

**Buku  
Panduan  
Peserta  
SimpleCare  
SimpleCare  
Members'  
Handbook  
Product  
Summary**



Perorangan dan keluarga  
Individuals and families





Segala sesuatu  
yang perlu Anda  
ketahui tentang  
polis SimpleCare  
Anda

Berlaku 1 April 2024

## Pendahuluan

---

Terima Kasih telah Memilih **Kami** untuk menyediakan **Polis Simplecare Anda**.

**Kami** telah merancang SimpleCare untuk menyediakan perlindungan kesehatan yang penting di **Area Pertanggung** yang **Anda** pilih dengan akses ke perawatan kesehatan kelas atas. Intinya adalah komitmen **Kami** untuk memberikan informasi yang jelas tentang cara kerja dari Polis SimpleCare 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 SimpleCare Anda** dan syarat-syarat pertanggung **Anda**.

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

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

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

**Manfaat** dari **Polis Anda** dirinci pada bab 4 dari buku ini. **Sertifikat Asuransi Anda** menunjukkan pertanggung yang tersedia, masa dan tingkat pertanggung **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 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** menggunakan rincian di halaman berikutnya.

---

## Cara Menghubungi Kami

Semua informasi penting tentang **Polis 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 [CustomerService@now-health.com](mailto:CustomerService@now-health.com).

## Tim Bantuan untuk Evakuasi Darurat dan Repatriasi

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

T +62 21 2783 6940

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

## Daftar Isi

---

|  |    |
|--|----|
| 1. Definisi . . . . .                                      | 06 |
| 2. Mengelola <b>Polis Anda</b> secara online. . . . .      | 12 |
| 3. Cara mengajukan klaim . . . . .                         | 13 |
| <b>Informasi Produk</b>                                    |    |
| 4. <b>Manfaat:</b> Apa saja yang ditanggung? . . . . .     | 18 |
| <b>Ketentuan Produk Penting</b>                            |    |
| 5. Pengecualian: Apa saja yang tidak ditanggung? . . . . . | 37 |
| 6. Administrasi <b>Polis</b> . . . . .                     | 42 |
| 7. Penyelesaian Sengketa . . . . .                         | 45 |
| 8. Hak dan tanggung jawab . . . . .                        | 47 |
| 9. Ketentuan perjanjian baku . . . . .                     | 51 |

