telah diberikan saat **Anda** bergabung. Jika **Anda** memerlukan bantuan untuk mengambil informasi ini, hubungi **Kami** di IndonesiaService@now-health.com.

Tentang saya

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

Polis Saya

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

Klaim Saya

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

Fitur lainnya

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

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

Unduh aplikasi mobile kami

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

Download on the App Store

Google play

3. How to claim

Your secure online portfolio area has a dedicated claims section with the latest information on all **Your** past and present claims. **You** can also use this area to make an **Out-Patient** claim (all **In-Patient** and **Day-Patient** claims must be pre-authorised).

To process **Your Out-Patient** claims, we require receipts with services breakdown, referral letters, diagnostic or medical reports (if any).

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 Out-Patient Treatment You have already paid for

Step 1

Choose how You would like to claim

You can claim using the secure online portfolio at www.now-health.com or the mobile app.

Step 2

Using the mobile app:

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

Using the secure online portfolio:

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

Step 3

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

Step 4

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

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.

For all **Out-Patient** claims where **We** reimburse **You**, **You** can choose which currency **You** would like **Your** claims to be settled in**.**

3. Cara mengajukan klaim

Area portofolio online yang aman memiliki bagian klaim khusus yang memuat informasi terbaru tentang klaim terdahulu dan sekarang. **Anda** juga dapat menggunakan area ini untuk mengajukan klaim **Pengobatan Rawat Jalan** (semua klaim **Pengobatan Rawat Inap** dan **Pengobatan Rawat Sehari** harus dipra-otorisasi).

Untuk memproses klaim **Pengobatan Rawat Jalan Anda**, kami meminta tanda terima dengan rincian layanan, surat rujukan, laporan diagnostik atau medis (jika ada).

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

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

3.1 Mengajukan klaim untuk Pengobatan Rawat Jalan yang Anda telah bayar

Langkah 1

Pilih cara pengajuan klaim yang Anda inginkan

Anda dapat mengajukan klaim dengan menggunakan portofolio online aman di www.now-health.com atau aplikasi ponsel.

Langkah 2

Menggunakan aplikasi ponsel:

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

Menggunakan portofolio online aman:

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

Langkah 3

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

Langkah 4

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

Kami akan mengirimkan email atau SMS kepada **Anda** setiap saat adanya perubahan status klaim pada akun **Anda** sehingga **Anda** mengetahui waktu yang paling relevan untuk masuk (login).

Catatan Penting:

Anda harus mengirimkan klaim **Anda** kepada **Kami** dalam waktu enam bulan sesudah **Pengobatan** (kecuali hal ini tidak mungkin secara wajar).

Harap simpan catatan asli jika **Anda** akan mengirim salinan kepada **Kami**, karena **Kami** mungkin meminta **Anda** untuk mengirimkan catatan ini di kemudian hari..

Untuk semua klaim **Pengobatan Rawat Jalan** di mana **Kami** mengembalikan uang **Anda**, **Anda** dapat memilih mata uang yang **Anda** inginkan untuk menyelesaikan klaim **Anda**.

3.2 Arranging Direct Settlement

For In-Patient and Day-Patient Treatment

If **You** are referred for **In-Patient** or **Day-Patient Treatment**, **You** must get all **In-Patient** and **Day-Patient Treatment** pre-authorised by **Us** in advance. Failure to do so means **You** may incur a proportion of the medical costs.

Step 1

Two working days before **You** are admitted (or whenever possible), contact **Our** customer service team at IndonesiaService@now-health.com

Tell **Us** the **Hospital** name, telephone number, fax number, the contact name at the **Hospital** and the name of the **Medical Practitioner**.

Step 2

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

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

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

Step 3

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

We may also ask **You** to fill in some extra forms, such as a release of medical information by the medical provider. **You** can access all the forms **You** need from **Your** secure online portfolio area at www.now-health.com.

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

Step 4

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

Important notes:

You must get all **In-Patient** and **Day-Patient Treatment** pre-authorised by **Us** in advance. Failure to do so means **You** may incur a proportion of the medical costs.

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

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

3.2 Mengurus Penyelesaian Langsung

Untuk Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari

Jika **Anda** dirujuk untuk **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari**, **Anda** harus mendapatkan semua Pra-Otorisasi **Pengobatan Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** dari **Kami**. Kegagalan melakukannya dapat mengakibatkan **Anda** mengeluarkan sebagian biaya medis.

Langkah 1

Dua hari kerja sebelum **Anda** dirawat (atau bila memungkinkan), hubungi tim layanan pelanggan **Kami** di IndonesiaService@now-health.com

Beritahu **Kami** nama **Rumah Sakit**, nomor telepon, nomor fax, nama kontak di **Rumah Sakit** dan nama **Praktisi Medis**.

Langkah 2

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

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

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

Langkah 3

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

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

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

Langkah 4

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

Catatan penting:

Anda harus mendapatkan semua Pra-Otorisasi **Pengobatan Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** dari **Kami**. Kegagalan melakukannya dapat mengakibatkan **Anda** mengeluarkan sebagian biaya medis.

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

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

3.3 When You need Emergency medical Treatment

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

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

Step 1

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

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

Step 2

Our Emergency assistance service will verify whether the **Medical Condition You** are claiming for is **Eligible** under **Your 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 Emergency assistance service will also ensure that any **Eligible** costs at the destination, such as admission costs, are settled directly with the **Hospital**.

Step 5

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

Important notes:

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

We will not pay for **Your Evacuation** costs if the **Evacuation** is directly or indirectly related to a **Medical Condition** which has been specifically excluded on **Your Certificate of Insurance**, or to any other **Medical Condition** or event specifically excluded in **Your 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. 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 What must I provide when making a claim?

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

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

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

3.5 Do I need to provide any other information?

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

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

3.6 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.
If **You** are buying this **Plan** as a **Secondary Insurance Plan**, **We** request **You** to provide the following before **We** process **Your** claim:

- A copy of **Your** claim forms, invoices and receipts with service breakdown submitted to the **Primary Health Insurer** for the purpose of claim from **Your Primary Health Insurance**; and
- A copy of the claims settlement advices issued by the Primary Insurer which show the claims assessment details including the breakdown of claims being settled by **Your Primary Health Insurance**; and
- A copy of an updated **Certificate Of Insurance** of **Your Primary Health Insurance** that was not provided to **Us** when **You** applied for cover, if any.

3.7 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 Plan** may be cancelled in line with section 8 in the Rights and Responsibilities section.

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

3.4 Apa yang saya harus sediakan saat mengajukan klaim?

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

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

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

3.5 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**.

3.6 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.

Jika **Anda** membeli **Polis** ini sebagai **Polis Asuransi Sekunder**, Kami meminta Anda untuk menyediakan hal-hal berikut sebelum Kami memproses klaim **Anda**:

- Salinan formulir klaim, faktur, dan tanda terima **Anda** beserta rincian layanan yang dikirim ke **Penanggung Kesehatan Primer** untuk tujuan klaim dari **Asuransi Kesehatan Primer Anda**; dan
- Salinan saran penyelesaian klaim yang dikeluarkan oleh **Penanggung Primer** yang menunjukkan rincian penilaian klaim termasuk rincian klaim yang dibayar oleh **Asuransi Kesehatan Primer Anda**; dan
- Salinan **Sertifikat Asuransi Kesehatan Primer Anda** terbaru yang tidak diberikan kepada **Kami** ketika **Anda** mengajukan permohonan untuk pertanggungan, jika ada.

3.7 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.

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

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

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

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

The **Deductible** applies per **Insured Person**, per **Period of Cover**. If the full **Deductible** amount has not been fulfilled after the first claim, the **Deductible** balance will be taken from subsequent claims before any **Eligible** claim amount is paid.

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

If **You** have both a **Deductible** and an **Out-Patient Per Visit Excess**, the **Out-Patient Per Visit Excess** will only be taken after the full **Deductible** amount has been fulfilled.

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

If **You** have both a **Deductible** and a **Co-Insurance Out-Patient** option , We will first apply the **Deductible** before any **Co-Insurance** is applied. For example, if an **Insured Person** has a USD 150 **Deductible** and a 20% **Out-Patient Co-Insurance**, and the **Eligible Out-Patient** claimed amount is USD 500, then the **Insured Person** needs to pay the USD 150 **Deductible** plus 20% of the balance of the claimed amount, which is a total of USD 220. **We** will then pay USD 280 towards this claim.

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

3.9 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 **Group 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 Citibank as of the **Treatment** date.

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

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

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

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

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

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

Ko-Asuransi adalah pembayaran persentase yang **Anda** lakukan terhadap biaya klaim yang memenuhi syarat per **Masa Pertanggungan**. Sebagai contoh, jika **Tertanggung** memiliki 20% **Ko-Asuransi** yang berlaku pada **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat** dan jumlah yang diklaim adalah USD 100, maka **Tertanggung** harus membayar USD 20 dan **Kami** akan membayar USD 80 terhadap klaim ini. Jika Anda memiliki opsi **Biaya Risiko Sendiri** dan **Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi**, pertama-tama kami akan menerapkan **Biaya Risiko Sendiri** sebelum **Ko-Asuransi** diterapkan. Misalnya, jika Tertanggung memiliki **Biaya Risiko Sendiri** USD 150 dan 20% **Ko-Asuransi Pengobatan Rawat Jalan**, dan **Pengobatan Rawat Jalan yang Memenuhi Syarat** yang diklaim adalah USD 500, maka Tertanggung harus membayar **Biaya Risiko Sendiri** USD 150 ditambah 20% dari saldo jumlah yang diklaim, yaitu total USD 220. **Kami** kemudian akan membayar USD 280 untuk klaim ini.

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

3.9 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 Grup** 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 Citibank pada tanggal **Pengobatan**.

3.10 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*.

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

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

3.10 Dalam mata uang apa klaim dapat diajukan?

Anda memiliki pilihan penggantian klaim baik dalam mata uang dari **Polis Anda**, mata uang dimana **Anda** mengeluarkan klaim **Anda**, atau mata uang lain pilihan **Anda**. Di bawah ini adalah mata uang dimana **Kami** dapat bertransaksi*.

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

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

Product Information

4. Benefits: What is covered?

All the **Benefits** covered by SimpleCare are shown in the **Benefit Schedule** in this section. The **Benefit** limits are per **Insured Person** and either per **Medical Condition,** per visit or per **Period of Cover**.

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 SimpleCare

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

SimpleCare provides cover for **Treatment** incurred in South East Asia (excluding Singapore) only, unless the Worldwide Excluding USA option is being selected.

A summary of each **Group Plan** is shown below:

SimpleCare CORE	Cover for **In-Patient** and **Day-Patient Treatment**, and various **Deductible** options to lower **Your** premiums, if **You** want to cover high cost/low frequency major medical events only.
SimpleCare 100	As with SimpleCare CORE and generally higher **Group Plan** limits, and limited cover for **Out-Patient Treatment**. A 20% **Co-Insurance*** will apply to all **Eligible Out-Patient Treatment** under this **Group Plan**.
SimpleCare 250	As with SimpleCare 100, but with higher **Out-Patient Benefit** limits, and cover for dental. A 20% **Co-Insurance*** will apply to all **Eligible Out-Patient Treatment** under this **Group Plan**.

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.

* **Co-Insurance** will not apply to **Treatment** relating to Renal dialysis/Renal failure, **Cancer** or Organ Transplants

4.2 Pre-Authorisation

Pre-Authorisation is mandatory for all **In-Patient** and **Day-Patient Treatment** under this **Group Plan**.

For planned **Treatment**, **You** must contact **Our** customer service team on
Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | Fax +62 21 515 7639
Email IndonesiaService@now-health.com, at least 2 working days before **Treatment** starts.

In the case of any **Emergency**, You, the treating **Medical Practitioner** or the **Hospital**, must contact Our 24 hour **Emergency** assistance service on +62 21 2783 6940 or email IndonesiaService@now-health.com as soon as possible and prior to discharge.

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**.

If **Pre-Authorisation** is not obtained and **Treatment** is received and is subsequently proven not to be **Medically Necessary**, **We** reserve the right to decline **Your** claim. If **Treatment** is **Medically Necessary**, but **You** did not obtain **Pre-Authorisation**, **We** will only pay up to **Reasonable and Customary Charges**.

Failure to obtain **Pre-Authorisation** for **Treatment** of an **Eligible Medical Condition** means **You** may incur a proportion of the costs.

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 kunjungan atau per **Masa Pertanggungan**.

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 SimpleCare

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

SimpleCare memberikan pertanggungan yang dikeluarkan di Asia Tenggara (kecuali Singapura) saja, kecuali opsi Di Seluruh Dunia Tidak Termasuk Amerika Serikat yangdipilih.

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

SimpleCare CORE	Pertanggungan untuk **Pengobatan Rawat Inap** dan **Rawat Sehari**, dan pilihan untuk **Biaya Risiko Sendiri** yang lebih tinggi untuk menurunkan premi **Anda**, jika **Anda** ingin menanggung biaya tinggi/kejadian biaya medis utama yang jarang terjadi saja.
SimpleCare 100	Seperti SimpleCare CORE dan umumnya batas **Polis Grup** yang lebih tinggi, dan pertanggungan terbatas untuk **Pengobatan Rawat Jalan**. 20% **Ko-Asuransi*** akan berlaku untuk semua **Pengobatan Rawat Jalan** yang Memenuhi Syarat menurut **Polis Grup** ini.
SimpleCare 250	Seperti SimpleCare 100, tetapi dengan batas **Manfaat Rawat Jalan** yang lebih tinggi, dan pertanggungan untuk gigi. 20% **Ko-Asuransi*** akan berlaku untuk semua **Pengobatan Rawat Jalan** yang Memenuhi Syarat menurut **Polis Grup** ini.

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.

* **Ko-Asuransi** tidak akan berlaku untuk **Pengobatan** yang berkaitan dengan cuci darah/gagal ginjal, kanker Transplantasi Organ

4.2 Pra-Otorisasi

Pra-Otorisasi wajib untuk semua **Pengobatan Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** menurut **Polis Grup** ini.

Untuk **Pengobatan** yang direncanakan, **Anda** harus menghubungi tim layanan pelanggan **Kami** Telepon Bebas Pulsa 0800 1 889900/ Tol +62 21 2783 6910 | Faks +62 21 515 7639 Email IndonesiaService@now-health.com, setidaknya 2 hari kerja sebelum **Pengobatan** dimulai.

Dalam kasus **Darurat** apapun, **Anda**, **Praktisi Medis** yang mengobati atau **Rumah Sakit**, harus menghubungi layanan bantuan **Darurat** 24 jam **Kami** di +62 21 2783 6940 atau kirim email ke IndonesiaService@now-health.com sesegera mungkin dan sebelum pulang.

Polis Grup Anda dengan **Kami** hanya akan menanggung **Biaya yang Wajar dan Umum untuk Pengobatan yang Diperlukan secara Medis**. Penting bagi **Anda** untuk menghubungi **Kami** sebelum **Pengobatan** ke **Kami** untuk mengonfirmasi apakah **Pengobatan** tersebut **Memenuhi Syarat** dalam **Polis Grup Anda**.

Jika **Pra-Otorisasi** tidak diperoleh dan **Pengobatan** diterima dan kemudian terbukti tidak **Diperlukan secara Medis**, **Kami** berhak menolak klaim **Anda**. Jika **Pengobatan Secara Medis Diperlukan**, tetapi **Anda** tidak mendapatkan **Pra-Otorisasi**, **Kami** hanya akan membayar **Biaya yang Wajar dan Umum**.

Kelalaian untuk mendapatkan **Pra-Otorisasi** untuk **Pengobatan Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** berarti **Anda** mungkin harus mengeluarkan sebagian dari biaya.

4.3 Now Health International: SimpleCare

SimpleCare 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.

If **You** are unsure of **Your** particular circumstances, please contact **Our** customer service team before incurring any **Treatment** costs. Some cover states "Full Refund" and this means that **Eligible** claims are covered up to the annual maximum **Group Plan** limit or Annual **Out-Patient** Limit, after any deduction of any **Deductible** or **Out-Patient Per Visit Excess** or **Co-Insurance** or similar condition, if **Reasonable and Customary Charges** for **Medically Necessary Treatment** are incurred.

4.3 Now Health International: SimpleCare

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

Jika **Anda** tidak yakin akan keadaan khusus **Anda**, hubungi tim Layanan Nasabah **Kami** sebelum mengeluarkan biaya **Pengobatan**. Beberapa pertanggungan menyatakan "Pengembalian Penuh" dan ini berarti bahwa klaim yang **Memenuhi Syarat** ditanggung sampai batas maksimum tahunan **Polis**, setelah dikurangi setiap **Biaya Risiko Sendiri per kunjungan Rawat jalan** atau **Ko-Asuransi** atau ketentuan serupa, jika **Biaya yang Wajar dan Layak** untuk **Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan** dikeluarkan.