# 1. Definisi

---

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Kecelakaan</b>  | Kejadian eksternal mendadak, tak terduga, tak dapat diramalkan dan di luar kesadaran yang mengakibatkan cedera fisik teridentifikasi yang terjadi pada Tertanggung saat <b>Polis Anda</b> berlaku.   |
| <b>Kondisi Akut</b>  | Penyakit, kesakitan atau cedera yang cenderung cepat ditanggapi dengan <b>Pengobatan</b> yang bertujuan untuk mengembalikan <b>Anda</b> ke keadaan kesehatan <b>Anda</b> semula sesaat sebelum menderita penyakit, kesakitan atau cedera, atau yang menyebabkan <b>Anda</b> pulih sepenuhnya.  |
| <b>Perbuatan Terorisme</b>                                       | Setiap penggunaan kekerasan secara diam-diam oleh teroris perorangan atau kelompok teroris untuk memaksa atau mengintimidasi penduduk sipil untuk mencapai tujuan politik, militer, sosial atau agama.   |
| <b>Perjanjian</b>  | Perjanjian yang <b>Kami</b> miliki dengan masing-masing Rumah Sakit, unit <b>Rawat Sehari</b> dan pusat pemindaian yang tercantum dalam <b>Jaringan Penyedia</b> .   |
| <b>Terapi Alternatif</b>   | Mengacu pada <b>Pengobatan</b> terapi dan diagnostik yang ada di luar lembaga dimana pengobatan konvensional diajarkan. Pengobatan tersebut meliputi pengobatan Cina, <b>Pengobatan</b> Chiropraktik, osteopati, ahli gizi, homeopati dan akupunktur seperti yang dilakukan oleh terapis yang disetujui.   |
| <b>Apikoektomi</b>   | Adalah operasi gigi yang dilakukan untuk mengangkat ujung akar dan jaringan yang terinfeksi di sekitarnya pada gigi bengkok, saat peradangan atau infeksi berlanjut di daerah tulang sekitar ujung gigi setelah prosedur saluran akar. Apikoektomi dilakukan untuk mengobati berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraktur akar gigi</li> <li>• Akar gigi sangat melengkung</li> <li>• Gigi dengan mahkota gigi tiruan</li> <li>• Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar</li> <li>• Perforasi akar</li> <li>• Nyeri berulang dan infeksi</li> <li>• Gejala yang terus menerus yang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X</li> <li>• Pengapuran</li> <li>• Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi</li> </ul> |
| <b>Wilayah Pertanggungans: Asia Tenggara (Kecuali Singapura)</b> | Wilayah pertanggungans standar untuk <b>Polis</b> ini. <b>Kami</b> akan membayar Klaim yang <b>Layak</b> yang dikeluarkan di Asia Tenggara (kecuali Singapura).<br><br>Asia Tenggara berarti:<br>Burma/Myanmar, Brunei, Kamboja, Pulau Natal, Pulau Cocos, Timor Timur, Indonesia, Laos, Malaysia, Filipina, Thailand dan Vietnam.   |
| <b>Wilayah Pertanggungans: Seluruh Dunia Kecuali AS</b>          | Pilihan wilayah geografis yang diperluas untuk memberikan pertanggungans di seluruh dunia namun tidak termasuk <b>Pengobatan</b> elektif di AS.  |
| <b>Manfaat</b>   | Pertanggungans asuransi yang disediakan oleh <b>Polis</b> ini dan setiap perpanjangan atau pembatasan yang ditunjukkan dalam <b>Sertifikat Asuransi</b> atau dalam setiap addendum (jika ada) dan selalu tunduk pada telah diterimanya premi yang jatuh tempo oleh <b>Kami</b> .   |
| <b>Ikhtisar Manfaat</b>  | Tabel <b>Manfaat</b> yang berlaku untuk <b>Polis</b> ini yang menunjukkan <b>Manfaat</b> maksimal yang <b>Kami</b> akan bayar.   |
| <b>Kanker</b>  | Tumor, jaringan atau sel ganas, yang ditandai dengan pertumbuhan tidak terkendali dan penyebaran sel-sel ganas dan invasi jaringan.  |