4.3.1 SimpleCare CORE

Benefit	SimpleCare CORE
Annual Maximum Group Plan Limit ***24/7 helpline and assistance services available on all Group Plans***	**USD 1,000,000**
Geographical Area Default	
Area of Cover: South East Asia (excluding Singapore)	*Default Network:* ***SimpleCare South East Asia Network***
1. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees: *(i) Charges for **In-Patient** or **Day-Patient Treatment** made by a **Hospital** including charges for accommodation (ward/semi-private or private); **Diagnostic Tests**; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a **Qualified Nurse**; **Drugs and Dressings** prescribed by a **Medical Practitioner** or **Specialist**; and surgical appliances used by the **Medical Practitioner** during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an **In-Patient** or **Day-Patient** and includes charges for intensive care.* *(ii) Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an **Eligible Medical Condition** which required **In-Patient** or **Day-Patient Hospital Treatment**.*	*(i)* ▶ *Full refund* *(ii)* ▶ *Up to USD 1,500 per* ***Medical Condition***
2. Diagnostic Procedures: ***Medically Necessary** diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans.*	▶ *Full refund for **In-Patient** pre and post-operative scans*
3. Renal Failure and Renal Dialysis: *(i) **Treatment** of renal failure, including renal dialysis on an **In-Patient** basis.* *(ii) **Treatment** of renal failure, including renal dialysis on a **Day-Patient** or **Out-Patient** basis.*	*(i)* ▶ ***In-Patient** pre and post-operative care up to six weeks* *Maximum up to USD10,000 per **Period of Cover*** *(ii)* ▶ *Not covered*
4. Organ Transplant: ***Treatment** for and in relation to a human organ transplant of kidney, pancreas, liver, heart, lung, bone marrow, cornea, or heart and lung, in respect of the **Insured Person** as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under **Benefit** 7 - **Congenital Disorder** but excluded from **Benefit** 4 – Organ Transplant.* ***We** only pay for transplants carried out in internationally-accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with **WHO** guidelines.* *Medical costs associated with the donor and the cost of the donor organ search are excluded from this **Benefit**.*	▶ *Up to USD 100,000 per **Period of Cover***
5. Cancer Treatment: ***Treatment** given for **Cancer** received as an **In-Patient**, **Day-Patient** or **Out-Patient**. Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.*	▶ *Full refund*

▶ Full refund ▶ Not covered ▶ Subject to limits ▶ Optional

4.3.1 SimpleCare CORE

Manfaat	SimpleCare CORE
Batas Maksimum Tahunan Polis Grup ***Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup***	**USD 1,000,000**
Standar Wilayah Geografis	
Wilayah Pertanggungan: Asia Tenggara (Kecuali Singapura)	*Jaringan Standar:* ***Jaringan Asia Tenggara SimpleCare***
1. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis: *(i) Biaya untuk **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** yang dilakukan oleh **Rumah Sakit** termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); Tes Diagnostik; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh **Perawat Berijazah**; **Obat dan Perban** yang diresepkan oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis**; dan peralatan bedah yang digunakan oleh **Praktisi Medis** selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.* *(ii) Biaya Tambahan: Pembelian dan penyewaan kruk, tongkat, alat bantu berjalan dan kursi roda non-elektronik manual dalam waktu enam bulan dari **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang memerlukan **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** di **Rumah Sakit**.*	*(i)* ▶ *Pengembalian penuh* *(ii)* ▶ *Hingga USD 1,500 per **Kondisi Medis***
2. Prosedur Diagnostik: *Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT).*	▶ *Pengembalian penuh untuk **Pengobatan Rawat Inap** pemindaian pra dan pasca operasi*
3. Gagal Ginjal dan Cuci Darah: *(i) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Inap**.* *(ii) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**.*	*(i)* ▶ *Perawatan pra dan pasca operasi pasien **Rawat Inap** hingga enam minggu Maksimum hingga USD 10,000 per **Periode Pertanggungan*** *(ii)* ▶ *Tidak ditanggung*
4. Transplantasi Organ: ***Pengobatan** untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan **Tertanggung** sebagai penerima. Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggungan akan disediakan berdasarkan **Manfaat** 7 - kelainan bawaan tetapi dikecualikan dari **Manfaat** 4 – Transplantasi Organ.* ***Kami** hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman **WHO**.* *Biaya medis yang berkaitan dengan donor dan pencarian organ donor dikecualikan dalam **Manfaat** ini.*	▶ *Hingga USD 100,000 per **Masa Pertanggungan***
5. Pengobatan Kanker: ***Pengobatan** yang diberikan untuk **Kanker** yang diterima sebagai pasien **Rawat Inap**, **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.*	▶ *Pengembalian penuh*

▶ *Pengembalian penuh* ▶ *Tidak ditanggung* ▶ *Sesuai dengan batas* ▶ *Pilihan*

Benefit	SimpleCare CORE
6. New Born Cover: ***In-Patient Treatment*** *of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an* ***Acute Condition*** *being suffered by a* ***New Born*** *baby of an* ***Insured Person*** *which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the* ***New Born*** *baby is added to the* ***Group Plan*** *within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.* *In circumstances where* ***We*** *require details of the* ***New Born*** *baby's medical history before the baby is being added to the* ***Group Plan****,* ***We*** *reserve the right to apply particular restrictions to the cover* ***We*** *will offer. Please refer to Section 6.5 - Adding* ***New Born*** *of this Members Handbook for details.*	*Up to USD 25,000 per* ***Period of Cover***
7. Congenital Disorder: ***In-Patient Treatment*** *for a* ***Congenital Disorder****. In circumstances where a* ***Congenital Disorder*** *manifests itself in a* ***New Born*** *baby within 30 days of birth, cover for such* ***Medical Conditions*** *will be provided under* ***Benefit*** *6 -* ***New Born*** *Cover but excluded from* ***Benefit*** *7 –* ***Congenital Disorders****.*	*Up to USD 25,000 per* ***Period of Cover***
8. Parent Accommodation: *The cost of one parent staying in* ***Hospital*** *overnight with an* ***Insured Person*** *under 18 years old while the child is admitted as an* ***In-Patient*** *for* ***Eligible Treatment****.*	*Full refund*
9. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother: ***Hospital Accommodation*** *costs relating to a* ***New Born*** *baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an* ***Insured Person****) while she is receiving* ***Eligible Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *in a* ***Hospital****.*	*Full refund*
10. Reconstructive Surgery: *Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an* ***Accident*** *or following a* ***Surgical Procedure*** *for an* ***Eligible Medical Condition****, which occurred after an* ***Insured Person's Entry Date*** *or* ***Start Date*** *whichever is later.*	*Full refund*
11. Day-Patient or Out-Patient Surgery: ***Treatment*** *costs for a* ***Surgical Procedure*** *performed in a surgery,* ***Hospital****, day-care facility or* ***Out-Patient*** *department.*	*Full refund*
12. In-Patient Emergency Dental Treatment: *This means* ***Emergency*** *restorative dental* ***Treatment*** *required to sound, natural teeth following an* ***Accident*** *which necessitates* ***Your*** *admission to* ***Hospital*** *for at least one night.* *The dental* ***Treatment*** *must be received within 10 days of the* ***Accident****. This* ***Benefit*** *covers all costs incurred for* ***Treatment*** *made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:* • *If the* ***Treatment*** *involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture,* ***We*** *will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality* • *If implants are clinically needed* ***We*** *will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead* • *Damage to dentures providing they were being worn at the time of the injury*	*Full refund*
13. Rehabilitation: *When referred by a* ***Specialist*** *as an integral part of* ***Treatment*** *for a* ***Medical Condition*** *necessitating admission to a recognised* ***Rehabilitation*** *unit of a* ***Hospital****. Where the* ***Insured Person*** *was confined to a* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *for at least three consecutive days, and where a* ***Specialist*** *confirms in writing that* ***Rehabilitation*** *is required. Admission to a* ***Rehabilitation*** *unit must be made within 14 days of discharge from* ***Hospital****. Such* ***Treatment*** *should be under the direct supervision and control of a* ***Specialist*** *and would cover:* *(i) Use of special* ***Treatment*** *rooms* *(ii) Physical therapy fees* *(iii) Speech therapy fees* *(iv) Occupational therapy fees*	*Full refund for* ***Eligible In-Patient Treatment*** *only up to 30 days per* ***Medical Condition***
14. Nursing Care at Home: *Care given by* ***Qualified Nurse*** *in the* ***Insured Person's*** *own home, which is immediately received subsequent to* ***Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient*** *on the recommendation of a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****.*	*Not covered*

Full refund Not covered Subject to limits Optional

Manfaat	SimpleCare CORE
6. Pertanggungan untuk Bayi Baru Lahir: ***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau* ***Kondisi Akut*** *yang diderita oleh bayi* ***Baru Lahir*** *dari* ***Tertanggung*** *yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi* ***Baru Lahir*** *ditambahkan ke dalam* ***Polis Grup*** *dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.* *Dalam keadaan di mana* ***Kami*** *memerlukan rincian riwayat medis bayi baru lahir sebelum bayi ditambahkan ke* ***Polis Grup****,* ***Kami*** *berhak untuk menerapkan pembatasan tertentu pada perlindungan yang akan* ***Kami*** *tawarkan. Untuk lebih rinci Lihat Buku panduan Bagian 6.5 – Menambahkan Bayi* ***Baru Lahir****.*	*Hingga USD 25,000 per* ***Masa Pertanggungan***
7. Kelainan Bawaan: ***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk* ***Kelainan Bawaan****. Dalam keadaan di mana* ***Kelainan Bawaan*** *muncul pada bayi* ***Baru Lahir*** *dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungan untuk* ***Kondisi Medis*** *tersebut akan diberikan berdasarkan* ***Manfaat*** *6 - Pertanggungan untuk Bayi* ***Baru Lahir*** *tetapi dikecualikan dari* ***Manfaat*** *7 –* ***Kelainan Bawaan****.*	*Hingga USD 25,000 per* ***Masa Pertanggungan***
8. Akomodasi Orang Tua *Biaya satu orangtua opname di* ***Rumah Sakit*** *semalam dengan* ***Tertanggung*** *di bawah 18 tahun sementara anak dirawat sebagai* ***Pasien Rawat Inap****.*	*Pengembalian penuh*
9. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru yang Ditemani Ibu mereka: *Biaya* ***Akomodasi Rumah Sakit*** *yang berkaitan dengan bayi* ***Baru Lahir*** *(hingga usia 16 minggu) untuk menemani ibunya (sebagai* ***Tertanggung****) saat ia menerima Pengobatan yang Layak sebagai* ***Pasien Rawat Inap*** *di* ***Rumah Sakit****.*	*Pengembalian penuh*
10. Bedah Rekonstruksi: *Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah* ***Kecelakaan*** *atau sesudah* ***Prosedur Bedah*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat****, yang terjadi setelah* ***Tanggal Masuk*** *atau* ***Tanggal Mulai Tertanggung*** *yang mana yang paling akhir.*	*Pengembalian penuh*
11. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan: *Biaya* ***Pengobatan*** *untuk* ***Prosedur Bedah*** *yang dilakukan di tempat praktek dokter,* ***Rumah Sakit****, fasilitas penitipan anak atau instalasi* ***Rawat Jalan****.*	*Pengembalian penuh*
12. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap: *Ini berarti* ***Pengobatan*** *restorasi gigi* ***Darurat*** *yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu* ***Kecelakaan*** *yang mengharuskan* ***Anda*** *masuk ke* ***Rumah Sakit*** *selama setidaknya satu malam.* ***Pengobatan*** *gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari* ***Kecelakaan*** *tersebut.* ***Manfaat*** *ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk* ***Pengobatan*** *yang diperlukan akibat cedera karena* ***kecelakaan*** *yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:* • *Jika* ***Pengobatan*** *meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan,* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Layak untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.* • *Jika implan dibutuhkan secara klinis* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.* • *Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera.*	*Pengembalian penuh*
13. Rehabilitasi *Atas saran dari* ***Dokter Spesialis*** *sebagai bagian integrasi dari* ***Pengobatan*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang memerlukan masuk ke unit* ***Rehabilitasi Rumah Sakit*** *yang diakui. Bila* ***Tertanggung*** *dirawat di* ***Rumah Sakit*** *sebagai pasien* ***Rawat Inap*** *selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila* ***Dokter Spesialis*** *menegaskan secara tertulis bahwa* ***Rehabilitasi*** *diperlukan. Masuk ke unit* ***Rehabilitasi*** *harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar* ***Rumah Sakit****.* ***Pengobatan*** *tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung* ***Dokter Spesialis*** *dan akan mencakup:* *(i) Penggunaan kamar* ***Pengobatan*** *khusus* *(ii) Biaya terapi fisik* *(iii) Biaya terapi wicara* *(iv) Biaya terapi okupasi*	*Pengembalian penuh untuk* ***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *hanya sampai 30 hari per* ***Kondisi Medis***
14. Perawatan di Rumah: *Perawatan yang diberikan oleh* ***Perawat Berijazah*** *di rumah* ***Tertanggung*** *sendiri, yang segera diterima setelah* ***Pengobatan*** *sebagai pasien* ***Rawat Inap*** *atau pasien* ***Rawat Sehari*** *berdasarkan rekomendasi dari* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Dokter Spesialis****.*	*Tidak ditanggung*

Pengembalian penuh *Tidak ditanggung* *Sesuai dengan batas* *Pilihan*

Benefit	SimpleCare CORE
15. Emergency Ambulance Transportation: ***Emergency*** *road ambulance transport costs to or between* ***Hospitals****, or when considered* ***Medically Necessary*** *by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****.*	*Full refund*
16. Evacuation and Repatriation:	
Evacuation *Arrangements will be made to move an* ***Insured Person*** *who has a critical, life-threatening* ***Eligible Medical Condition*** *to the nearest medical facility for the purpose of admission to* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient****.*	*Combined limit up to USD 100,000*
Reasonable expenses for:	
(i) Transportation costs of an ***Insured Person*** *in the event of* ***Emergency Treatment*** *and* ***Medically Necessary*** *transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.*	*(i) Full refund*
(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when ***Treatment*** *is being received as a* ***Day-Patient****.*	*(ii) Full refund*
(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the ***Hospital*** *to visit the* ***Insured Person*** *following admission as an* ***In-Patient****.*	*(iii) Full refund*
*(iv) Reasonable costs for non-****Hospital Accommodation*** *only for immediate pre and post-****Hospital*** *admission periods provided that the* ***Insured Person*** *is under the care of a* ***Specialist****.*	*(iv) Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per* ***Evacuation***
Costs of ***Evacuation*** *do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.*	
Our *medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the* ***Evacuation*** *and this* ***Benefit*** *will not cover travel if it is against the advice of* ***Our*** *medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the* ***Eligible Medical Condition****.*	
Repatriation *An economy class airfare ticket to return the* ***Insured Person*** *and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of* ***Treatment*** *or the* ***Insured Person's*** *principal* ***Country of Nationality*** *or principal* ***Country of Residence****, as long as the journey is made within one month of completion of* ***Treatment****.*	*Full refund*
You *are* ***Eligible*** *for* ***Medically Necessary Repatriation*** *costs only if there was an initial* ***Evacuation*** *that has taken place.*	
Deductible *would apply to* ***Medically Necessary Treatment*** *required under this* ***Benefit****.*	
17. Emergency Non-Elective Treatment outside Area of Cover: *For planned trips up to 30 days of duration.* ***Treatment*** *by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist*** *starting within 24 hours of the* ***Emergency*** *event, required as a result of an* ***Accident*** *or the sudden beginning of a severe illness resulting in a* ***Medical Condition*** *that presents an immediate threat to the* ***Insured Person's*** *health.*	***Accident:*** *Full refund for* ***Accident*** *requiring* ***In-Patient*** *and* ***Day-Patient*** *care* *Illness:* ***In-Patient*** *and* ***Day-Patient*** *care up to USD 25,000 per* ***Period of Cover***
18. Hospital Cash Benefit: *This* ***Benefit*** *is payable for each night an* ***Insured Person*** *receives* ***In-Patient Treatment*** *and only if:*	*USD 125 per night*
(i) the ***Insured Person*** *is admitted for an elective* ***In-Patient Treatment*** *before midnight, and the* ***Treatment*** *is received within the public hospitals of the* ***Insured Persons' Country of Residence****; or*	
(ii) this ***Group Plan*** *being the* ***Secondary Health Insurance Plan****. However, if* ***You*** *have a USD 10,000 or USD 15,000* ***Group Plan Deductible****,* ***You*** *are not* ***Eligible*** *for this* ***Benefit****.*	
Cover under this ***Benefit*** *is limited to a maximum of 30 nights per* ***Period of Cover****.*	
For this ***Benefit*** *exclusion 5.9 does not apply.*	

Full refund | Not covered | Subject to limits | Optional

Manfaat	SimpleCare CORE
15. Transportasi Ambulans Darurat: *Biaya transportasi ambulans perjalanan **Darurat** ke atau antar **Rumah Sakit**, atau bila dipertimbangkan **Secara Medis Diperlukan** oleh **Praktisi Medis** atau **Spesialis**.*	▶ *Pengembalian penuh*
16. Evakuasi dan Repatriasi: **Evakuasi** *Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan **Tertanggung** yang memiliki **Kondisi Medis** kritis dan mengancam jiwa yang **Memenuhi Syarat** ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke **Rumah Sakit** sebagai pasien **Rawat Inap** atau pasien **Rawat Sehari**.*	*Limit gabungan hingga USD 100,000*
Biaya yang wajar untuk:	
*(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)* ▶ *Pengembalian penuh*
*(ii) Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika **Pengobatan** diterima sebagai Pasien **Rawat Sehari**.*	*(ii)* ▶ *Pengembalian penuh*
*(iii) Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari **Rumah Sakit** untuk mengunjungi **Tertanggung** sesudah masuk sebagai Pasien **Rawat Inap**.*	*(iii)* ▶ *Pengembalian penuh*
*(iv) Biaya yang wajar untuk **Akomodasi** non **Rumah Sakit** hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk **Rumah Sakit** asalkan **Tertanggung** sedang dirawat oleh **Dokter Spesialis**.*	*(iv)* ▶ *Hingga USD 200 per hari hingga USD 7,500 per orang, per **Evakuasi***
*Biaya **Evakuasi** tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.* *Penasihat medis **Kami** akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk **Evakuasi** dan **Manfaat** ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis **Kami** atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati **Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat**.*	
Repatriasi *Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan **Tertanggung** dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi **Pengobatan** atau **Negara Kewarganegaraan** utama atau **Negara Tempat Tinggal** utama **Tertanggung**, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah **Pengobatan** selesai.* *Biaya yang terkait dengan **Kehamilan** dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari **Manfaat** ini.*	▶ *Pengembalian penuh*
17. Pertanggungan untuk Pengobatan Non-Elektif di luar Wilayah Pertanggungan: *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**.*	▶ ***Kecelakaan:*** *Pengembalian penuh untuk **Kecelakaan** yang memerlukan perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari*** ▶ *Sakit: Perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** hingga USD 25,000 per **Masa Pertanggungan***
18. Manfaat Tunai di Rumah Sakit: ***Manfaat** ini dibayar selama setiap malam **Tertanggung** menerima **Pengobatan Rawat Inap** dan hanya jika* *(i) **Tertanggung** dirawat untuk **Pengobatan Rawat Inap** sebelum tengah malam, dan **Pengobatan** diterima di rumah sakit umum di **Negara Tempat Tinggal Tertanggung**; atau* *(ii) **Polis Grup** ini menjadi **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**. Namun, jika **Anda** memiliki USD 10,000 atau USD 15,000, **Biaya Risiko Sendiri Polis Grup**, **Anda** tidak memenuhi syarat untuk **Manfaat** ini.* ***Pertanggungan** berdasarkan **Manfaat** ini terbatas hingga maksimum 30 malam per **Masa Pertanggungan**.* *Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.9 tidak berlaku.*	▶ *USD 125 per malam*