---

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Sertifikat Asuransi</b>    | Sertifikat yang memberikan rincian dari <b>Pemegang Polis, Tertanggung, Masa Pertanggungan, Penanggung, Tanggal Masuk</b> , tingkat pertanggungan dan setiap adendum yang mungkin berlaku.  |
| <b>Kelainan Bawaan</b>        | <b>Kondisi medis</b> yang ada pada saat lahir atau diyakini telah ada sejak lahir, baik diwariskan atau disebabkan oleh faktor lingkungan.  |
| <b>Ko-Asuransi</b>            | Adalah persentase biaya yang tidak ditanggung, yang harus dibayar oleh <b>Tertanggung</b> terhadap biaya klaim.   |
| <b>Negara Kewarganegaraan</b> | Negara yang <b>Anda</b> pegang paspornya.   |
| <b>Negara Tempat Tinggal</b>  | Negara di mana <b>Anda</b> biasa tinggal (biasanya untuk jangka waktu tidak kurang dari enam bulan per <b>Masa Pertanggungan</b> ) pada <b>Tanggal Mulai</b> atau <b>Tanggal Masuk Polis</b> ini atau pada setiap <b>Tanggal Pembaharuan</b> berikutnya.  |
| <b>Kondisi Kronis</b>         | Penyakit, kesakitan atau cedera yang setidaknya memiliki salah satu dari karakteristik berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perlu pemantauan terus-menerus atau jangka panjang melalui pemeriksaan, konsultasi, check-up, <b>Obat-obatan dan Perban</b> dan/atau percobaan</li> <li>• Perlu kontrol atau peredaan gejala secara terus-menerus atau jangka panjang</li> <li>• Mengharuskan <b>Anda</b> untuk <b>direhabilitasi</b> atau dilatih secara khusus untuk mengatasinya</li> <li>• Berlanjut terus tanpa batas waktu</li> <li>• Tidak diketahui obatnya</li> <li>• Muncul kembali atau mungkin muncul kembali</li> </ul> |
| <b>Pasien Rawat Sehari</b>    | Pasien yang dirawat di <b>Rumah sakit</b> atau unit <b>Rawat Sehari</b> karena mereka membutuhkan masa pemulihan yang diawasi secara medis tetapi tidak menempati tempat tidur semalam.   |
| <b>Risiko Sendiri</b>         | Jumlah tidak ditanggung yang dibayar oleh <b>Tertanggung</b> sehubungan biaya <b>Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b> yang terjadi sebelum <b>Manfaat</b> dibayar berdasarkan <b>Polis</b> , sebagaimana ditentukan dalam <b>Sertifikat Asuransi Anda</b> . <b>Risiko Sendiri</b> untuk <b>Polis</b> berlaku per <b>Tertanggung</b> , per <b>Masa Pertanggungan</b> .   |
| <b>Praktisi Gigi</b>          | Seseorang yang mendapat izin secara sah untuk melaksanakan profesi ini dari otoritas perizinan yang relevan untuk berpraktik sebagai dokter gigi di negara dimana <b>Pengobatan</b> gigi diberikan.   |
| <b>Tanggungan</b>             | Satu pasangan atau mitra dewasa dan/atau anak-anak yang belum menikah yang berumur tidak lebih dari 18 tahun dan tinggal dengan <b>Anda</b> , atau hingga 28 tahun jika sedang menjalani pendidikan penuh (bukti tertulis mungkin dipersyaratkan dari lembaga pendidikan di mana mereka terdaftar), pada <b>Tanggal Mulai</b> atau <b>Tanggal Pembaharuan</b> berikutnya. Istilah mitra berarti suami, istri, Pasangan sejenis atau orang yang tinggal tetap bersama <b>Anda</b> dalam hubungan yang sama. Semua tanggungan harus dinamai <b>Tertanggung</b> dalam <b>Sertifikat Asuransi</b> .   |
| <b>Tes Diagnostik</b>         | Pemeriksaan, seperti sinar-X atau tes darah, untuk menemukan atau untuk membantu menemukan penyebab gejala <b>Anda</b> .  |
| <b>Obat dan Perban</b>        | Obat resep, perban dan obat-obatan penting yang diberikan oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> yang diperlukan untuk meringankan atau menyembuhkan <b>Kondisi Medis</b> .  |
| <b>Memenuhi Syarat</b>        | <b>Pengobatan</b> dan biaya, yang ditanggung oleh <b>Polis Anda</b> . Untuk menentukan apakah suatu <b>Pengobatan</b> atau biaya ditanggung ataukah tidak, semua bab dari <b>Polis Anda</b> harus dibaca bersama-sama, dan tunduk pada semua syarat (termasuk pembayaran premi yang jatuh tempo), <b>Manfaat</b> dan pengecualian yang ditetapkan dalam <b>Polis</b> ini.   |