▶ *Pengembalian penuh* ▶ *Tidak ditanggung* ▶ *Sesuai dengan batas* ▶ *Pilihan*

Benefit	SimpleCare CORE
19. Out-Patient Charges: *(i)* ***Medical Practitioner*** *fees including consultations;* ***Specialist*** *fees;* ***Diagnostic Tests***. *(ii) Prescribed* ***Drugs and Dressings***.	*(i)* ▶ *Pre-operative consultation within 15 days from the admission and post hospitalisation consultation within 30 days following discharge from* ***Hospital*** *Up to maximum USD 750 per* ***Medical Condition*** *per* ***Period of Cover*** *(ii)* ▶ *Not covered*
20. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies: *(i) Physiotherapy by a Registered* ***Physiotherapist****, when referred by a* ***Medical Practitioner****, or* ***Specialist***. *(ii) Complementary medicine and* ***Treatment*** *by a therapist, when referred by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist***. *This* ***Benefit*** *extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture* ***Treatment***. *(iii)* ***Out-Patient Treatment*** *for therapies administered by a recognised traditional Chinese* ***Medical Practitioner*** *or an Ayurvedic* ***Medical Practitioner***. ***We*** *do not cover charges for general chiropody or podiatry.*	▶ *Not covered*
21. Dental Care: *Fees of a registered* ***Dental Practitioner*** *carrying out dental* ***Treatment*** *in a dental clinic/surgery.* *This* ***Benefit*** *provides cover for the below dental* ***Treatment****:* - *Screening (including x-rays where necessary)* - *Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year)* - *Fillings and extractions (non-surgical and surgical)* - *Root canal treatment* - *New or repair of crowns, dentures, in lays and bridges* - *Apicoectomy* *Dental implants and orthodontics* ***Treatment*** *are specifically excluded under this* ***Benefit***. *No other* ***Treatment*** *is covered by this* ***Benefit***. ***Waiting Period****: Costs incurred within nine months from the* ***Entry Date*** *are excluded.* *A* ***Co-Insurance*** *of 20% applies.* *For this* ***Benefit*** *the* ***Group Plan Deductible*** *or* ***Group Plan Out-Patient Per Visit Excess*** *does not apply.*	▶ *Not covered*

Geographical Area Option	SimpleCare CORE
22. Area of Cover: Worldwide Excluding USA *By selecting this option,* ***Your*** *area of cover will become Worldwide but excluding elective* ***Treatment*** *in the USA.* ***You*** *will also be able to access to the* ***SimpleCare Comprehensive Network***.	▶ *Optional*

Manfaat	SimpleCare CORE
19. Biaya Rawat Jalan: (i) *Biaya **Praktisi Medis** termasuk konsultasi; Biaya **Dokter Spesialis**; **Tes Diagnostik**; **Obat-Obatan dan Perban** yang diresepkan.* (ii) *Fisioterapi oleh **Fisioterapis** Terdaftar, jika dirujuk oleh **Praktisi Medis**, atau **Dokter Spesialis**.*	(i) ▶ *Konsultasi pra-operasi dalam 15 hari sejak masuk rumah sakit dan konsultasi pasca rawat inap dalam 30 hari setelah keluar dari **Rumah Sakit*** *Hingga maks USD 750 per **Kondisi Medis** per **Masa Pertanggungan*** (ii) ▶ *Tidak ditanggung*
20. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif: (i) *Fisioterapi oleh **Fisioterapis Terdaftar**, bila dirujuk oleh **Praktisi Medis**, atau **Spesialis**.* (ii) *Obat dan **Pengobatan** Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis Manfaat** ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan **Pengobatan** akupunktur.* (iii) ***Pengobatan Rawat Jalan** atau terapi yang dilakukan oleh **Praktisi Medis** tradisional Cina yang diakui atau **Praktisi Medis** Ayurveda.* ***Kami** tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum.*	▶ *Tidak ditanggung*
21. Perawatan Gigi: *Biaya **Dokter Gigi** yang terdaftar yang melakukan **Pengobatan** gigi di klinik / operasi gigi.* ***Manfaat** ini memberikan perlindungan untuk **Pengobatan** gigi sebagai berikut:* - *Skrining (termasuk sinar-x jika diperlukan)* - *Pembersihan karang gigi prefentif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun)* - *Penambalan dan ekstraksi (non-bedah dan bedah)* - *Pengobatan saluran akar* - *Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, di penempatan dan jembatan* - *Apicoectomy* *Implan gigi dan **Pengobatan** ortodontik dikecualikan secara khusus berdasarkan **Manfaat** ini.* *Tidak ada **Pengobatan** lain yang ditanggung oleh **Manfaat** ini.* ***Masa Tunggu**: Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari **Tanggal Masuk** dikecualikan. **Ko-Asuransi** 20% berlaku.* *Untuk **Manfaat** ini **Risiko Sendiri** atau **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan** pada **Polis Grup** tidak berlaku.*	▶ *Tidak ditanggung*

Pilihan Wilayah Geografis	SimpleCare CORE
22. Wilayah Pertanggungan: Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat *Dengan memilih opsi ini, Wilyah pertanggungan **Anda** meliputi Seluruh Dunia tetapi tidak termasuk **Pengobatan** elektif di Amerika Serikat.* ***Anda** juga akan dapat mengakses ke **Jaringan Komprehensif SimpleCare**.*	▶ *Pilihan*

Deductible Options	SimpleCare CORE
Standard Deductible	*Nil*
Optional Deductible *Please note:* *USD 10,000 or USD 15,000* ***Deductible*** *is only available if* ***You*** *are covered by more than one health insurance policy.* ***You*** *can only select such* ***Deductible*** *options if* ***You*** *buy this* ***Group Plan*** *as a* ***Secondary Health Insurance Plan****.* ***You*** *will be required to provide details of* ***Your Primary Health Insurance*** *when* ***You*** *apply for cover under this* ***Group Plan****.*	*USD 150* *USD 250* *USD 500* *USD 1,000* *USD 2,500* *USD 5,000* *USD 10,000* *USD 15,000*

Underwriting Options	SimpleCare CORE
Capped Cover *This underwriting option provides limited cover for any pre-existing* ***Medical Conditions*** *that are declared and accepted by* ***Us****.* ***Waiting Period****: Costs of* ***Treatment*** *for such pre-existing* ***Medical Conditions*** *incurred within the first nine months from the* ***Entry Date*** *are excluded.*	▶ *Optional* *For Compulsory* ***Group Plans*** *5 to 19 employees* *After* ***Waiting Period****, until the* ***Group Plan*** *renews: Up to USD 2,000 per declared pre-existing* ***Medical Condition*** *Upon renewal of the* ***Group Plan****: Up to USD 4,000 per declared pre-existing* ***Medical Condition****, per* ***Period of Cover***
Medical History Disregarded *If this underwriting option is selected, Exclusion 5.27 does not apply.*	▶ *Optional* *For Compulsory* ***Group Plans*** *of 10+ employees*

Opsi Risiko Sendiri	SimpleCare CORE
Risiko Sendiri Standar	*Nihil*
Opsi Risiko Sendiri *Harap dicatat:* ***Risiko Sendiri** USD 10,000 atau USD 15,000 hanya tersedia jika **Anda** ditanggung oleh lebih dari satu polis asuransi kesehatan. **Anda** hanya dapat memilih opsi **Risiko Sendiri** tersebut jika **Anda** membeli **Polis Grup** ini sebagai **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**. **Anda** akan diminta untuk memberikan perincian tentang **Asuransi Kesehatan Primer Anda** ketika **Anda** mengajukan permohonan untuk pertanggungan berdasarkan **Polis Grup** ini.*	*USD 150* *USD 250* *USD 500* *USD 1,000* *USD 2,500* *USD 5,000* *USD 10,000* *USD 15,000*

Opsi Penjaminan	SimpleCare CORE
Pertanggungan ditentukan *Opsi penjaminan ini memberikan pertanggungan terbatas untuk setiap **Kondisi Medis** pra ada yang dinyatakan dan diterima oleh **Kami**.* ***Masa Tunggu**: Biaya **Pengobatan** untuk **Kondisi Medis** pra ada yang terjadi dalam sembilan bulan pertama sejak **Tanggal Masuk** dikecualikan.*	▶ *Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 5 hingga 19 karyawan* *Setelah **Masa Tunggu**, sampai pembaruan **Polis Grup**: Hingga USD 2,000 per pernyataan **Kondisi Medis** pra ada* *Setelah pembaruan **Polis Grup**: Hingga USD 4,000 per pernyataan **Kondisi Medis** pra ada, per **Masa Pertanggungan***
Pengabaian Riwayat Kesehatan *Jika opsi penjaminan ini dipilih, Pengecualian 5.27 tidak berlaku.*	▶ *Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ karyawan*

4.3.2 SimpleCare 100

Benefit	SimpleCare 100
Annual Maximum Group Plan Limit ***24/7 helpline and assistance services available on all Group Plans***	**USD 1,500,000**
Geographical Area Default	
Area of Cover: South East Asia (excluding Singapore)	*Default Network:* ***SimpleCare South East Asia Network***
Co-Insurance	
(i) ***In-Patient*** *and* ***Day-Patient Treatment*** *(ii)* ***Out-Patient Treatment***	*(i)* Nil *(ii)* 20%*
* ***Co-Insurance*** *will not apply to* ***Treatment*** *relating to Renal dialysis/Renal failure,* ***Cancer*** *or Organ Transplants.*	
1. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees: *(i) Charges for* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient Treatment*** *made by a* ***Hospital*** *including charges for accommodation (ward/semi-private or private);* ***Diagnostic Tests****; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a* ***Qualified Nurse****;* ***Drugs and Dressings*** *prescribed by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****; and surgical appliances used by the* ***Medical Practitioner*** *during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient*** *and includes charges for intensive care.* *(ii) Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an* ***Eligible Medical Condition*** *which required* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient Hospital Treatment****.*	*(i)* ▶ *Full refund* *(ii)* ▶ *Up to USD 1,500 per* ***Medical Condition***
2. Diagnostic Procedures: ***Medically Necessary*** *diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans received as an* ***In-Patient, Day-Patient*** *or* ***Out-Patient.***	▶ *Full refund*
3. Renal Failure and Renal Dialysis: *(i)* ***Treatment*** *of renal failure, including renal dialysis on an* ***In-Patient*** *basis.* *(ii)* ***Treatment*** *of renal failure, including renal dialysis on a* ***Day-Patient*** *or* ***Out-Patient*** *basis.*	*(i)* ▶ *Up to six weeks full refund* *(ii)* ▶ *Up to USD 35,000 per* ***Period of Cover***
4. Organ Transplant: ***Treatment*** *for and in relation to a human organ transplant of kidney, pancreas, liver, heart, lung, bone marrow, cornea, or heart and lung, in respect of the* ***Insured Person*** *as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under* ***Benefit*** *7 -* ***Congenital Disorder*** *but excluded from* ***Benefit*** *4 – Organ Transplant.* ***We*** *only pay for transplants carried out in internationally-accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with* ***WHO*** *guidelines.* *Medical costs associated with the donor and the cost of the donor organ search are excluded from this* ***Benefit****.*	▶ *Up to USD 150,000 per* ***Period of Cover***

▶ Full refund ▶ Not covered ▶ Subject to limits ▶ Optional

4.3.2 SimpleCare 100

Manfaat	SimpleCare 100
Batas Maksimum Tahunan Polis Grup ***Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup***	**USD 1,500,000**
Standar Wilayah Geografis	
Wilayah Pertanggungan: Asia Tenggara (Kecuali Singapura)	*Jaringan Standar:* ***Jaringan Asia Tenggara SimpleCare***
Ko-Asuransi	
(i) ***Pengobatan Pasien Rawat Inap*** *dan* ***Rawat Sehari***	*(i)* *Nihil*
(ii) ***Pengobatan Rawat Jalan***	*(ii)* *20%**
** **Ko-Asuransi** tidak akan berlaku untuk **Pengobatan** yang berkaitan dengan Cuci Darah / Gagal ginjal, **Kanker** atau Transplantasi Organ.*	
1. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis: *(i) Biaya untuk **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** yang dilakukan oleh **Rumah Sakit** termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); Tes Diagnostik; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh **Perawat Berijazah**; **Obat dan Perban** yang diresepkan oleh **Praktisi Medis** atau Dokter Spesialis; dan peralatan bedah yang digunakan oleh **Praktisi Medis** selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.* *(ii) Biaya Tambahan: Pembelian dan penyewaan kruk, tongkat, alat bantu berjalan dan kursi roda non-elektronik manual dalam waktu enam bulan dari **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang memerlukan **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** di **Rumah Sakit**.*	*(i)* ▶ *Pengembalian penuh* *(ii)* ▶ *Hingga USD 1,500 per **Kondisi Medis***
2. Prosedur Diagnostik: *Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang **Secara Medis Diperlukan** diterima sebagai pasien **Rawat Inap**, **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**.*	▶ *Pengembalian penuh*
3. Gagal Ginjal dan Cuci Darah: *(i) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Inap**.* *(ii) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**.*	*(i)* ▶ *Sampai enam minggu pengembalian penuh* *(ii)* ▶ *Hingga USD 35,000 per **Masa Pertanggungan***
4. Transplantasi Organ: ***Pengobatan** untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan **Tertanggung** sebagai penerima. Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggungan akan disediakan berdasarkan **Manfaat** 7 - **Kelainan Bawaan** tetapi dikecualikan dari **Manfaat** 4 - Transplantasi Organ.* ***Kami** hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman **WHO**.* *Biaya medis yang berkaitan dengan donor dan pencarian organ donor dikecualikan dalam **Manfaat** ini.*	▶ *Hingga USD 150,000 per **Masa Pertanggungan***

▶ *Pengembalian penuh* ▶ *Tidak ditanggung* ▶ *Sesuai dengan batas* ▶ *Pilihan*

Benefit	SimpleCare 100
5. Cancer Treatment: ***Treatment*** *given for* ***Cancer*** *received as an* ***In-Patient***, ***Day-Patient*** *or* ***Out-Patient***. *Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.*	*Full refund*
6. New Born Cover: ***In-Patient Treatment*** *of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an* ***Acute Condition*** *being suffered by a* ***New Born*** *baby of an* ***Insured Person*** *which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the* ***New Born*** *baby is added to the* ***Group Plan*** *within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.* *In circumstances where* ***We*** *require details of the* ***New Born*** *baby's medical history before the baby is being added to the* ***Group Plan***, ***We*** *reserve the right to apply particular restrictions to the cover* ***We*** *will offer. Please refer to Section 6.5 - Adding* ***New Born*** *of this Members Handbook for details.*	*Up to USD 35,000 per* ***Period of Cover***
7. Congenital Disorder: ***In-Patient Treatment*** *for a* ***Congenital Disorder***. *In circumstances where a* ***Congenital Disorder*** *manifests itself in a* ***New Born*** *baby within 30 days of birth, cover for such* ***Medical Conditions*** *will be provided under* ***Benefit*** *6 -* ***New Born*** *Cover but excluded from* ***Benefit*** *7 –* ***Congenital Disorders***.	*Up to USD 35,000 per* ***Period of Cover***
8. Parent Accommodation: *The cost of one parent staying in* ***Hospital*** *overnight with an* ***Insured Person*** *under 18 years old while the child is admitted as an* ***In-Patient*** *for* ***Eligible Treatment***.	*Full refund*
9. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother: ***Hospital Accommodation*** *costs relating to a* ***New Born*** *baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an* ***Insured Person****) while she is receiving* ***Eligible Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *in a* ***Hospital***.	*Full refund*
10. Reconstructive Surgery: *Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an* ***Accident*** *or following a* ***Surgical Procedure*** *for an* ***Eligible Medical Condition***, *which occurred after an* ***Insured Person's Entry Date*** *or* ***Start Date*** *whichever is later.*	*Full refund*
11. Day-Patient or Out-Patient Surgery: ***Treatment*** *costs for a* ***Surgical Procedure*** *performed in a surgery,* ***Hospital***, *day-care facility or* ***Out-Patient*** *department.*	*Full refund*
12. In-Patient Emergency Dental Treatment: *This means* ***Emergency*** *restorative dental* ***Treatment*** *required to sound, natural teeth following an* ***Accident*** *which necessitates* ***Your*** *admission to* ***Hospital*** *for at least one night.* *The dental* ***Treatment*** *must be received within 10 days of the* ***Accident***. *This* ***Benefit*** *covers all costs incurred for* ***Treatment*** *made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:* • *If the* ***Treatment*** *involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture,* ***We*** *will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality* • *If implants are clinically needed* ***We*** *will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead* • *Damage to dentures providing they were being worn at the time of the injury*	*Full refund*
13. Rehabilitation: *When referred by a* ***Specialist*** *as an integral part of* ***Treatment*** *for a* ***Medical Condition*** *necessitating admission to a recognised* ***Rehabilitation*** *unit of a* ***Hospital***. *Where the* ***Insured Person*** *was confined to a* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *for at least three consecutive days, and where a* ***Specialist*** *confirms in writing that* ***Rehabilitation*** *is required. Admission to a* ***Rehabilitation*** *unit must be made within 14 days of discharge from* ***Hospital***. *Such* ***Treatment*** *should be under the direct supervision and control of a* ***Specialist*** *and would cover:* *(i) Use of special* ***Treatment*** *rooms* *(ii) Physical therapy fees* *(iii) Speech therapy fees* *(iv) Occupational therapy fees*	*Full refund up to 90 days per* ***Medical Condition***
14. Nursing Care at Home: *Care given by* ***Qualified Nurse*** *in the* ***Insured Person's*** *own home, which is immediately received subsequent to* ***Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient*** *on the recommendation of a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist***.	*Full refund up to 30 days per* ***Medical Condition***

Full refund Not covered Subject to limits Optional

Manfaat	SimpleCare 100
5. Pengobatan Kanker: ***Pengobatan*** *yang diberikan untuk* ***Kanker*** *yang diterima sebagai pasien* ***Rawat Inap***, ***Rawat Sehari*** *atau* ***Rawat Jalan***. *Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.*	*Pengembalian penuh*
6. Pertanggungan untuk Bayi Baru Lahir: ***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau* ***Kondisi Akut*** *yang diderita oleh bayi* ***Baru Lahir*** *dari* ***Tertanggung*** *yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi* ***Baru Lahir*** *ditambahkan ke dalam* ***Polis Grup*** *dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.* *Dalam keadaan di mana* ***Kami*** *memerlukan rincian riwayat medis bayi baru lahir sebelum bayi ditambahkan ke* ***Polis Grup***, ***Kami*** *berhak untuk menerapkan pembatasan tertentu pada perlindungan yang akan* ***Kami*** *tawarkan. Untuk lebih rinci Lihat Buku panduan Bagian 6.5 – Menambahkan Bayi* ***Baru Lahir***.	*Hingga USD 35,000 per* ***Masa Pertanggungan***
7. Kelainan Bawaan: ***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk* ***Kelainan Bawaan***. *Dalam keadaan di mana* ***Kelainan Bawaan*** *muncul pada bayi* ***Baru Lahir*** *dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungan untuk* ***Kondisi Medis*** *tersebut akan diberikan berdasarkan* ***Manfaat*** *6 - Pertanggungan untuk Bayi* ***Baru Lahir*** *tetapi dikecualikan dari* ***Manfaat*** *7 –* ***Kelainan Bawaan***.	*Hingga USD 35,000 per* ***Masa Pertanggungan***
8. Akomodasi Orang Tua: *Biaya satu orangtua opname di* ***Rumah Sakit*** *semalam dengan* ***Tertanggung*** *di bawah 18 tahun sementara anak dirawat sebagai* ***Pasien Rawat Inap*** *untuk* ***Pengobatan*** *yang Layak.*	*Pengembalian penuh*
9. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru yang Ditemani Ibu mereka: *Biaya* ***Akomodasi Rumah Sakit*** *yang berkaitan dengan bayi* ***Baru Lahir*** *(hingga usia 16 minggu) untuk menemani ibunya (sebagai* ***Tertanggung****) saat ia menerima* ***Pengobatan*** *yang Layak sebagai* ***Pasien Rawat Inap*** *di* ***Rumah Sakit***	*Pengembalian penuh*
10. Bedah Rekonstruksi: *Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah* ***Kecelakaan*** *atau sesudah* ***Prosedur Bedah*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat***, *yang terjadi setelah* ***Tanggal Masuk*** *atau* ***Tanggal Mulai Tertanggung*** *yang mana yang paling akhir.*	*Pengembalian penuh*
11. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan: *Biaya* ***Pengobatan*** *untuk* ***Prosedur Bedah*** *yang dilakukan di tempat praktek dokter,* ***Rumah Sakit***, *fasilitas penitipan anak atau instalasi* ***Rawat Jalan***.	*Pengembalian penuh*
12. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap: *Ini berarti* ***Pengobatan*** *restorasi gigi* ***Darurat*** *yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu* ***Kecelakaan*** *yang mengharuskan* ***Anda*** *masuk ke* ***Rumah Sakit*** *selama setidaknya satu malam.* ***Pengobatan*** *gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari* ***Kecelakaan*** *tersebut.* ***Manfaat*** *ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk* ***Pengobatan*** *yang diperlukan akibat cedera karena* ***Kecelakaan*** *yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:* • *Jika* ***Pengobatan*** *meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan,* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Layak untuk pengganti dari jenis . atau kualitas yang sama.* • *Jika implan dibutuhkan secara klinis* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.* • *Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera.*	*Pengembalian penuh*
13. Rehabilitasi: *Atas saran dari* ***Dokter spesialis*** *sebagai bagian integrasi dari* ***Pengobatan*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang memerlukan masuk ke unit* ***Rehabilitasi Rumah Sakit*** *yang diakui. Bila* ***Tertanggung*** *dirawat di* ***Rumah Sakit*** *sebagai pasien* ***Rawat Inap*** *selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila* ***Dokter Spesialis*** *menegaskan secara tertulis bahwa* ***Rehabilitasi*** *diperlukan. Masuk ke unit* ***Rehabilitasi*** *harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar* ***Rumah Sakit***. ***Pengobatan*** *tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung* ***Dokter Spesialis*** *dan akan mencakup:* *(i) Penggunaan kamar* ***Pengobatan*** *khusus* *(ii) Biaya terapi fisik* *(iii) Biaya terapi wicara* *(iv) Biaya terapi okupasi*	*Pengembalian penuh 90 hari per* ***Kondisi Medis***
14. Perawatan di Rumah: *Perawatan yang diberikan oleh* ***Perawat Berijazah*** *di rumah* ***Tertanggung*** *sendiri, yang segera diterima setelah* ***Pengobatan*** *sebagai pasien* ***Rawat Inap*** *atau pasien* ***Rawat Sehari*** *berdasarkan rekomendasi dari* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Dokter Spesialis***.	*Pengembalian penuh 30 hari per* ***Kondisi Medis***

Pengembalian penuh *Tidak ditanggung* *Sesuai dengan batas* *Pilihan*

Benefit	SimpleCare 100
15. Emergency Ambulance Transportation: ***Emergency*** *road ambulance transport costs to or between* ***Hospitals****, or when considered* ***Medically Necessary*** *by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****.*	*Full refund*
16. Evacuation and Repatriation:	
Evacuation *Arrangements will be made to move an* ***Insured Person*** *who has a critical, life-threatening* ***Eligible Medical Condition*** *to the nearest medical facility for the purpose of admission to* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient****.*	*Combined limit up to USD 100,000*
Reasonable expenses for:	
i) Transportation costs of an ***Insured Person*** *in the event of* ***Emergency Treatment*** *and* ***Medically Necessary*** *transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.*	*(i) Full refund*
ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when ***Treatment*** *is being received as a* ***Day-Patient****.*	*(ii) Full refund*
iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the ***Hospital*** *to visit the* ***Insured Person*** *following admission as an* ***In-Patient****.*	*(iii) Full refund*
*iv) Reasonable costs for non-****Hospital Accommodation*** *only for immediate pre and post-****Hospital*** *admission periods provided that the* ***Insured Person*** *is under the care of a* ***Specialist****.*	*(iv) Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per* ***Evacuation***
Costs of ***Evacuation*** *do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.*	
Our *medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the* ***Evacuation*** *and this* ***Benefit*** *will not cover travel if it is against the advice of* ***Our*** *medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the* ***Eligible Medical Condition****.*	
Repatriation *An economy class airfare ticket to return the* ***Insured Person*** *and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of* ***Treatment*** *or the* ***Insured Person's*** *principal* ***Country of Nationality*** *or principal* ***Country of Residence****, as long as the journey is made within one month of completion of* ***Treatment****.*	*Full refund*
You *are* ***Eligible*** *for* ***Medically Necessary Repatriation*** *costs only if there was an initial* ***Evacuation*** *that has taken place.*	
Deductible *would apply to* ***Medically Necessary Treatment*** *required under this* ***Benefit****.*	
17. Emergency Non-Elective Treatment outside Area of Cover: *For planned trips up to 30 days of duration.* ***Treatment*** *by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist*** *starting within 24 hours of the* ***Emergency*** *event, required as a result of an* ***Accident*** *or the sudden beginning of a severe illness resulting in a* ***Medical Condition*** *that presents an immediate threat to the* ***Insured Person's*** *health.*	***Accident:*** *Full refund for* ***Accident*** *requiring* ***In-Patient*** *and* ***Day-Patient*** *care* *Illness:* ***In-Patient*** *and* ***Day-Patient*** *care up to USD 35,000 per* ***Period of Cover***
18. Hospital Cash Benefit:	
This ***Benefit*** *is payable for each night an* ***Insured Person*** *receives* ***In-Patient Treatment*** *and only if:*	
(i) the ***Insured Person*** *is admitted for an elective* ***In-Patient Treatment*** *before midnight, and the* ***Treatment*** *is received within the public hospitals of the* ***Insured Persons' Country of Residence****; or*	*USD 250 per night*
(ii) this ***Group Plan*** *being the* ***Secondary Health Insurance Plan****. However, if* ***You*** *have a USD 10,000 or USD 15,000* ***Group Plan Deductible****,* ***You*** *are not* ***Eligible*** *for this* ***Benefit****.*	
Cover under this ***Benefit*** *is limited to a maximum of 30 nights per* ***Period of Cover****.*	
For this ***Benefit*** *exclusion 5.9 does not apply.*	

Full refund | Not covered | Subject to limits | Optional

Manfaat	SimpleCare 100
15. Transportasi Ambulans Darurat: *Biaya transportasi ambulans perjalanan **Darurat** ke atau antar **Rumah Sakit**, atau bila dipertimbangkan **Secara Medis Diperlukan** oleh **Praktisi Medis** atau **Spesialis**.*	▶ *Pengembalian penuh*
16. Evakuasi dan Repatriasi: **Evakuasi** *Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan **Tertanggung** yang memiliki **Kondisi Medis** kritis dan mengancam jiwa yang **Memenuhi Syarat** ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke **Rumah Sakit** sebagai pasien **Rawat Inap** atau pasien **Rawat Sehari**.* *Biaya yang wajar untuk:* *(i) Biaya transportasi dari **Tertanggung** dalam hal **Pengobatan Darurat** dan transportasi dan perawatan yang **Secara Medis Diperlukan** tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.* *(ii) Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika **Pengobatan** diterima sebagai Pasien **Rawat Sehari**.* *(iii) Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari **Rumah Sakit** untuk mengunjungi **Tertanggung** sesudah masuk sebagai Pasien **Rawat Inap.*** *(iv) Biaya yang wajar untuk **Akomodasi** non **Rumah Sakit** hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk **Rumah Sakit** asalkan **Tertanggung** sedang dirawat oleh **Dokter Spesialis**.* *Biaya **Evakuasi** tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.* *Penasihat medis **Kami** akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk **Evakuasi** dan **Manfaat** ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis **Kami** atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati **Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat**.* **Repatriasi** *Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan **Tertanggung** dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi **Pengobatan** atau **Negara Kewarganegaraan** utama atau **Negara Tempat Tinggal** utama **Tertanggung**, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah **Pengobatan** selesai.* *Biaya yang terkait dengan **Kehamilan** dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari **Manfaat** ini.*	*Limit gabungan hingga USD 100,000* *(i)* ▶ *Pengembalian penuh* *(ii)* ▶ *Pengembalian penuh* *(iii)* ▶ *Pengembalian penuh* *(iv)* ▶ *Hingga USD 200 per hari hingga USD 7,500 per orang, per **Evakuasi*** ▶ *Pengembalian penuh*
17. Pertanggungan untuk Pengobatan Non-Elektif di luar Wilayah Pertanggungan: *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**.*	▶ ***Kecelakaan**: Pengembalian penuh untuk **Kecelakaan** yang memerlukan perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari*** ▶ *Sakit: Perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** hingga USD 35,000 per **Masa Pertanggungan***
18. Manfaat Tunai di Rumah Sakit: ***Manfaat** ini dibayar selama setiap malam **Tertanggung** menerima **Pengobatan Rawat Inap** dan hanya jika* *(i) **Tertanggung** dirawat untuk **Pengobatan Rawat Inap** sebelum tengah malam, dan **Pengobatan** diterima di rumah sakit umum di **Negara Tempat Tinggal Tertanggung**; atau* *(ii) **Polis Grup** ini menjadi **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**. Namun, jika **Anda** memiliki USD 10,000 atau USD 15,000, **Biaya Risiko Sendiri Polis Grup**, **Anda** tidak memenuhi syarat untuk **Manfaat** ini.* *Pertanggungan berdasarkan **Manfaat** ini terbatas hingga maksimum 30 malam per **Masa Pertanggungan**.* *Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.9 tidak berlaku.*	▶ *USD 250 per malam*

▶ *Pengembalian penuh* ▶ *Tidak ditanggung* ▶ *Sesuai dengan batas* ▶ *Pilihan*

Benefit	SimpleCare 100
Annual Out-Patient Limit ***Applicable to Benefit 19 and 20 only, subject to Annual Maximum Group Plan Limit***	**USD 1,000**
19. Out-Patient Charges: *(i)* ***Medical Practitioner*** *fees including consultations;* ***Specialist*** *fees;* ***Diagnostic Tests****.* *(ii) Prescribed* ***Drugs and Dressings****.* *Maintenance of* ***Chronic Medical Conditions*** *requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups,* ***Drugs and Dressings*** *and/or tests are covered under this* ***Benefit****.*	*(i)* ▶ *Full refund subject to Annual* ***Out-Patient*** *Limit* *(ii)* ▶ *Full refund subject to Annual* ***Out-Patient*** *Limit*
20. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies: *(i) Physiotherapy by a Registered* ***Physiotherapist****, when referred by a* ***Medical Practitioner****, or* ***Specialist****.* *(ii) Complementary medicine and* ***Treatment*** *by a therapist, when referred by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****. This* ***Benefit*** *extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture* ***Treatment****.* *(iii)* ***Out-Patient Treatment*** *for therapies administered by a recognised traditional Chinese* ***Medical Practitioner*** *or an Ayurvedic* ***Medical Practitioner****.* ***We*** *do not cover charges for general chiropody or podiatry.*	*(i)* ▶ *USD 60 per visit* *(ii)* ▶ *USD 60 per visit* *(iii)* ▶ *USD 30 per visit* *Combined up to 10 visits for (i), (ii) & (iii) per* ***Period of Cover****, subject to Annual* ***Out-Patient*** *Limit*

Benefit	SimpleCare 100
21. Dental Care: *Fees of a registered* ***Dental Practitioner*** *carrying out dental* ***Treatment*** *in a dental clinic/surgery.* *This* ***Benefit*** *provides cover for the below dental* ***Treatment****:* - *Screening (including x-rays where necessary)* - *Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year)* - *Fillings and extractions (non-surgical and surgical)* - *Root canal treatment* - *New or repair of crowns, dentures, in lays and bridges* - *Apicoectomy* *Dental implants and orthodontics* ***Treatment*** *are specifically excluded under this* ***Benefit****.* *No other* ***Treatment*** *is covered by this* ***Benefit****.* ***Waiting Period****: Costs incurred within nine months from the* ***Entry Date*** *are excluded.* *A* ***Co-Insurance*** *of 20% applies.* *For this* ***Benefit*** *the* ***Group Plan Deductible*** *or* ***Group Plan Out-Patient Per Visit Excess*** *does not apply.*	▶ *Not covered*

Manfaat	SimpleCare 100
Limit Pengobatan Rawat Jalan Tahunan ***Berlaku untuk Manfaat 19 dan 20 saja, sesuai dengan Limit Polis Grup Maksimum Tahunan***	**USD 1,000**
19. Biaya Rawat Jalan: *(i) Biaya **Praktisi Medis** termasuk konsultasi; Biaya **Dokter Spesialis**; **Tes Diagnostik**; **Obat-Obatan dan Perban** yang diresepkan.* *(ii) Fisioterapi oleh **Fisioterapis** Terdaftar, jika dirujuk oleh **Praktisi Medis**, atau **Dokter Spesialis**.* *Perawatan **Kondisi Medis Kronis** yang memerlukan pemantauan berkelanjutan atau jangka panjang melalui konsultasi, pemeriksaan, check-up, **Obat-obatan dan Perban** dan/atau tes ditanggung oleh **Manfaat** ini.*	*(i)* ▶ *Pengembalian penuh tunduk pada limit **Pengobatan Rawat Jalan** Tahunan* *(ii)* ▶ *Pengembalian penuh tunduk pada limit **Pengobatan Rawat Jalan** Tahunan*
20. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif: *(i) Fisioterapi oleh **Fisioterapis Terdaftar**, bila dirujuk oleh **Praktisi Medis**, atau **Spesialis**.* *(ii) Obat dan **Pengobatan** Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis Manfaat** ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan **Pengobatan** akupunktur.* *(iii) **Pengobatan Rawat Jalan** atau terapi yang dilakukan oleh **Praktisi Medis** tradisional Cina yang diakui atau **Praktisi Medis** Ayurveda.* ***Kami** tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum.*	*(i)* ▶ *USD 60 per kunjungan* *(ii)* ▶ *USD 60 per kunjungan* *(iii)* ▶ *USD 30 per kunjungan* *Gabungan hingga 10 kunjungan untuk (i), (ii) &(iii) per **Masa Pertanggungan**, sesuai dengan limit **Pengobatan Rawat Jalan** Tahunan*

Manfaat	SimpleCare 100
21. Perawatan Gigi: *Biaya **Dokter Gigi** yang terdaftar yang melakukan **Pengobatan** gigi di klinik / operasi gigi.* ***Manfaat** ini memberikan perlindungan untuk **Pengobatan** gigi sebagai berikut:* - *Skrining (termasuk sinar-x jika diperlukan)* - *Pembersihan karang gigi prefentif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun)* - *Penambalan dan ekstraksi (non-bedah dan bedah)* - *Pengobatan saluran akar* - *Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, di penempatan dan jembatan* - *Apicoectomy* *Implan gigi dan **Pengobatan** ortodontik dikecualikan secara khusus berdasarkan **Manfaat** ini. Tidak ada **Pengobatan** lain yang ditanggung oleh **Manfaat** ini.* ***Masa Tunggu**: Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari **Tanggal Masuk** dikecualikan. **Ko-Asuransi** 20% berlaku.* *Untuk **Manfaat** ini **Risiko Sendiri** atau **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan** pada **Polis Grup** tidak berlaku.*	▶ *Tidak ditanggung*

▶ *Pengembalian penuh* ▶ *Tidak ditanggung* ▶ *Sesuai dengan batas* ▶ *Pilihan*

Geographical Area Option	SimpleCare 100
22. Area of Cover: Worldwide Excluding USA *By selecting this option, **Your** area of cover will become Worldwide but excluding elective **Treatment** in the USA.* ***You** will also be able to access to the **SimpleCare Comprehensive Network**.*	▶ *Optional*

Deductible Options	SimpleCare 100
Standard Deductible	*Nil*
Optional Deductible *Please note:* *USD 10,000 or USD 15,000 **Deductible** is only available if **You** are covered by more than one health insurance policy. **You** can only select such **Deductible** options if **You** buy this **Group Plan** as a **Secondary Health Insurance Plan**. **You** will be required to provide details of **Your Primary Health Insurance** when **You** apply for cover under this **Group Plan**.*	*USD 150* *USD 250* *USD 500* *USD 1,000* *USD 2,500* *USD 5,000* *USD 10,000* *USD 15,000*

Additional Options	SimpleCare 100
23. Removal of Drugs and Dressings Limit *By selecting this option, cover for Prescribed **Drugs and Dressings** under **Benefit** 19 (ii) will be Full Refund, subject to annual **Out-Patient** limit.*	*Not Applicable*
24. Wellness and Vaccinations - Option 1 *(i) Wellness: This **Benefit** is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including **Cancer** screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). and/or* *(ii) **Vaccinations**: Costs of drugs and consultations to administer all **Medically Necessary** basic immunisation and booster injections and any **Medically Necessary** travel **Vaccinations** and malaria prophylaxis.* *For this **Benefit** exclusion 5.9 does not apply.*	▶ *Optional* *For Compulsory **Group Plans** 3+ employees* *Combined limit up to USD 150 per **Period of Cover***
25. Wellness and Vaccinations - Option 2 *(i) Wellness: This **Benefit** is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including **Cancer** screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). and/or* *(ii) **Vaccinations**: Costs of drugs and consultations to administer all **Medically Necessary** basic immunisation and booster injections and any **Medically Necessary** travel **Vaccinations** and malaria prophylaxis.* *For this **Benefit** exclusion 5.9 does not apply.*	▶ *Optional* *For Compulsory **Group Plans** 3+ employees* *Combined limit up to USD 250 per **Period of Cover***