---

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



|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Secara Medis Diperlukan</b>     | <b>Pengobatan</b> , yang menurut pendapat dari <b>Praktisi Medis</b> yang memenuhi syarat, tepat dan sesuai dengan diagnosa dan yang sesuai dengan standar medis yang berlaku umum tidak boleh dihilangkan tanpa secara merugikan mempengaruhi kondisi <b>Tertanggung</b> atau kualitas perawatan medis yang diberikan. <b>Pengobatan</b> tersebut harus diperlukan untuk alasan selain kenyamanan pasien atau <b>Praktisi Medis</b> dan disediakan hanya untuk durasi waktu yang tepat. Sebagaimana digunakan dalam definisi ini, istilah “tepat” berarti mempertimbangkan keselamatan pasien dan efektivitas biaya. Bila secara khusus diterapkan pada <b>Pengobatan Rawat Inap</b> , secara medis diperlukan juga berarti bahwa diagnosis tidak dapat dibuat, atau <b>Pengobatan</b> tidak dapat diberikan secara aman dan efektif secara <b>Rawat Jalan</b> . |
| <b>Bayi Baru Lahir</b>             | Bayi yang berumur 16 minggu pertama sesudah lahir.  |
| <b>Pasien Rawat Jalan</b>          | Pasien yang mendatangi <b>Rumah Sakit</b> , ruang konsultasi, konsultasi telemedis atau klinik rawat jalan dan tidak dirawat sebagai <b>Pasien Rawat Sehari</b> atau <b>Pasien Rawat Inap</b> .   |
| <b>Masa Pertanggung</b>            | Masa pertanggung yang ditetapkan dalam <b>Sertifikat Asuransi</b> . Ini adalah masa 12 bulan mulai dari <b>Tanggal Mulai</b> atau <b>Tanggal Pembaharuan</b> berikutnya yang berlaku.   |
| <b>Fisioterapis</b>                | Fisioterapis praktik yang terdaftar dan mendapat izin untuk berpraktik di negara di mana <b>Pengobatan</b> disediakan.  |
| <b>Pra-Otorisasi</b>               | Berarti suatu proses di mana <b>Tertanggung</b> meminta persetujuan dari <b>Kami</b> sebelum menjalani <b>Pengobatan</b> apapun atau mengeluarkan biaya. Untuk penjelasan rinci silakan lihat bagian 4.2.   |
| <b>Polis</b>                       | Kontrak antara <b>Anda</b> dan <b>Kami</b> yang menetapkan ketentuan dan persyaratan pertanggung yang disediakan. Persyaratan dan ketentuan lengkap terdiri dari formulir permohonan, <b>Sertifikat Asuransi</b> , <b>Ikhtisar Manfaat</b> dan buku panduan peserta ini.  |
| <b>Pemegang Polis</b>              | Tertanggung pertama yang disebutkan dalam <b>Sertifikat Asuransi</b> , atau perusahaan.   |
| <b>Kehamilan</b>                   | Mengacu pada kurun waktu dari tanggal diagnosa pertama sampai melahirkan.   |
| <b>Asuransi Kesehatan Primer</b>   | Jika <b>Anda</b> memiliki lebih dari satu polis asuransi kesehatan, ini adalah polis asuransi kesehatan yang membayar klaim lebih dahulu.   |
| <b>Penanggung Kesehatan Primer</b> | Penanggung dari <b>Polis Asuransi Kesehatan Primer</b> .  |
| <b>Ruang Pribadi</b>               | Akomodasi hunian sendiri di <b>Rumah Sakit</b> swasta. Kamar deluxe, executive dan VIP suite tidak ditanggung.  |
| <b>Perawat Berijazah</b>           | Perawat yang namanya saat ini tercantum dalam setiap buku daftar pencatatan atau daftar nama perawat, dikelola oleh Badan Registrasi Perawat Resmi di negara di mana <b>Pengobatan</b> disediakan.  |
| <b>Biaya Wajar dan Umum</b>        | Biaya standar yang biasanya akan dikeluarkan dalam hal biaya <b>Pengobatan Anda</b> , di negara dimana <b>Anda</b> mendapat <b>Pengobatan</b> . <b>Kami</b> mungkin mensyaratkan biaya tersebut harus dibenarkan oleh pihak ketiga yang independen, misalnya Dokter Bedah praktik/Dokter/ <b>Dokter Spesialis</b> atau departemen kesehatan pemerintah atau penyedia medis dalam <b>Jaringan Penyedia SimpleCare</b> .  |
| <b>Rehabilitasi</b>                | <b>Pengobatan yang secara Medis Diperlukan</b> yang dimaksudkan untuk memulihkan kegiatan yang dapat berdiri sendiri untuk kehidupan sehari-hari dan bentuk dan/atau fungsi normal dari <b>Tertanggung</b> setelah <b>Kondisi Medis</b> .   |

---

|  |  |
|--|--|
| <b>Tanggal Pembaharuan Asuransi Kesehatan Sekunder</b> | <p>Ulang tahun <b>Tanggal Mulai Polis</b>.</p> <p>Jika <b>Anda</b> memiliki lebih dari satu polis asuransi kesehatan, <b>Asuransi Kesehatan Sekunder</b> adalah pembayar yang membayar klaim setelah <b>Asuransi Kesehatan Primer</b> bagiannya telah dibayar.</p> <p>Jika <b>Anda</b> memiliki lebih dari satu polis asuransi kesehatan, <b>Polis</b> ini akan menjadi polis asuransi kesehatan yang membayar terakhir.</p> <p>Jika <b>Polis</b> ini dibeli sebagai <b>Polis Asuransi Kesehatan Sekunder</b>, <b>Kami</b> hanya akan membayar klaim jika:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klaim telah diajukan ke <b>Penanggung Kesehatan Primer</b> tetapi klaim tidak dibayar / dilunasi sepenuhnya karena tidak memenuhi syarat atau batas <b>Manfaat</b> yang telah habis berdasarkan kontrak <b>Asuransi Kesehatan Primer</b>, dan</li> <li>- jumlah klaim yang belum dibayar dianggap sebagai klaim yang memenuhi syarat berdasarkan <b>Polis</b> ini.</li> </ul> <p>Anda harus memberikan salinan <b>Sertifikat Asuransi</b> dari <b>Asuransi Kesehatan Primer Anda</b> ketika <b>Anda</b> mengajukan <b>Polis</b> ini.</p> <p>Dalam hal apapun, <b>Kami</b> hanya akan membayar sisa saldo dari jumlah klaim yang memenuhi syarat yang tidak dilunasi oleh <b>Asuransi Kesehatan Primer</b>.</p> |
| <b>Ruang Semi-Pribadi</b>                              | Akomodasi hunian berdua di <b>Rumah Sakit</b> swasta. Kamar deluxe, executive dan VIP suite tidak ditanggung.  |
| <b>Jaringan Komprehensif SimpleCare</b>                | Daftar penyedia medis <b>Kami</b> yang disediakan untuk <b>Anda</b> jika <b>Anda</b> telah memperluas wilayah geografis pertanggung <b>Anda</b> ke Ke Seluruh Dunia Kecuali USA.   |
| <b>Jaringan Penyedia SimpleCare</b>                    | Daftar penyedia medis <b>Kami</b> di mana <b>Kami</b> memiliki Perjanjian Penagihan Langsung.  |
| <b>Jaringan Asia Tenggara SimpleCare</b>               | Daftar penyedia medis <b>Kami</b> yang tersedia untuk <b>Anda</b> .  |
| <b>Dokter Spesialis</b>                                | Dokter bedah, dokter anestesi atau dokter yang telah mencapai gelar utama dalam bidang kedokteran atau bedah sesudah mengikuti sekolah kedokteran yang diakui <b>WHO</b> dan yang mendapat izin untuk berpraktik kedokteran dari instansi yang berwenang di negara di mana <b>Pengobatan</b> diberikan, dan diakui memiliki kualifikasi khusus dalam bidang atau keahlian <b>Pengobatan</b> penyakit, kesakitan atau cedera yang sedang diobati. Yang <b>Kami</b> maksud dengan "sekolah kedokteran yang diakui" adalah sekolah kedokteran yang tercantum dalam Direktori Dunia Sekolah Medis saat ini yang diterbitkan oleh <b>WHO</b> .  |
| <b>Tanggal Mulai Prosedur Bedah</b>                    | Tanggal mulai yang ditunjukkan pada <b>Sertifikat Asuransi Anda</b> .<br>Operasi yang membutuhkan sayatan jaringan atau intervensi bedah invasif lainnya.  |
| <b>Terminal</b>  | Setelah diagnosa bahwa kondisinya terminal dan <b>Pengobatan</b> tidak bisa lagi diharapkan untuk menyembuhkan kondisi tersebut dengan kematian diperkirakan terjadi dalam waktu 12 bulan setelah diagnosa.  |
| <b>Pengobatan</b>                                      | Layanan bedah atau medis (termasuk <b>Tes Diagnostik</b> ) yang diperlukan untuk mendiagnosa, meringankan atau menyembuhkan <b>Kondisi Medis</b> .   |
| <b>Penanggung</b>                                      | Perusahaan-perusahaan asuransi yang disebutkan sebagai penanggung dalam <b>Sertifikat Asuransi</b> . PT Sampo Insurance Indonesia adalah penanggung asuransinya.   |
| <b>Vaksinasi</b>                                       | Mengacu pada semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang dipersyaratkan dalam peraturan negara di mana <b>Pengobatan</b> yang diberikan, setiap vaksinasi perjalanan yang secara <b>Medis Diperlukan</b> dan profilaksis malaria.  |

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Masa Tunggu</b> | Adalah kurun waktu yang dimulai pada <b>Tanggal Masuk Polis Anda</b> (atau <b>Tanggal Masuk</b> jika <b>Anda</b> adalah <b>Tanggung</b> ), di mana <b>Anda</b> tidak berhak atas pertanggungan untuk <b>Manfaat</b> tertentu. <b>Ikhtisar Manfaat Anda</b> akan menunjukkan <b>Manfaat</b> apa saja yang tunduk pada masa tunggu. |
| <b>Kami</b>        | PT Sampo Insurance Indonesia  |
| <b>WHO</b>         | Organisasi Kesehatan Dunia.   |

## 2. Mengelola Polis anda secara online

---

### Panduan ke area portofolio online yang aman

Cara paling mudah untuk mengelola **Polis Anda** adalah melalui area portofolio online aman yang dapat **Anda** akses di [www.now-health.com](http://www.now-health.com). Untuk mengaksesnya **Anda** membutuhkan nama pengguna dan kata sandi unik yang telah diberikan saat **Anda** bergabung. Jika **Anda** memerlukan bantuan untuk mengambil informasi ini, hubungi **Kami** di [CustomerService@now-health.com](mailto:CustomerService@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 menggunakan portofolio online aman **Anda** untuk melihat dan mengunduh dokumen **Polis 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.