Pilihan Wilayah Geografis	SimpleCare 100
22. Wilayah Pertanggungan: Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat *Dengan memilih opsi ini, Wilyah pertanggungan **Anda** meliputi Seluruh Dunia tetapi tidak termasuk **Pengobatan** elektif di Amerika Serikat.* ***Anda** juga akan dapat mengakses ke **Jaringan Komprehensif SimpleCare**.*	▶ *Pilihan*

Opsi Risiko Sendiri	SimpleCare 100
Risiko Sendiri Standar	*Nihil*
Opsi Risiko Sendiri *Harap dicatat:* ***Risiko Sendiri** USD 10,000 atau USD 15,000 hanya tersedia jika **Anda** ditanggung oleh lebih dari satu polis asuransi kesehatan. **Anda** hanya dapat memilih opsi **Risiko Sendiri** tersebut jika **Anda** membeli **Polis Grup** ini sebagai **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**. **Anda** akan diminta untuk memberikan perincian tentang **Asuransi Kesehatan Primer Anda** ketika **Anda** mengajukan permohonan untuk pertanggungan berdasarkan **Polis Grup** ini.*	*USD 150* *USD 250* *USD 500* *USD 1,000* *USD 2,500* *USD 5,000* *USD 10,000* *USD 15,000*

Pilihan Tambahan	SimpleCare 100
23. Penghapusan Batas Obat-obatan dan Perban *Dengan memilih opsi ini, pertanggungan untuk Obat yang Diresepkan dan Perban berdasarkan **Manfaat** 19 (ii) akan diberikan Pengembalian Penuh, sesuai dengan Limit **Pengobatan Rawat Jalan** Tahunan.*	*Tidak berlaku*
24. Pemeriksaan Kesehatan dan Vaksinasi – Pilihan 1 *(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker**, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol).* *dan/atau* *(ii) **Vaksinasi**: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.* *Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.9 tidak berlaku.*	▶ *Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 3+ karyawan* *Gabungan limit hingga USD 150 per **Masa Pertanggungan***
25. Pemeriksaan Kesehatan dan Vaksinasi – Pilihan 2 *(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker**, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol).* *dan/atau* *(ii) **Vaksinasi**: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.* *Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.9 tidak berlaku.*	▶ *Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 3+ karyawan* *Gabungan limit hingga USD 250 per **Masa Pertanggungan***

Additional Options	SimpleCare 100
26. Maternity – Option 1 *(i)* ***Medically Necessary*** *costs incurred during normal* ***Pregnancy*** *and childbirth: childbirth costs, including pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist.*** *This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.* *Please note* ***We*** *will pay for the above Well-baby examinations costs only if* ***We*** *have paid the delivery cost of the baby under this* ***Group Plan****, provided the baby is being added into the* ***Group Plan*** *as an* ***Insured Person****.* *(ii)* ***In-Patient Treatment*** *of an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during the antenatal stages of* ***Pregnancy****, or an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during childbirth. As an illustration,* ***We*** *would consider* ***Treatment*** *of the following:* • *Ectopic* ***Pregnancy*** *(where the foetus is growing outside the womb)* • *Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)* • *Retained placenta (afterbirth retained in the womb)* • *Placenta praevia* • *Eclampsia (a coma or seizure during* ***Pregnancy*** *and following pre-eclampsia)* • *Diabetes (If* ***You*** *have exclusions because of* ***Your*** *past medical history which relate to diabetes, then* ***You*** *will not be covered for any* ***Treatment*** *for diabetes during* ***Pregnancy)*** • *Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)* • *Miscarriage requiring immediate surgical* ***Treatment*** • *Failure to progress in labour* ***Waiting Period****: Costs incurred within twelve months from the Entry Date are excluded.* *Please note,* ***We*** *do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.* *For this* ***Benefit*** *exclusion 5.26 does not apply.* *The* ***Group Plan Deductible*** *applies to this* ***Benefit***	*Optional* *For Compulsory* ***Group Plans*** *10+ employees* *(i)* *Up to USD 5,000 per* ***Period of Cover*** *(ii)* *Up to USD 12,000 per* ***Period of Cover***
27. Maternity – Option 2 *(i)* ***Medically Necessary*** *costs incurred during normal* ***Pregnancy*** *and childbirth: childbirth costs, including pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.* *Please note* ***We*** *will pay for the above Well-baby examinations costs only if* ***We*** *have paid the delivery cost of the baby under this* ***Group Plan****, provided the baby is being added into the* ***Group Plan*** *as an* ***Insured Person****.* *(ii)* ***In-Patient Treatment*** *of an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during the antenatal stages of* ***Pregnancy****, or an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during childbirth. As an illustration,* ***We*** *would consider* ***Treatment*** *of the following:* • *Ectopic* ***Pregnancy*** *(where the foetus is growing outside the womb)* • *Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)* • *Retained placenta (afterbirth retained in the womb)* • *Placenta praevia* • *Eclampsia (a coma or seizure during* ***Pregnancy*** *and following pre-eclampsia)* • *Diabetes (If* ***You*** *have exclusions because of Your past medical history which relate to diabetes, then You will not be covered for any* ***Treatment*** *for diabetes during* ***Pregnancy****)* • *Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)* • *Miscarriage requiring immediate surgical* ***Treatment*** • *Failure to progress in labour* ***Waiting Period****: Costs incurred within twelve months from the Entry Date are excluded.* *Please note,* ***We*** *do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.* *For this* ***Benefit*** *exclusion 5.26 does not apply.* *The* ***Group Plan Deductible*** *applies to this* ***Benefit***	*Optional* *For Compulsory* ***Group Plans*** *10+ employees* *(i)* *Up to USD 7,000 per* ***Period of Cover*** *(ii)* *Up to USD 15,000 per* ***Period of Cover***

Pilihan Tambahan	SimpleCare 100
26. Maternity – Option 1 *(i) Biaya yang **Secara Medis Diperlukan** yang terjadi selama **Kehamilan** dan persalinan normal: biaya persalinan, termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahir- kan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama / pemeriksaan bayi baru lahir, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh **Praktisi Medis** atau **Spesialis**. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.* *Harap dicatat **Kami** akan membayar biaya pemeriksaan kesehatan Bayi di atas hanya jika **Kami** telah menerima biaya pembayaran bayi berdasarkan **Polis Grup** ini, asalkan bayi tersebut ditambahkan ke dalam **Polis Grup** sebagai **Tertanggung**.* *(ii) **Pengobatan Rawat Inap** untuk **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang timbul selama tahapan antenatal **Kehamilan**, atau **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang timbul saat melahirkan. Sebagai gambaran, **Kami** akan mempertimbangkan **Pengobatan** berikut:* • ***Kehamilan** ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)* • *Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)* • *Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)* • *Plasenta previa* • *Eklampsia (koma atau kejang selama **Kehamilan** dan setelah pre-eklampsia)* • *Diabetes (Jika **Anda** memiliki pengecualian karena riwayat medis **Anda** di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka **Anda** tidak akan ditanggung untuk setiap **Pengobatan** untuk diabetes selama **Kehamilan**)* • *Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)* • *Keguguran yang membutuhkan **Pengobatan** bedah segera* • *Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan* ***Masa Tunggu**: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak **Tanggal Mulai** dikecualikan.* *Harap dicatat, **Kami** tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.* *Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.26 tidak berlaku.* ***Risiko Sendiri** pada **Polis Grup** tidak berlaku.*	*Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ karyawan* *(i) Hingga USD 5,000 per **Masa Pertanggungan*** *(ii) Hingga USD 12,000 per **Masa Pertanggungan***
27. Maternity – Option 2 *(i) Biaya yang **Secara Medis Diperlukan** yang terjadi selama **Kehamilan** dan persalinan normal: biaya persalinan, termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahir- kan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama / pemeriksaan bayi baru lahir, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh **Praktisi Medis** atau **Spesialis**. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.* *Harap dicatat **Kami** akan membayar biaya pemeriksaan kesehatan Bayi di atas hanya jika **Kami** telah menerima biaya pembayaran bayi berdasarkan **Polis Grup** ini, asalkan bayi tersebut ditambahkan ke dalam **Polis Grup** sebagai **Tertanggung**.* *(ii) **Pengobatan Rawat Inap** untuk **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang timbul selama tahapan antenatal **Kehamilan**, atau **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang timbul saat melahirkan. Sebagai gambaran, **Kami** akan mempertimbangkan **Pengobatan** berikut:* • ***Kehamilan** ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)* • *Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)* • *Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)* • *Plasenta previa* • *Eklampsia (koma atau kejang selama **Kehamilan** dan setelah pre-eklampsia)* • *Diabetes (Jika **Anda** memiliki pengecualian karena riwayat medis **Anda** di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka **Anda** tidak akan ditanggung untuk setiap **Pengobatan** untuk diabetes selama **Kehamilan**)* • *Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)* • *Keguguran yang membutuhkan **Pengobatan** bedah segera* • *Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan* ***Masa Tunggu**: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak **Tanggal Mulai** dikecualikan.* *Harap dicatat, **Kami** tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.* *Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.26 tidak berlaku.* ***Risiko Sendiri** pada **Polis Grup** tidak berlaku.*	*Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ karyawan* *(i) Hingga USD 7,000 per **Masa Pertanggungan*** *(ii) Hingga USD 15,000 per **Masa Pertanggungan***

Underwriting Options	SimpleCare 100
Capped Cover *This underwriting option provides limited cover for any pre-existing **Medical Conditions** that are declared and accepted by **Us**.* ***Waiting Period**: Costs of **Treatment** for such pre-existing **Medical Conditions** incurred within the first nine months from the **Entry Date** are excluded.*	▶ *Optional* *For Compulsory **Group Plans** 5 to 19 employees* *After **Waiting Period**, until the **Group Plan** renews: Up to USD 2,000 per declared pre-existing **Medical Condition*** *Upon renewal of the **Group Plan**: Up to USD 4,000 per declared pre-existing **Medical Condition**, per **Period of Cover***
Medical History Disregarded *If this underwriting option is selected, Exclusion 5.27 does not apply.* *Please note that the **Waiting Period** does not apply to either Maternity or Dental Care **Benefits**, if Medical History Disregarded is selected.*	▶ *Optional* *For Compulsory **Group Plans** of 10+ employees*

Opsi Penjaminan	SimpleCare 100
Pertanggungan ditentukan *Opsi penjaminan ini memberikan pertanggungan terbatas untuk setiap **Kondisi Medis** pra ada yang dinyatakan dan diterima oleh **Kami**.* ***Masa Tunggu**: Biaya **Pengobatan** untuk **Kondisi Medis** pra ada yang terjadi dalam sembilan bulan pertama sejak **Tanggal Masuk** dikecualikan.*	▶ *Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 5 hingga 19 karyawan* *Setelah **Masa Tunggu**, sampai pembaruan **Polis Grup**: Hingga USD 2,000 per pernyataan **Kondisi Medis** pra ada* *Setelah pembaruan **Polis Grup**: Hingga USD 4,000 per pernyataan **Kondisi Medis** pra ada, per **Masa Pertanggungan***
Pengabaian Riwayat Kesehatan *Jika opsi penjaminan ini dipilih, Pengecualian 5.27 tidak berlaku.* *Harap dicatat bahwa **Masa Tunggu** tidak berlaku untuk **Manfaat** Perawatan Persalinan atau Perawatan Gigi, jika Pengabaian Riwayat Medis dipilih.*	▶ *Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ karyawan*

4.3.3 SimpleCare 250

Benefit	SimpleCare 250
Annual Maximum Group Plan Limit ***24/7 helpline and assistance services available on all Group Plans***	**USD 1,500,000**
Geographical Area Default	
Area of Cover: South East Asia (excluding Singapore)	*Default Network:* ***SimpleCare South East Asia Network***
Co-Insurance	
(i) ***In-Patient*** *and* ***Day-Patient Treatment***	*(i)* *Nil*
(ii) ***Out-Patient Treatment***	*(ii)* *20%**
** **Co-Insurance** will not apply to **Treatment** relating to Renal dialysis/Renal failure, **Cancer** or Organ Transplants.*	
1. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees: *i) Charges for **In-Patient** or **Day-Patient Treatment** made by a **Hospital** including charges for accommodation (ward/semi-private or private); **Diagnostic Tests**; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a **Qualified Nurse**; **Drugs and Dressings** prescribed by a **Medical Practitioner** or **Specialist**; and surgical appliances used by the **Medical Practitioner** during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an **In-Patient** or **Day-Patient** and includes charges for intensive care.* *ii) Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an **Eligible Medical Condition** which required **In-Patient** or **Day-Patient Hospital Treatment**.*	*(i)* ▶ *Full refund* *(ii)* ▶ *Up to USD 1,500 per* ***Medical Condition***
2. Diagnostic Procedures: ***Medically Necessary*** *diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans received as an **In-Patient, Day-Patient** or **Out-Patient.***	▶ *Full refund*
3. Renal Failure and Renal Dialysis: *(i)* ***Treatment*** *of renal failure, including renal dialysis on an **In-Patient** basis.* *(ii)* ***Treatment*** *of renal failure, including renal dialysis on a **Day-Patient** or **Out-Patient** basis.*	*(i)* ▶ *Up to six weeks full refund* *(ii)* ▶ *Up to USD 35,000 per* ***Period of Cover***
4. Organ Transplant: ***Treatment*** *for and in relation to a human organ transplant of kidney, pancreas, liver, heart, lung, bone marrow, cornea, or heart and lung, in respect of the **Insured Person** as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under **Benefit** 7 - **Congenital Disorder** but excluded from **Benefit** 4 – Organ Transplant.* ***We*** *only pay for transplants carried out in internationally-accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with **WHO** guidelines.* *Medical costs associated with the donor and the cost of the donor organ search are excluded from this **Benefit**.*	▶ *Up to USD 150,000 per* ***Period of Cover***

▶ Full refund ▶ Not covered ▶ Subject to limits ▶ Optional

4.3.3 SimpleCare 250

Manfaat	SimpleCare 250
Batas Maksimum Tahunan Polis Grup ***Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup***	**USD 1,500,000**
Standar Wilayah Geografis	
Wilayah Pertanggungan: Asia Tenggara (Kecuali Singapura)	*Jaringan Standar:* ***Jaringan Asia Tenggara SimpleCare***
Ko-Asuransi	
(i) ***Pengobatan Pasien Rawat Inap*** *dan* ***Rawat Sehari***	*(i)* *Nil*
(ii) ***Pengobatan Rawat Jalan***	*(ii)* *20%**
** **Ko-Asuransi** tidak akan berlaku untuk **Pengobatan** yang berkaitan dengan Cuci Darah / Gagal ginjal, **Kanker** atau Transplantasi Organ.*	
1. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:	
*(i) Biaya untuk **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** yang dilakukan oleh **Rumah Sakit** termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); Tes Diagnostik; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh **Perawat Berijazah**; **Obat dan Perban** yang diresepkan oleh **Praktisi Medis** atau Dokter Spesialis; dan peralatan bedah yang digunakan oleh **Praktisi Medis** selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.*	*(i)* ▶ *Pengembalian penuh*
*(ii) Biaya Tambahan: Pembelian dan penyewaan kruk, tongkat, alat bantu berjalan dan kursi roda non-elektronik manual dalam waktu enam bulan dari **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang memerlukan **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** di **Rumah Sakit**.*	*(ii)* ▶ *Hingga USD 1,500 per **Kondisi Medis***
2. Prosedur Diagnostik: *Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang **Secara Medis Diperlukan** diterima sebagai pasien **Rawat Inap**, **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**.*	▶ *Pengembalian penuh*
3. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:	
*(i) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Inap**.*	*(i)* ▶ *Sampai enam minggu pengembalian penuh*
*(ii) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**.*	*(ii)* ▶ *Hingga USD 35,000 per **Masa Pertanggungan***
4. Transplantasi Organ: ***Pengobatan*** *untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan **Tertanggung** sebagai penerima. Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggungan akan disediakan berdasarkan **Manfaat** 7 - **Kelainan Bawaan** tetapi dikecualikan dari **Manfaat** 4 - Transplantasi Organ.* ***Kami*** *hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman **WHO**.* *Biaya medis yang berkaitan dengan donor dan pencarian organ donor dikecualikan dalam **Manfaat** ini.*	▶ *Hingga USD 150,000 per **Masa Pertanggungan***