### 3. Cara mengajukan klaim

Area portofolio online **Anda** 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](http://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**.

**Penagihan Langsung Rawat Jalan tidak** tersedia untuk Psikiatri, Obat Alternatif, Terapi Penggantian Hormon dan Vitamin dan Mineral sebagai tambahan dari **Manfaat** gigi, persalinan dan pemeriksaan kesehatan, optic dan **Vaksinasi** kecuali ditentukan pada Kartu Kepesertaan **Anda**.

## 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

Lima hari kerja sebelum **Anda** dirawat (atau bila memungkinkan), hubungi tim layanan pelanggan **Kami** di [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@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](http://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](http://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 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 [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@now-health.com). Layanan ini tersedia 24 jam sehari, 365 hari setahun.

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

#### Langkah 2

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

#### Langkah 3

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

#### Langkah 4

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

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

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

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

#### Langkah 5

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

#### Catatan penting:

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

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

### 3.4 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 Pertanggung**) 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 pertanggung 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 pertanggung, 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 Anda memiliki Risiko Sendiri atau Ko-Asuransi pada Polis Anda

Setiap **Risiko Sendiri** atau **Ko-Asuransi** yang berlaku ditampilkan pada **Sertifikat Asuransi Anda** dan diperhitungkan dalam mata uang yang sama dengan premi **Anda**.

Suatu **Biaya Risiko Sendiri** atau **Ko-Asuransi** adalah jumlah yang **Anda** bayar atas biaya klaim untuk setiap **Tertanggung** pada **Polis 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 Pertanggung**. Misal, 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.

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

Jika Anda memiliki opsi **Biaya Risiko Sendiri** dan **Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi**, pertamanya 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 Anda** dengan benar. Jika **Anda** mengajukan klaim, **Kami** akan mengurangi jumlah yang **Kami** bayar kepada **Anda** hingga batas **Biaya Risiko Sendiri** 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** 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 Dalam mata uang apa klaim dapat diajukan?

**Anda** memiliki pilihan penggantian klaim baik dalam mata uang dari **Polis Grup Anda**, mata uang yang **Anda** gunakan untuk klaim **Anda**, atau mata uang lain pilihan **Anda**, bergantung pada pembatasan / peraturan mata uang lokal dan/atau internasional dan kemampuan transaksi bank mitra **Kami**.

## Informasi Produk

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

Semua **Manfaat** yang ditanggung oleh SimpleCare ditunjukkan dalam Ikhtisar **Manfaat** pada bagian ini. Batas **Manfaat** adalah per **Tertanggung** dan per **Kondisi Medis** atau per kunjungan atau per **Masa Pertanggung**.

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

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

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

#### 4.1 Ikhtisar SimpleCare

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

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

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

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>SimpleCare CORE</b> | Pertanggung untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b> , dan pilihan untuk <b>Biaya Risiko Sendiri</b> yang lebih tinggi untuk menurunkan premi <b>Anda</b> , jika <b>Anda</b> ingin menanggung biaya tinggi/kejadian biaya medis utama yang jarang terjadi saja. |
| <b>SimpleCare 100</b>  | Seperti SimpleCare CORE dan umumnya batas <b>Polis</b> yang lebih tinggi, dan pertanggung terbatas untuk <b>Pengobatan Rawat Jalan</b> .  |
| <b>SimpleCare 250</b>  | Seperti SimpleCare 100, tetapi dengan batas <b>Manfaat Rawat Jalan</b> yang lebih tinggi, dan pertanggung untuk gigi.   |

#### Pilihan Biaya Risiko Sendiri Polis Anda

**Biaya Risiko Sendiri Polis** berlaku untuk **Pengobatan Rawat Inap**, **Pengobatan Rawat Sehari** dan **Pengobatan Rawat Jalan** dan per **Tertanggung**, per **Masa Pertanggung**.