▶ *Pengembalian penuh* ▶ *Tidak ditanggung* ▶ *Sesuai dengan batas* ▶ *Pilihan*

Benefit	SimpleCare 250
5. Cancer Treatment: ***Treatment*** *given for* ***Cancer*** *received as an* ***In-Patient***, ***Day-Patient*** *or* ***Out-Patient***. *Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.*	*Full refund*
6. New Born Cover: ***In-Patient Treatment*** *of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an* ***Acute Condition*** *being suffered by a* ***New Born*** *baby of an* ***Insured Person*** *which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the* ***New Born*** *baby is added to the* ***Group Plan*** *within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.* *In circumstances where* ***We*** *require details of the* ***New Born*** *baby's medical history before the baby is being added to the* ***Group Plan***, ***We*** *reserve the right to apply particular restrictions to the cover* ***We*** *will offer. Please refer to Section 6.5 - Adding* ***New Born*** *of this Members Handbook for details.*	*Up to USD 35,000 per* ***Period of Cover***
7. Congenital Disorder: ***In-Patient Treatment*** *for a* ***Congenital Disorder***. *In circumstances where a* ***Congenital Disorder*** *manifests itself in a* ***New Born*** *baby within 30 days of birth, cover for such* ***Medical Conditions*** *will be provided under* ***Benefit*** *6 -* ***New Born*** *Cover but excluded from* ***Benefit*** *7 –* ***Congenital Disorders***.	*Up to USD 35,000 per* ***Period of Cover***
8. Parent Accommodation: *The cost of one parent staying in* ***Hospital*** *overnight with an* ***Insured Person*** *under 18 years old while the child is admitted as an* ***In-Patient*** *for* ***Eligible Treatment***.	*Full refund*
9. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother: ***Hospital Accommodation*** *costs relating to a* ***New Born*** *baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an* ***Insured Person****) while she is receiving* ***Eligible Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *in a* ***Hospital***.	*Full refund*
10. Reconstructive Surgery: *Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an* ***Accident*** *or following a* ***Surgical Procedure*** *for an* ***Eligible Medical Condition***, *which occurred after an* ***Insured Person's Entry Date*** *or* ***Start Date*** *whichever is later.*	*Full refund*
11. Day-Patient or Out-Patient Surgery: ***Treatment*** *costs for a* ***Surgical Procedure*** *performed in a surgery,* ***Hospital***, *day-care facility or* ***Out-Patient*** *department.*	*Full refund*
12. In-Patient Emergency Dental Treatment: *This means* ***Emergency*** *restorative dental* ***Treatment*** *required to sound, natural teeth following an* ***Accident*** *which necessitates* ***Your*** *admission to* ***Hospital*** *for at least one night.* *The dental* ***Treatment*** *must be received within 10 days of the* ***Accident***. *This* ***Benefit*** *covers all costs incurred for* ***Treatment*** *made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:* • *If the* ***Treatment*** *involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture,* ***We*** *will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality* • *If implants are clinically needed* ***We*** *will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead* • *Damage to dentures providing they were being worn at the time of the injury*	*Full refund*
13. Rehabilitation: *When referred by a* ***Specialist*** *as an integral part of* ***Treatment*** *for a* ***Medical Condition*** *necessitating admission to a recognised* ***Rehabilitation*** *unit of a* ***Hospital***. *Where the* ***Insured Person*** *was confined to a* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *for at least three consecutive days, and where a* ***Specialist*** *confirms in writing that* ***Rehabilitation*** *is required. Admission to a* ***Rehabilitation*** *unit must be made within 14 days of discharge from* ***Hospital***. *Such* ***Treatment*** *should be under the direct supervision and control of a* ***Specialist*** *and would cover:* *i) Use of special* ***Treatment*** *rooms* *ii) Physical therapy fees* *iii) Speech therapy fees* *iv) Occupational therapy fees*	*Full refund up to 90 days per* ***Medical Condition***
14. Nursing Care at Home: *Care given by* ***Qualified Nurse*** *in the* ***Insured Person's*** *own home, which is immediately received subsequent to* ***Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient*** *on the recommendation of a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist***.	*Full refund up to 30 days per* ***Medical Condition***

Full refund Not covered Subject to limits Optional

Manfaat	SimpleCare 250
5. Pengobatan Kanker: ***Pengobatan*** *yang diberikan untuk* ***Kanker*** *yang diterima sebagai pasien* ***Rawat Inap***, ***Rawat Sehari*** *atau* ***Rawat Jalan***. *Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.*	*Pengembalian penuh*
6. Pertanggungan untuk Bayi Baru Lahir: ***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau* ***Kondisi Akut*** *yang diderita oleh bayi* ***Baru Lahir*** *dari* ***Tertanggung*** *yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi* ***Baru Lahir*** *ditambahkan ke dalam* ***Polis Grup*** *dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.* *Dalam keadaan di mana* ***Kami*** *memerlukan rincian riwayat medis bayi* ***Baru Lahir*** *sebelum bayi ditambahkan ke* ***Polis Grup***, ***Kami*** *berhak untuk menerapkan pembatasan tertentu pada perlindungan yang akan* ***Kami*** *tawarkan. Untuk lebih rinci Lihat Buku panduan Bagian 6.5 – Menambahkan Bayi* ***Baru Lahir***.	*Hingga USD 35,000 per* ***Masa Pertanggungan***
7. Kelainan Bawaan: ***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk* ***Kelainan Bawaan***. *Dalam keadaan di mana* ***Kelainan Bawaan*** *muncul pada bayi* ***Baru Lahir*** *dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungan untuk* ***Kondisi Medis*** *tersebut akan diberikan berdasarkan* ***Manfaat*** *6 - Pertanggungan untuk Bayi* ***Baru Lahir*** *tetapi dikecualikan dari* ***Manfaat*** *7 –* ***Kelainan Bawaan***.	*Hingga USD 35,000 per* ***Masa Pertanggungan***
8. Akomodasi Orang Tua: *Biaya satu orangtua opname di* ***Rumah Sakit*** *semalam dengan* ***Tertanggung*** *di bawah 18 tahun sementara anak dirawat sebagai* ***Pasien Rawat Inap*** *untuk* ***Pengobatan*** *yang Layak.*	*Pengembalian penuh*
9. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru yang Ditemani Ibu mereka: *Biaya* ***Akomodasi Rumah Sakit*** *yang berkaitan dengan bayi* ***Baru Lahir*** *(hingga usia 16 minggu) untuk menemani ibunya (sebagai* ***Tertanggung****) saat ia menerima* ***Pengobatan*** *yang Layak sebagai* ***Pasien Rawat Inap*** *di* ***Rumah Sakit***.	*Pengembalian penuh*
10. Bedah Rekonstruksi: *Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah* ***Kecelakaan*** *atau sesudah* ***Prosedur Bedah*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat***, *yang terjadi setelah* ***Tanggal Masuk*** *atau* ***Tanggal Mulai Tertanggung*** *yang mana yang paling akhir.*	*Pengembalian penuh*
11. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan: *Biaya* ***Pengobatan*** *untuk* ***Prosedur Bedah*** *yang dilakukan di tempat praktek dokter,* ***Rumah Sakit***, *fasilitas penitipan anak atau instalasi* ***Rawat Jalan***.	*Pengembalian penuh*
12. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap: *Ini berarti* ***Pengobatan*** *restorasi gigi* ***Darurat*** *yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu* ***Kecelakaan*** *yang mengharuskan* ***Anda*** *masuk ke* ***Rumah Sakit*** *selama setidaknya satu malam.* ***Pengobatan*** *gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari* ***Kecelakaan*** *tersebut.* ***Manfaat*** *ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk* ***Pengobatan*** *yang diperlukan akibat cedera karena* ***Kecelakaan*** *yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:* • *Jika* ***Pengobatan*** *meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan,* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Layak untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.* • *Jika implan dibutuhkan secara klinis* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.* • *Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera.*	*Pengembalian penuh*
13. Rehabilitasi: *Atas saran dari* ***Dokter spesialis*** *sebagai bagian integrasi dari* ***Pengobatan*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang memerlukan masuk ke unit* ***Rehabilitasi Rumah Sakit*** *yang diakui. Bila* ***Tertanggung*** *dirawat di* ***Rumah Sakit*** *sebagai pasien* ***Rawat Inap*** *selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila* ***Dokter Spesialis*** *menegaskan secara tertulis bahwa* ***Rehabilitasi*** *diperlukan. Masuk ke unit* ***Rehabilitasi*** *harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar* ***Rumah Sakit***. ***Pengobatan*** *tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung* ***Dokter Spesialis*** *dan akan mencakup:* *(i) Penggunaan kamar* ***Pengobatan*** *khusus* *(ii) Biaya terapi fisik* *(iii) Biaya terapi wicara* *(iv) Biaya terapi okupasi*	*Pengembalian penuh 90 hari per* ***Kondisi Medis***
14. Perawatan di Rumah: *Perawatan yang diberikan oleh* ***Perawat Berijazah*** *di rumah* ***Tertanggung*** *sendiri, yang segera diterima setelah* ***Pengobatan*** *sebagai pasien* ***Rawat Inap*** *atau pasien* ***Rawat Sehari*** *berdasarkan rekomendasi dari* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Dokter Spesialis***.	*Pengembalian penuh 30 hari per* ***Kondisi Medis***

Pengembalian penuh *Tidak ditanggung* *Sesuai dengan batas* *Pilihan*

Benefit	SimpleCare 250
15. Emergency Ambulance Transportation: ***Emergency*** *road ambulance transport costs to or between* ***Hospitals****, or when considered* ***Medically Necessary*** *by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****.*	*Full refund*
16. Evacuation and Repatriation:	
Evacuation *Arrangements will be made to move an* ***Insured Person*** *who has a critical, life-threatening* ***Eligible Medical Condition*** *to the nearest medical facility for the purpose of admission to* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient****.*	*Combined limit up to USD 100,000*
Reasonable expenses for:	
(i) Transportation costs of an ***Insured Person*** *in the event of* ***Emergency Treatment*** *and* ***Medically Necessary*** *transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.*	*(i) Full refund*
(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when ***Treatment*** *is being received as a* ***Day-Patient****.*	*(ii) Full refund*
(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the ***Hospital*** *to visit the* ***Insured Person*** *following admission as an* ***In-Patient****.*	*(iii) Full refund*
*(iv) Reasonable costs for non-****Hospital Accommodation*** *only for immediate pre and post-****Hospital*** *admission periods provided that the* ***Insured Person*** *is under the care of a* ***Specialist****.*	*(iv) Up to USD 200 per day* *Up to USD 7,500 per person, per* ***Evacuation***
Costs of ***Evacuation*** *do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.* ***Our*** *medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the* ***Evacuation*** *and this* ***Benefit*** *will not cover travel if it is against the advice of* ***Our*** *medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the* ***Eligible Medical Condition****.*	
Repatriation *An economy class airfare ticket to return the* ***Insured Person*** *and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of* ***Treatment*** *or the* ***Insured Person's*** *principal* ***Country of Nationality*** *or principal* ***Country of Residence****, as long as the journey is made within one month of completion of* ***Treatment****.*	*Full refund*
You *are* ***Eligible*** *for* ***Medically Necessary Repatriation*** *costs only if there was an initial* ***Evacuation*** *that has taken place.* ***Deductible*** *would apply to* ***Medically Necessary Treatment*** *required under this* ***Benefit****.*	
17. Emergency Non-Elective Treatment outside Area of Cover: *For planned trips up to 30 days of duration.* ***Treatment*** *by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist*** *starting within 24 hours of the* ***Emergency*** *event, required as a result of an* ***Accident*** *or the sudden beginning of a severe illness resulting in a* ***Medical Condition*** *that presents an immediate threat to the* ***Insured Person's*** *health.*	***Accident:*** *Full refund for* ***Accident*** *requiring* ***In-Patient*** *and* ***Day-Patient*** *care* *Illness:* ***In-Patient*** *and* ***Day-Patient*** *care up to USD 35,000 per* ***Period of Cover***
18. Hospital Cash Benefit: *This* ***Benefit*** *is payable for each night an* ***Insured Person*** *receives* ***In-Patient Treatment*** *and only if:* *i) the* ***Insured Person*** *is admitted for an elective* ***In-Patient Treatment*** *before midnight, and the* ***Treatment*** *is received within the public hospitals of the* ***Insured Persons' Country of Residence****; or* *ii) this* ***Group Plan*** *being the* ***Secondary Health Insurance Plan****. However, if* ***You*** *have a USD 10,000 or USD 15,000* ***Group Plan Deductible****,* ***You*** *are not* ***Eligible*** *for this* ***Benefit****.* *Cover under this* ***Benefit*** *is limited to a maximum of 30 nights per* ***Period of Cover****.* *For this* ***Benefit*** *exclusion 5.9 does not apply.*	*USD 250 per night*

Full refund | Not covered | Subject to limits | Optional

Manfaat	SimpleCare 250
15. Transportasi Ambulans Darurat: *Biaya transportasi ambulans perjalanan **Darurat** ke atau antar **Rumah Sakit**, atau bila dipertimbangkan **Secara Medis Diperlukan** oleh **Praktisi Medis** atau **Spesialis**.*	*Pengembalian penuh*
16. Evakuasi dan Repatriasi: **Evakuasi** *Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan **Tertanggung** yang memiliki **Kondisi Medis** kritis dan mengancam jiwa yang **Memenuhi Syarat** ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke **Rumah Sakit** sebagai pasien **Rawat Inap** atau pasien **Rawat Sehari**.*	*Limit gabungan hingga USD 100,000*
Biaya yang wajar untuk: *(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) Pengembalian penuh*
*(ii) Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika **Pengobatan** diterima sebagai Pasien **Rawat Sehari**.*	*(ii) Pengembalian penuh*
*(iii) Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari **Rumah Sakit** untuk mengunjungi **Tertanggung** sesudah masuk sebagai Pasien **Rawat Inap.***	*(iii) Pengembalian penuh*
*(iv) Biaya yang wajar untuk **Akomodasi** non **Rumah Sakit** hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk **Rumah Sakit** asalkan **Tertanggung** sedang dirawat oleh **Dokter Spesialis**.*	*(iv) Hingga USD 200 per hari hingga USD 7,500 per orang, per **Evakuasi***
*Biaya **Evakuasi** tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.* *Penasihat medis **Kami** akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk **Evakuasi** dan **Manfaat** ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis **Kami** atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati **Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat**.*	
Repatriasi *Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan **Tertanggung** dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi **Pengobatan** atau **Negara Kewarganegaraan** utama atau **Negara Tempat Tinggal** utama **Tertanggung**, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah **Pengobatan** selesai.* *Biaya yang terkait dengan **Kehamilan** dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari **Manfaat** ini.*	*Pengembalian penuh*
17. Pertanggungan untuk Pengobatan Non-Elektif di luar Wilayah Pertanggungan: *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**.*	***Kecelakaan**: Pengembalian penuh untuk **Kecelakaan** yang memerlukan perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari*** *Sakit: Perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** hingga USD 35,000 per **Masa Pertanggungan***
18. Manfaat Tunai di Rumah Sakit: ***Manfaat** ini dibayar selama setiap malam **Tertanggung** menerima **Pengobatan Rawat Inap** dan hanya jika* *(i) **Tertanggung** dirawat untuk **Pengobatan Rawat Inap** sebelum tengah malam, dan **Pengobatan** diterima di rumah sakit umum di **Negara Tempat Tinggal Tertanggung**; atau* *(ii) **Polis Grup** ini menjadi **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**. Namun, jika **Anda** memiliki USD 10,000 atau USD 15,000, **Biaya Risiko Sendiri Polis Grup**, **Anda** tidak memenuhi syarat untuk **Manfaat** ini.* ***Pertanggungan** berdasarkan **Manfaat** ini terbatas hingga maksimum 30 malam per **Masa Pertanggungan**.* *Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.9 tidak berlaku.*	*USD 250 per malam*

Pengembalian penuh *Tidak ditanggung* *Sesuai dengan batas* *Pilihan*

Benefit	SimpleCare 250
Annual Out-Patient Limit ***Applicable to Benefit 19 and 20 only, subject to Annual Maximum Group Plan Limit***	**USD 2,500**
19. Out-Patient Charges: *(i) **Medical Practitioner** fees including consultations; **Specialist** fees; **Diagnostic Tests**.* *(ii) Prescribed **Drugs and Dressings**.* *Maintenance of **Chronic Medical Conditions** requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, **Drugs and Dressings** and/or tests are covered under this **Benefit**.* *Please note: If claim receipts do not show a breakdown of the medical services rendered, **We** will only pay **Eligible** claims up to the Prescribed **Drugs and Dressings** limit.*	*(i)* ▶ *Full refund subject to Annual **Out-Patient** Limit* *(ii)* ▶ *USD 1,250* *(i) & (ii) are subject to Annual **Out-Patient** Limit*
20. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies *(i) Physiotherapy by a Registered **Physiotherapist**, when referred by a **Medical Practitioner**, or **Specialist**.* *(ii) Complementary medicine and **Treatment** by a therapist, when referred by a **Medical Practitioner** or **Specialist**. This **Benefit** extends to osteopaths, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture **Treatment**.* *(iii) **Out-Patient Treatment** for therapies administered by a recognised traditional Chinese **Medical Practitioner** or an Ayurvedic **Medical Practitioner**.* ***We** do not cover charges for general chiropody or podiatry.*	*(i)* ▶ *USD 80 per visit* *(ii)* ▶ *USD 80 per visit* *(iii)* ▶ *USD 40 per visit* *Combined up to 10 visits for (i), (ii) & (iii) per **Period of Cover**, subject to Annual **Out-Patient** Limit*

Benefit	SimpleCare 250
21. Dental Care *Fees of a registered **Dental Practitioner** carrying out dental **Treatment** in a dental clinic/surgery.* *This **Benefit** provides cover for the below dental **Treatment**:* - *Screening (including x-rays where necessary)* - *Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year)* - *Fillings and extractions (non-surgical and surgical)* - *Root canal treatment* - *New or repair of crowns, dentures, in lays and bridges* - *Apicoectomy* *Dental implants and orthodontics **Treatment** are specifically excluded under this **Benefit**.* *No other **Treatment** is covered by this **Benefit**.* ***Waiting Period**: Costs incurred within nine months from the **Entry Date** are excluded.* *A **Co-Insurance** of 20% applies.* *For this **Benefit** the **Group Plan Deductible** or **Group Plan Out-Patient Per Visit Excess** does not apply.*	▶ *Up to USD 300 per **Period of Cover***

Manfaat	SimpleCare 250
Limit Pengobatan Rawat Jalan Tahunan ***Berlaku untuk Manfaat 19 dan 20 saja, sesuai dengan Limit Polis Grup Maksimum Tahunan***	**USD 2,500**
19. Biaya Rawat Jalan: *(i) Biaya **Praktisi Medis** termasuk konsultasi; Biaya **Dokter Spesialis**; **Tes Diagnostik**; **Obat-Obatan dan Perban** yang diresepkan.* *(ii) Fisioterapi oleh **Fisioterapis** Terdaftar, jika dirujuk oleh **Praktisi Medis**, atau **Dokter Spesialis**.* *Perawatan **Kondisi Medis Kronis** yang memerlukan pemantauan berkelanjutan atau jangka panjang melalui konsultasi, pemeriksaan, check-up, **Obat-obatan dan Perban** dan/atau tes ditanggung oleh **Manfaat** ini.* *Please note: If claim receipts do not show a breakdown of the medical services rendered, **We** will only pay **Eligible** claims up to the Prescribed **Drugs and Dressings** limit.*	*(i)* ▶ *Pengembalian penuh tunduk pada limit **Pengobatan Rawat Jalan** Tahunan* *(ii)* ▶ *USD 1,250* *(i) & (ii) tunduk pada limit **Pengobatan Rawat Jalan** Tahunan*
20. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif: *(i) Fisioterapi oleh **Fisioterapis Terdaftar**, bila dirujuk oleh **Praktisi Medis**, atau **Spesialis**.* *(ii) Obat dan **Pengobatan** Pelengkap oleh terapis, jika dirujuk oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis Manfaat** ini meluas ke osteopathi, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan **Pengobatan** akupunktur.* *(iii) **Pengobatan Rawat Jalan** atau terapi yang dilakukan oleh **Praktisi Medis** tradisional Cina yang diakui atau **Praktisi Medis** Ayurveda.* ***Kami** tidak menanggung biaya untuk chiropody atau podiatry umum.*	*(i)* ▶ *USD 80 per kunjungan* *(ii)* ▶ *USD 80 per kunjungan* *(iii)* ▶ *USD 40 per kunjungan* *Gabungan hingga 10 kunjungan untuk (i), (ii) & (iii) per **Masa Pertanggungan**, sesuai dengan limit **Pengobatan Rawat Jalan** Tahunan*

Manfaat	SimpleCare 250
21. Perawatan Gigi: *Biaya **Dokter Gigi** yang terdaftar yang melakukan **Pengobatan** gigi di klinik / operasi gigi.* ***Manfaat** ini memberikan perlindungan untuk **Pengobatan** gigi sebagai berikut:* - *Skrining (termasuk sinar-x jika diperlukan)* - *Pembersihan karang gigi prefentif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun)* - *Penambalan dan ekstraksi (non-bedah dan bedah)* - *Pengobatan saluran akar* - *Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, di penempatan dan jembatan* - *Apicoectomy* *Implan gigi dan **Pengobatan** ortodontik dikecualikan secara khusus berdasarkan **Manfaat** ini. Tidak ada **Pengobatan** lain yang ditanggung oleh **Manfaat** ini.* ***Masa Tunggu**: Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari **Tanggal Masuk** dikecualikan. **Ko-Asuransi** 20% berlaku.* *Untuk **Manfaat** ini **Risiko Sendiri** atau **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan** pada **Polis Grup** tidak berlaku.*	▶ *Hingga USD 300 per **Masa Pertanggungan***

▶ *Pengembalian penuh* ▶ *Tidak ditanggung* ▶ *Sesuai dengan batas* ▶ *Pilihan*

Geographical Area Option	SimpleCare 250
22. Area of Cover: Worldwide Excluding USA *By selecting this option, **Your** area of cover will become Worldwide but excluding elective **Treatment** in the USA.* ***You** will also be able to access to the **SimpleCare Comprehensive Network**.*	*Optional*

Deductible Options	SimpleCare 250
Standard Deductible	*Nil*
Optional Deductible *Please note:* *USD 10,000 or USD 15,000 **Deductible** is only available if **You** are covered by more than one health insurance policy. **You** can only select such **Deductible** options if **You** buy this **Group Plan** as a **Secondary Health Insurance Plan**. **You** will be required to provide details of **Your Primary Health Insurance** when **You** apply for cover under this **Group Plan**.*	*USD 150* *USD 250* *USD 500* *USD 1,000* *USD 2,500* *USD 5,000* *USD 10,000* *USD 15,000*

Additional Options	SimpleCare 250
23. Removal of Drugs and Dressings Limit *By selecting this option, cover for Prescribed **Drugs and Dressings** under **Benefit** 19 (ii) will be Full Refund, subject to annual **Out-Patient** limit.*	*Optional* *For Compulsory **Group Plans** 3+ employees*
24. Wellness and Vaccinations - Option 1 *(i) Wellness: This **Benefit** is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including **Cancer** screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). and/or* *(ii) **Vaccinations**: Costs of drugs and consultations to administer all **Medically Necessary** basic immunisation and booster injections and any **Medically Necessary** travel **Vaccinations** and malaria prophylaxis.* *For this **Benefit** exclusion 5.9 does not apply.*	*Optional* *For Compulsory **Group Plans** 3+ employees* *Combined limit up to USD 150 per **Period of Cover***
25. Wellness and Vaccinations - Option 2 *(i) Wellness: This **Benefit** is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including **Cancer** screening, cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). and/or* *(ii) **Vaccinations**: Costs of drugs and consultations to administer all **Medically Necessary** basic immunisation and booster injections and any **Medically Necessary** travel **Vaccinations** and malaria prophylaxis.* *For this **Benefit** exclusion 5.9 does not apply.*	*Optional* *For Compulsory **Group Plans** 3+ employees* *Combined limit up to USD 250 per **Period of Cover***

Pilihan Wilayah Geografis	SimpleCare 250
22. Wilayah Pertanggungan: Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat *Dengan memilih opsi ini, Wilyah pertanggungan **Anda** meliputi Seluruh Dunia tetapi tidak termasuk **Pengobatan** elektif di Amerika Serikat.* ***Anda** juga akan dapat mengakses ke **Jaringan Komprehensif SimpleCare**.*	▶ *Pilihan*

Opsi Risiko Sendiri	SimpleCare 250
Risiko Sendiri Standar	*Nihil*
Opsi Risiko Sendiri *Harap dicatat:* ***Risiko Sendiri** USD 10,000 atau USD 15,000 hanya tersedia jika **Anda** ditanggung oleh lebih dari satu polis asuransi kesehatan. **Anda** hanya dapat memilih opsi **Risiko Sendiri** tersebut jika **Anda** membeli **Polis Grup** ini sebagai **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**. **Anda** akan diminta untuk memberikan perincian tentang **Asuransi Kesehatan Primer Anda** ketika **Anda** mengajukan permohonan untuk pertanggungan berdasarkan **Polis Grup** ini.*	*USD 150* *USD 250* *USD 500* *USD 1,000* *USD 2,500* *USD 5,000* *USD 10,000* *USD 15,000*

Pilihan Tambahan	SimpleCare 250
23. Penghapusan Batas Obat-obatan dan Perban *Dengan memilih opsi ini, pertanggungan untuk Obat yang Diresepkan dan Perban berdasarkan **Manfaat** 19 (ii) akan diberikan Pengembalian Penuh, sesuai dengan Limit **Pengobatan Rawat Jalan** Tahunan.*	▶ *Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 3+ karyawan*
24. Pemeriksaan Kesehatan dan Vaksinasi – Pilihan 1 *(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker**, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol).* *dan/atau* *(ii) **Vaksinasi**: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.* *Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.9 tidak berlaku.*	▶ *Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 3+ karyawan* *Gabungan limit hingga USD 150 per **Masa Pertanggungan***
25. Pemeriksaan Kesehatan dan Vaksinasi – Pilihan 2 *(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker**, pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol).* *dan/atau* *(ii) **Vaksinasi**: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.* *Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.9 tidak berlaku.*	▶ *Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 3+ karyawan* *Gabungan limit hingga USD 250 per **Masa Pertanggungan***

▶ *Pengembalian penuh* ▶ *Tidak ditanggung* ▶ *Sesuai dengan batas* ▶ *Pilihan*

Additional Options	SimpleCare 250
26. Maternity – Option 1 *(i)* ***Medically Necessary*** *costs incurred during normal* ***Pregnancy*** *and childbirth: childbirth costs, including pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist.*** *This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.* *Please note* ***We*** *will pay for the above Well-baby examinations costs only if* ***We*** *have paid the delivery cost of the baby under this* ***Group Plan****, provided the baby is being added into the* ***Group Plan*** *as an* ***Insured Person****.* *(ii)* ***In-Patient Treatment*** *of an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during the antenatal stages of* ***Pregnancy****, or an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during childbirth. As an illustration,* ***We*** *would consider* ***Treatment*** *of the following:* • *Ectopic* ***Pregnancy*** *(where the foetus is growing outside the womb)* • *Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)* • *Retained placenta (afterbirth retained in the womb)* • *Placenta praevia* • *Eclampsia (a coma or seizure during* ***Pregnancy*** *and following pre-eclampsia)* • *Diabetes (If* ***You*** *have exclusions because of* ***Your*** *past medical history which relate to diabetes, then* ***You*** *will not be covered for any* ***Treatment*** *for diabetes during* ***Pregnancy)*** • *Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)* • *Miscarriage requiring immediate surgical* ***Treatment*** • *Failure to progress in labour* ***Waiting Period****: Costs incurred within twelve months from the Entry Date are excluded.* *Please note,* ***We*** *do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.* *For this* ***Benefit*** *exclusion 5.26 does not apply.* *The* ***Group Plan Deductible*** *applies to this* ***Benefit***	*Optional* *For Compulsory* ***Group Plans*** *10+ employees* *i)* *Up to USD 5,000 per* ***Period of Cover*** *ii)* *Up to USD 12,000 per* ***Period of Cover***
27. Maternity – Option 2 *i)* ***Medically Necessary*** *costs incurred during normal* ***Pregnancy*** *and childbirth: childbirth costs, including pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.* *Please note* ***We*** *will pay for the above Well-baby examinations costs only if* ***We*** *have paid the delivery cost of the baby under this* ***Group Plan****, provided the baby is being added into the* ***Group Plan*** *as an* ***Insured Person****.* *ii)* ***In-Patient Treatment*** *of an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during the antenatal stages of* ***Pregnancy****, or an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during childbirth. As an illustration,* ***We*** *would consider* ***Treatment*** *of the following:* • *Ectopic* ***Pregnancy*** *(where the foetus is growing outside the womb)* • *Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)* • *Retained placenta (afterbirth retained in the womb)* • *Placenta praevia* • *Eclampsia (a coma or seizure during* ***Pregnancy*** *and following pre-eclampsia)* • *Diabetes (If* ***You*** *have exclusions because of Your past medical history which relate to diabetes, then You will not be covered for any* ***Treatment*** *for diabetes during* ***Pregnancy****)* • *Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)* • *Miscarriage requiring immediate surgical* ***Treatment*** • *Failure to progress in labour* ***Waiting Period****: Costs incurred within twelve months from the Entry Date are excluded.* *Please note,* ***We*** *do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.* *For this* ***Benefit*** *exclusion 5.26 does not apply.* *The* ***Group Plan Deductible*** *applies to this* ***Benefit***	*Optional* *For Compulsory* ***Group Plans*** *10+ employees* *i)* *Up to USD 7,000 per* ***Period of Cover*** *ii)* *Up to USD 15,000 per* ***Period of Cover***

Pilihan Tambahan	SimpleCare 250
26. Maternity – Option 1 *(i) Biaya yang **Secara Medis Diperlukan** yang terjadi selama **Kehamilan** dan persalinan normal: biaya persalinan, termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahir- kan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama / pemeriksaan bayi baru lahir, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh **Praktisi Medis** atau **Spesialis**. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.* *Harap dicatat **Kami** akan membayar biaya pemeriksaan kesehatan Bayi di atas hanya jika **Kami** telah menerima biaya pembayaran bayi berdasarkan **Polis Grup** ini, asalkan bayi tersebut ditambahkan ke dalam **Polis Grup** sebagai **Tertanggung**.* *(ii) **Pengobatan Rawat Inap** untuk **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang timbul selama tahapan antenatal **Kehamilan**, atau **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang timbul saat melahirkan. Sebagai gambaran, **Kami** akan mempertimbangkan **Pengobatan** berikut:* • ***Kehamilan** ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)* • *Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)* • *Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)* • *Plasenta previa* • *Eklampsia (koma atau kejang selama **Kehamilan** dan setelah pre-eklampsia)* • *Diabetes (Jika **Anda** memiliki pengecualian karena riwayat medis **Anda** di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka **Anda** tidak akan ditanggung untuk setiap **Pengobatan** untuk diabetes selama **Kehamilan**)* • *Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)* • *Keguguran yang membutuhkan **Pengobatan** bedah segera* • *Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan* ***Masa Tunggu**: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak **Tanggal Mulai** dikecualikan.* *Harap dicatat, **Kami** tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.* *Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.26 tidak berlaku.* ***Risiko Sendiri** pada **Polis Grup** tidak berlaku.*	*Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ karyawan* *(i) Hingga USD 5,000 per **Masa Pertanggungan*** *(ii) Hingga USD 12,000 per **Masa Pertanggungan***
27. Maternity – Option 2 *(i) Biaya yang **Secara Medis Diperlukan** yang terjadi selama **Kehamilan** dan persalinan normal: biaya persalinan, termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahir- kan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama / pemeriksaan bayi baru lahir, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh **Praktisi Medis** atau **Spesialis**. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.* *Harap dicatat **Kami** akan membayar biaya pemeriksaan kesehatan Bayi di atas hanya jika **Kami** telah menerima biaya pembayaran bayi berdasarkan **Polis Grup** ini, asalkan bayi tersebut ditambahkan ke dalam **Polis Grup** sebagai **Tertanggung**.* *(ii) **Pengobatan Rawat Inap** untuk **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang timbul selama tahapan antenatal **Kehamilan**, atau **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** yang timbul saat melahirkan. Sebagai gambaran, **Kami** akan mempertimbangkan **Pengobatan** berikut:* • ***Kehamilan** ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)* • *Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)* • *Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)* • *Plasenta previa* • *Eklampsia (koma atau kejang selama **Kehamilan** dan setelah pre-eklampsia)* • *Diabetes (Jika **Anda** memiliki pengecualian karena riwayat medis **Anda** di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka **Anda** tidak akan ditanggung untuk setiap **Pengobatan** untuk diabetes selama **Kehamilan**)* • *Perdarahan pasca-persalinan (perdarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)* • *Keguguran yang membutuhkan **Pengobatan** bedah segera* • *Kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan* ***Masa Tunggu**: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak **Tanggal Mulai** dikecualikan.* *Harap dicatat, **Kami** tidak membayar kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.* *Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.26 tidak berlaku.* ***Risiko Sendiri** pada **Polis Grup** tidak berlaku.*	*Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ karyawan* *(i) Hingga USD 7,000 per **Masa Pertanggungan*** *(ii) Hingga USD 15,000 per **Masa Pertanggungan***

Underwriting Options	SimpleCare 250
Capped Cover *This underwriting option provides limited cover for any pre-existing **Medical Conditions** that are declared and accepted by Us.* ***Waiting Period**: Costs of **Treatment** for such pre-existing **Medical Conditions** incurred within the first nine months from the **Entry Date** are excluded.*	*Optional* *For Compulsory **Group Plans** 5 to 19 employees* *After **Waiting Period**, until the **Group Plan** renews: Up to USD 2,000 per declared pre-existing **Medical Condition*** *Upon renewal of the **Group Plan**: Up to USD 4,000 per declared pre-existing **Medical Condition**, per **Period of Cover***
Medical History Disregarded *If this underwriting option is selected, Exclusion 5.27 does not apply.* *Please note that the **Waiting Period** does not apply to either Maternity or Dental Care **Benefits**, if Medical History Disregarded is selected.*	*Optional* *For Compulsory **Group Plans** of 10+ employees*

Opsi Penjaminan	SimpleCare 250
Pertanggungan ditentukan *Opsi penjaminan ini memberikan pertanggungan terbatas untuk setiap **Kondisi Medis** pra ada yang dinyatakan dan diterima oleh **Kami**.* ***Masa Tunggu**: Biaya **Pengobatan** untuk **Kondisi Medis** pra ada yang terjadi dalam sembilan bulan pertama sejak **Tanggal Masuk** dikecualikan.*	*Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 5 hingga 19 karyawan* *Setelah **Masa Tunggu**, sampai pembaruan **Polis Grup**: Hingga USD 2,000 per pernyataan **Kondisi Medis** pra ada* *Setelah pembaruan **Polis Grup**: Hingga USD 4,000 per pernyataan **Kondisi Medis** pra ada, per **Masa Pertanggungan***
Pengabaian Riwayat Kesehatan *Jika opsi penjaminan ini dipilih, Pengecualian 5.27 tidak berlaku.* *Harap dicatat bahwa **Masa Tunggu** tidak berlaku untuk **Manfaat** Perawatan Persalinan atau Perawatan Gigi, jika Pengabaian Riwayat Medis dipilih.*	*Pilihan* *Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ karyawan*

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 Treatment

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

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

5.6 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

You do not have cover for costs relating to the maintenance of Chronic Conditions unless You are insured under SimpleCare 100 or SimpleCare 250. We will pay such Eligible costs under Benefit 19 - Out-Patient Charges.

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 pertanggungan 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 Pengobatan kosmetik

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

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

5.6 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.

5.8 Coma or Vegetative State

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

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

5.9 Deductible, Out-Patient Per Visit Excess or Co-Insurance

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

5.10 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**

5.11 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.

5.12 Dietary supplements, vitamins or minerals and Cosmetic Products

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

5.13 Eating disorders

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

5.14 Experimental Treatment and drugs

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

5.8 Keadaan Koma atau Vegetatif

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

Kami akan, bagaimanapun, membayar biaya Pengobatan aktif dari Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat yang terjadi dalam 12 bulan pertama keadaan koma atau vegetatif.

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

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

5.10 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**

5.11 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.

5.12 Suplemen makanan, vitamin atau mineral dan Produk Kosmetik

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

5.13 Gangguan makan

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

5.14 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.

5.15 Eyesight tests or vision correction, hearing tests, hearing or visual aids

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

5.16 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 Specialists fees Benefit.

5.17 Failure to follow medical advice

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

5.18 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.

5.19 Genetic testing

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

5.20 Hazardous sports and pursuits

We do not cover Treatment of injuries sustained from base jumping, cliff diving, flying in an unlicensed aircraft or as a learner, martial arts, free climbing, mountaineering with or without ropes, scuba diving to a depth of more than 10 metres, trekking to a height of over 2,500 metres, bungee jumping, canyoning, hang-gliding, paragliding or microlighting, parachuting, potholing, skiing off piste or any other winter sports activity carried out off piste.

5.21 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.

5.22 Hormone Replacement Therapy

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

5.23 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 related to removing fat or surplus healthy tissue from any part of the body.

5.15 Tes penglihatan atau perbaikan penglihatan, tes pendengaran, alat bantu pendengaran atau penglihatan

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.

5.16 Prostesis eksternal

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

5.17 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.

5.18 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.

5.19 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, Anda memiliki Kondisi Medis ketika Anda tidak memiliki gejala atau jika ada risiko genetik Anda bawa atas Kondisi Medis.

5.20 Olahraga dan aktivitas yang berbahaya

Kami tidak menanggung Pengobatan asta luka berkepanjangan yang diderita akibat base jumping, cliff diving, terbang dengan pesawat tanpa izin atau sebagai pelajar, seni bela diri, panjat tebing bebas, panjat gunung dengan atau tanpa tali, scuba diving hingga kedalaman lebih dari 10 meter, trekking/menjelajah sampai ketinggian lebih dari 2.500 meter, bungee jumping, canyoning, hang-gliding, paralayang atau microlighting, terjun payung, potholing, ski off piste atau kegiatan olahraga musim dingin lainnya yang dilakukan secara out off piste.

5.21 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.

5.22 Terapi penggantian hormon

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

5.23 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.

5.24 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.

5.25 Palliative and Hospice Care

On diagnosis of a Terminal illness by a a Medical Practitioner or Specialist, We do not cover the costs of Hospital or Hospice accommodation or costs of any other Treatment for the purpose of offering temporary relief of symptoms.

5.26 Pregnancy or maternity

You are not covered for costs relating to Pregnancy or childbirth unless maternity Benefits are shown on Your Certificate of Insurance. This includes but not limited to costs arising from:

- **normal Pregnancy or childbirth**
- **Emergency or voluntary caesarean section**
- **Pregnancy or childbirth Medical Conditions. This includes Medical Conditions that arises during the antenatal stage, childbirth, or postpartum period**

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

Your Group 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, tests 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 Group Plan.**

5.28 Professional sports

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

5.29 Psychiatric or Psychological Treatment

You are not covered for Treatment costs related to psychiatric illness or any psychological conditions.

5.30 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.

5.31 Routine examinations, health screening, and Vaccinations

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. You are not covered for any type of Vaccination costs.

However, We will pay for wellness and Vaccination costs according to the Benefit Schedule if these Benefits are shown on Your Certificate of Insurance.

5.24 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.

5.25 Perawatan Paliatif dan Hospice

Pada diagnosis penyakit Terminal oleh Praktisi Medis atau Spesialis, Kami tidak menanggung biaya Rumah Sakit atau akomodasi Hospice atau biaya Pengobatan lainnya untuk tujuan memberikan bantuan gejala sementara.

5.26 Kehamilan atau persalinan

Anda tidak ditanggung untuk biaya yang berkaitan dengan Kehamilan atau persalinan kecuali Manfaat persalinan ditunjukkan pada Sertifikat Asuransi Anda. Ini termasuk namun tidak terbatas pada biaya yang dikeluarkan akibat:

- **Kehamilan atau persalinan normal**
- **Operasi caesar darurat atau biasa**
- **Kehamilan atau Kondisi Medis persalinan. Ini termasuk Kondisi Medis yang muncul selama tahap antenatal, persalinan, atau masa nifas**

5.27 Kondisi Medis yang diderita sebelumnya (tidak berlaku untuk MHD Group)

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.**

5.28 Olahraga profesional

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

5.29 Pengobatan jiwa atau psikologis

Anda tidak ditanggung untuk biaya Pengobatan yang berkaitan dengan penyakit kejiwaan atau kondisi psikologis apa pun.

5.30 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.

5.31 Pemeriksaan rutin, skrining kesehatan, vaksinasi

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, Anda tidak ditanggung untuk biaya Vaksinasi apapun.
Namun, Kami akan membayar biaya kesehatan dan Vaksinasi sesuai dengan Ikhtisar Manfaat jika Manfaat ini ditunjukkan pada Sertifikat Asuransi Anda.

5.32 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.

5.33 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.

5.34 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.

5.35 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.

5.36 Travel/accommodation costs

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

5.37 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.

5.38 Treatment in high cost medical facilities

You are not covered for costs of Treatment incurred in any medical provider that is listed on Our High Cost Providers List.

5.39 Treatment by a family member

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

5.40 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.

5.32 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.

5.33 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.

5.34 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.

5.35 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.

5.36 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.

5.37 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.

5.38 Pengobatan di fasilitas medis biaya tinggi

Anda tidak ditanggung untuk biaya Pengobatan yang dikeluarkan di setiap penyedia medis yang terdaftar di Daftar Penyedia Biaya Tinggi kami.

5.39 Pengobatan oleh anggota keluarga

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

5.40 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 Middle Rate 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

Dependents must be covered under the same level of **Benefits You** have, as the **Planholder**. For example, if the **Insured Person** has elected for the SimpleCare 100 **Plan** option; they can decide to cover their **Dependent** under the same **Plan** option but not SimpleCare CORE or SimpleCare 250 **Plan** options.

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** ataukah tidak, dan apakah **Kami** perlu memberlakukan persyaratan khusus ataukah tidak. Persyaratan khusus adalah pengecualian atau ketentuan yang **Kami** mungkin berlakukan terhadap pertanggungan **Anda**. Jika **Anda** mengajukan klaim untuk **Pengobatan** kondisi apapun yang **Anda** telah lalai untuk beritahukan kepada **Kami** di sini, atau **Anda** lalai untuk memberitahu **Kami** segala sesuatu tentang kondisi apapun, maka **Kami** dapat menolak untuk membayar klaim tersebut. **Kami** akan memberitahu **Anda** segala **Kondisi Medis** yang dikecualikan, pembatasan pertanggungan, dan/atau beban tambahan dalam **Sertifikat Asuransi Anda**.

6.3.3 Tanggungan

Setiap **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 menangung **Tanggungan** mereka pada pilihan **Polis Grup** Excel, Essential atau Advance, tetapi bukan pilihan **Polis Grup** Apex.

6.3.4 Actively at Work

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

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

You are considered NOT being Actively at Work if:

- **You** are working less than 80% of the required work hours or being paid less than 80% of the usual pay as stipulated in **Your** employment terms
- **You** have a **Medical Condition** that necessitates absence from **Your** usual work place for more than 60 days
- **You** are on paid or unpaid leave for more than 30 days due to a **Medical Condition**
- **You** are on paid or unpaid leave for an extended period of more than 60 days, with the exception of maternity/paternity leaves as allowed by the local regulations

6.3.5 Start date

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

6.3.6 Local legislation

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

6.3.7 Non-Eligible residency

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

6.4 Adding a new Dependant

Subject to the terms and conditions of **Your Group Plan**, if subsequently **You** wish to add **Your** spouse, partner or child to **Your Group Plan**, the **Plan Administrator** must either use their online secure portfolio area at www.now-health.com or arrange for **You** to complete a new application form, if applicable. Cover will not start until **Your** application has been accepted by **Us** for that **Dependant** and **We** have received premium payment.

6.3.4 Aktif di Tempat Kerja

Aktif di Tempat Kerja berarti **Anda** dipekerjakan oleh Pemegang Polis secara permanen penuh waktu dan **Anda** melakukan semua tugas rutin **Anda** sesuai dengan ketentuan pekerjaan **Anda** secara umum dan secara penuh waktu.

Jika **Anda** seorang karyawan, **Anda** harus aktif bekerja pada hari ketika **Anda** menjadi layak untuk bergabung dengan **Polis Group**. Jika **Anda** tidak aktif bekerja pada hari **Anda** menjadi layak, pertanggungan **Anda** hanya akan dimulai pada hari **Anda** kembali bekerja secara aktif di tempat kerja. **Anda** hanya dapat menambahkan **Tanggungan Anda** ketika **Anda** kembali bekerja.

Anda dianggap TIDAK Aktif Bekerja jika:

- **Anda** bekerja kurang dari 80% dari jam kerja yang diwajibkan atau dibayar kurang dari 80% dari gaji biasa seperti yang ditetapkan dalam ketentuan kerja **Anda**
- **Anda** memiliki **Kondisi Medis** yang mengharuskan ketidakhadiran dari tempat kerja **Anda** yang biasa selama lebih dari 60 hari
- **Anda** dalam cuti dibayar atau tidak dibayar selama lebih dari 30 hari karena **Kondisi Medis**
- **Anda** dalam cuti dibayar atau tidak dibayar untuk jangka waktu lebih dari 60 hari, dengan pengecualian cuti persalinan / cuti ayah dalam persalinan sebagaimana diizinkan oleh peraturan lokal

6.3.5 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**.

6.3.6 Undang-undang lokal

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

6.3.7 Tempat tinggal tidak memenuhi syarat

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

6.4 Menambahkan Tanggungan baru

Jika **Pemegang Polis** ingin menambahkan suami/istri, pasangan atau anak **Anda** pada **Polis Grup** ini, maka **Pemegang Polis Anda** harus menggunakan area portofolio online yang aman **Anda** di www.now-health.com 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 Adding New Borns

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

However, **We** will require details of the baby's medical history if the baby has been adopted, or was born as the result of any method of assisted conception or following any type of fertility **Treatment**, including but not limited to fertility drug **Treatment**.

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

6.6 Changing 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 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**.

6.9 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.

6.5 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.

Akan tetapi, **Kami** akan meminta rincian riwayat kesehatan bayi jika bayi telah diadopsi, atau lahir sebagai hasil dari metode pembuahan terbantu atau jenis P**engobatan** kesuburan apapun, termasuk namun tidak terbatas pada **Pengobatan** dengan obat kesuburan.

Dalam keadaan seperti itu **Kami** berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungan yang akan **Kami** 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 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**.

6.9 Bahasa

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

7. Dispute resolution

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

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

7.2.1 Alternative dispute resolution body

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

7.2.2 Court

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

7. Penyelesaian Sengketa

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

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

7.2.1 Lembaga alternatif penyelesaian sengketa

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

7.2.2 Pengadilan

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

7.3 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.

A list of group companies, their contact details and **Our** Data Privacy Policy is available at www.now-health.com.

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

7.3 Apa yang Kami lakukan dengan data pribadi Anda

Pastikan bahwa **Anda** menunjukkan informasi berikut kepada orang lain yang ditanggung dalam **Polis 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 **Tanggungan Anda** (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 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.

Daftar perusahaan dalam grup, rincian kontak mereka dan Kebijakan Privasi Data **Kami** tersedia di www.now-health.com.

Jika **Anda** mengubah pikiran A**nda** 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

The group agreement between **Us** and **Your** company/employer, the group application form, the group employee application form (if applicable) and any supporting documents, the **Certificate of Insurance**, **Benefit Schedule** and this handbook incorporating the **Group Plan** terms and conditions make up the contract between the **Planholder** and **Us**, with the purpose of providing **You** with **Benefit** when **You** need medical **Treatment**.

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 under the **Group Plan** (including not returning the **Group Plan** premium) or apply different terms of cover in line with the terms **We** would have applied had the information been presented to **Us** fairly in the first place. These terms may increase the **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** 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. Hak dan tanggung jawab

Perjanjian grup antara **Kami** dan perusahaan/majikan **Anda**, formulir permohonan grup, formulir permohonan karyawan grup (jika berlaku) dan dokumen pendukung apapun, **Sertifikat Asuransi**, **Ikhtisar Manfaat**, dan buku anduan ini yang menyertakan persyaratan dan ketentuan **Polis Grup** yang mengadakan kontrak antara **Pemegang Polis** dan **Kami**, dengan tujuan memberikan **Anda** dengan **Manfaat** ketika **Anda** membutuhkan **Pengobatan** medis.

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 pertanggungan **Anda** dan menyarankan **Pemegang polis** atau memberlakukan syarat-syarat pertanggungan yang berbeda sesuai dengan syarat-syarat yang **Kami** akan berlakukan seandainya informasi tersebut disampaikan kepada **Kami** secara wajar sebelumnya. Syarat-syarat ini dapat meningkatkan premi **Polis 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 Pertanggungan** sebelum pembatalan (pertanggungan tidak lebih dari 14 hari). Jika **Anda** mengeluarkan biaya klaim yang **Memenuhi Syarat** dalam **Masa Pertanggungan** itu **Kami** berhak untuk meminta **Pemegang Polis** untuk membayar layanan yang **Kami** telah benar-benar sediakan sehubungan dengan **Polis 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 Pertanggungan**.

Kami dapat membatalkan **Polis Grup** untuk **Anda** (sebagai **Tertanggung**) dan **Tanggungan 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 diberi tahu

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 8.2.8) 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 Benefits** under the **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 the **Plan Administrator**. **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 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 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 pertanggungan dan akan memberitahu **Pemegang Polis** jika **Kami** melakukannya.

8.2.2 Jika untuk alasan apapun terjadi pelanggaran dalam pertanggungan **Anda**, **Kami** dapat memulihkan pertanggungan jika premi selanjutnya dibayar, meskipun syarat-syarat pertanggungan dapat tunduk pada perubahan. Setiap diterimanya syarat-syarat tersebut oleh **Kami** tunduk pada persetujuan tertulis dari **Kami** dan diterimanya syarat-syarat tersebut oleh **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**
- Membebankan syarat-syarat yang berbeda terhadap setiap pertanggungan yang **Kami** siap untuk sediakan
- Mengakhiri **Polis Grup Anda** dan semua pertanggungan 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 M**anfaat 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**, **Tanggungan Anda** atau orang lain yang isebutkan 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 Termination

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

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

8.2.12 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.

8.2.11 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 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 menghadapkan penanggung pada sanksi, larangan atau pembatasan berdasarkan resolusi PBB atau sanksi perdagangan atau ekonomi, hukum atau peraturan Uni Eropa, Jepang, Inggris atau Amerika Serikat.

8.2.14 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.

8.2.14 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).

9.2 Product changes

If within the period of the policy there is any change affecting the amount of premium, insurance Benefit, or the provisions of this product, the Insurer shall deliver a written notice thirty (30) days prior to the **Insured**'s address on the Insurer's record to provide the **Insured** to decide whether or not to approve such changes. If within thirty (30) days after written notice is received, the Insurer does not receive any assumptions from the **Insured**, the Insurer shall assume that the **Insured** has approved the change.

9.3 Adjustment

It is hereby declared that in the event that the **Insured** or the Insurer terminates this coverage, both parties agree to exclude Articles 1266 and 1267 of the Indonesian Civil Code and the termination of such coverage shall take place without the need for the approval of the Court (District Court) within the territory of the Republic of Indonesia.

9.4 Conclusion

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

9. Ketentuan perjanjian baku

9.1 Ketentuan perjanjian baku

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

9.2 Perubahan produk

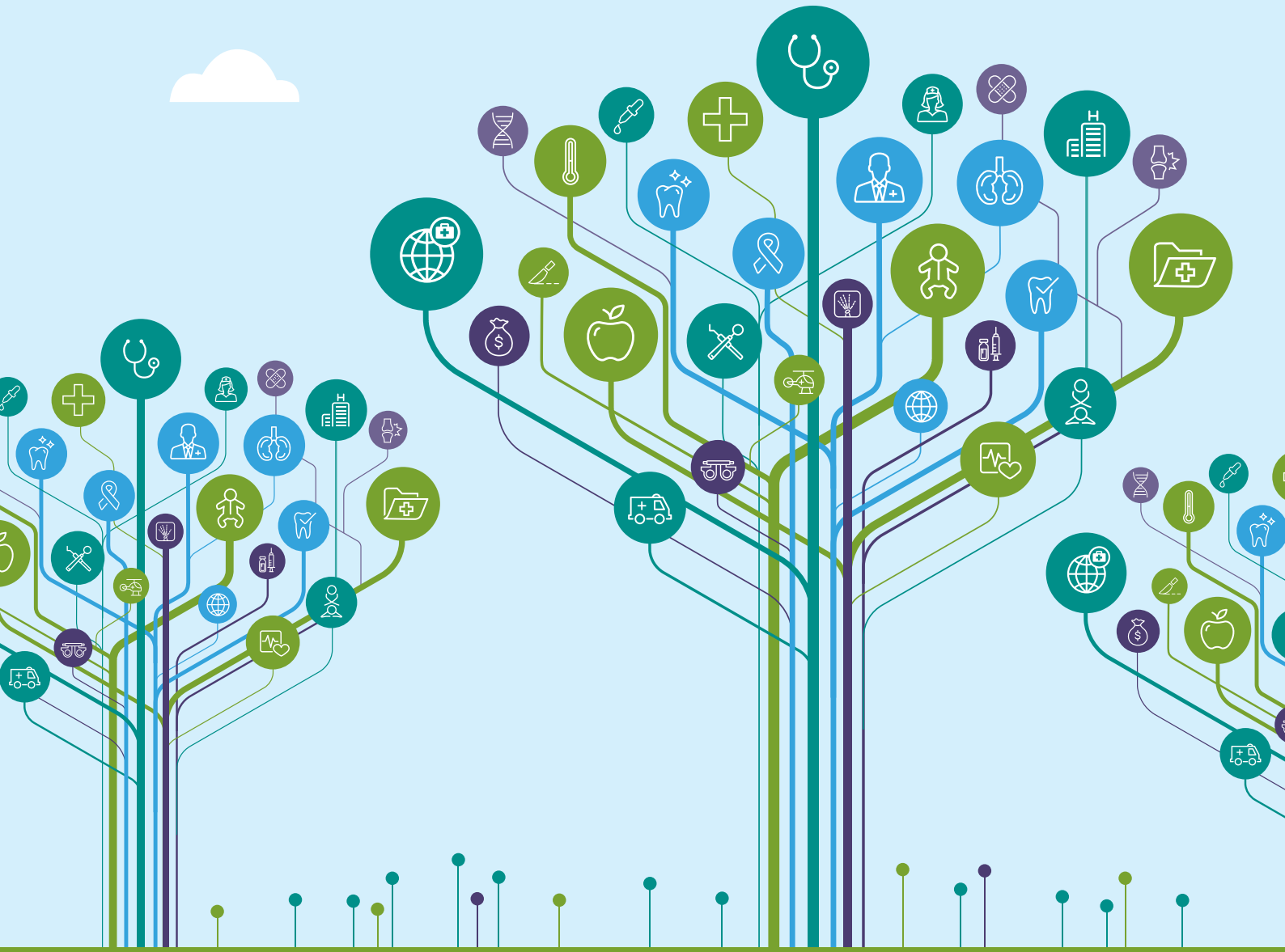
Apabila dalam masa periode Polis terdapat perubahan yang mempengaruhi besaran premi, manfaat Asuransi, atau ketentuan-ketentuan dari produk ini, maka Penanggung akan menyampaikan suatu pemberitahuan tertulis tiga puluh (30) hari sebelumnya ke alamat **Tertanggung** yang ada pada catatan Penanggung untuk memberikan kesempatan kepada **Tertanggung** untuk memutuskan baik menyetujui atau tidak atas perubahan tersebut. Jika dalam waktu tiga puluh (30) hari setelah pemberitahuan tertulis diterima, Penanggung tidak menerima tandaanggapan apapun dari **Tertanggung**, maka Penanggung akan mengganggap bahwa **Tertanggung** telah menyetujui perubahan tersebut.

9.3 Pengesampingan

Dengan ini dinyatakan bahwa dalam hal **Tertanggung** atau Penanggung menghentikan pertanggungan ini, maka kedua belah pihak setuju untuk mengesampingkan Pasal 1266 dan 1267 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia dan penghentian pertanggungan tersebut dilakukan tanpa memerlukan persetujuan Pengadilan (Pengadilan Negeri) di dalam wilayah Republik Indonesia.

9.4 Penutup

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



Policies are underwritten and issued by PT Sompo 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 Sompo Insurance Indonesia.
Visit www.sompo.co.id to find out more about PT Sompo Insurance Indonesia.

Polis ini diseleksi risiko dan diterbitkan oleh PT Sompo 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 Sompo Insurance Indonesia.
Kunjungi www.sompo.co.id untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sompo Insurance Indonesia.

SC IND 28006 10/2018

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