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

#### 4.2 Pra-Otorisasi

**Pra-otorisasi** wajib untuk semua **Pengobatan Rawat Inap**, **Rawat Sehari** dan **Prosedur Diagnostik (Manfaat 2)** dalam **Polis** 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 [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@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 [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@now-health.com) sesegera mungkin dan sebelum pulang.

**Polis 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** untuk mengonfirmasi apakah **Pengobatan** tersebut **Memenuhi Syarat** dalam **Polis 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 dirancang untuk menanggung **Biaya yang Wajar dan Umum** untuk **Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan** dan **Perawatan** aktif untuk penyakit, kesakitan atau cedera. **Ikhtisar Manfaat** di bawah ini merinci pertanggungungan 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 pertanggungungan 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 Umum** untuk **Pengobatan yang Secara Medis Diperlukan** dikeluarkan.


### 4.3.1 SimpleCare CORE


| Manfaat  | SimpleCare CORE  |
|--|--|
| <b>Batas Maksimum Tahunan Polis Grup</b><br><b>Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis</b>   | <b>USD 1,000,000</b>   |
| <b>Standar Wilayah Geografis</b>   |  |
| <b>Wilayah Pertanggung: Asia Tenggara (Kecuali Singapura)</b>  | <i>Jaringan Standar:</i><br><b>Jaringan Asia Tenggara SimpleCare</b>   |
| <b>1. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</b><br><br>(i) Biaya untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> yang dilakukan oleh <b>Rumah Sakit</b> termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); Tes Diagnostik; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh <b>Perawat Berijazah</b> , <b>Obat dan Perban</b> yang diresepkan oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> ; dan peralatan bedah yang digunakan oleh <b>Praktisi Medis</b> selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama <b>Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.<br><br>(ii) Biaya Tambahan: Pembelian dan penyewaan kruk, tongkat, alat bantu berjalan dan kursi roda non-elektronik manual dalam waktu enam bulan dari <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> yang memerlukan <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> di <b>Rumah Sakit</b> . | (i) <br>Pengembalian penuh<br><br>(ii) <br>Hingga USD 1,500 per <b>Kondisi Medis</b>  |
| <b>2. Prosedur Diagnostik:</b><br><br><i>Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT).</i>  | <b>Pra-Otorisasi untuk PET, MRI, CT</b> <br><br>Pengembalian penuh untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> pemindaian pra dan pasca operasi  |
| <b>3. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</b><br><br>(i) <b>Pengobatan gagal ginjal</b> , termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Inap</b> .<br><br>(ii) <b>Pengobatan gagal ginjal</b> , termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b> .  | (i) <br>Perawatan pra dan pasca operasi pasien <b>Rawat Inap</b> hingga enam minggu pengembalian penuh per <b>Masa Pertanggung</b><br><br>(ii) <br>Hingga USD 50,000 per <b>Masa Pertanggung</b> |
| <b>4. Transplantasi Organ:</b><br><br><b>Pengobatan</b> untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan <b>Tertanggung</b> sebagai penerima. Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggung akan disediakan berdasarkan <b>Manfaat 7</b> - kelainan bawaan tetapi dikecualikan dari <b>Manfaat 4</b> - Transplantasi Organ.<br><br><b>Kami</b> hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman <b>WHO</b> .<br><br>Biaya medis yang berkaitan dengan donor dan pencarian organ donor dikecualikan dalam <b>Manfaat</b> ini.   | <br><br>Hingga USD 100,000 per <b>Masa Pertanggung</b>  |
| <b>5. Pengobatan Kanker:</b><br><br><b>Pengobatan</b> yang diberikan untuk <b>Kanker</b> yang diterima sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> , <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b> . Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.  | <br>Pengembalian penuh  |

| Manfaat   | SimpleCare CORE  |
|---|--|
| <p><b>6. Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir:</b></p> <p><b>Pengobatan Rawat Inap</b> untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau <b>Kondisi Akut</b> yang diderita oleh bayi <b>Baru Lahir</b> dari <b>Tertanggung</b> yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi <b>Baru Lahir</b> ditambahkan ke dalam <b>Polis</b> dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.</p> <p>Dalam keadaan di mana <b>Kami</b> memerlukan rincian riwayat medis bayi baru lahir sebelum bayi ditambahkan ke <b>Polis</b>, <b>Kami</b> berhak untuk menerapkan pembatasan tertentu pada perlindungan yang akan <b>Kami</b> tawarkan. Untuk lebih rinci Lihat Buku panduan Bagian 6.5 – Menambahkan Bayi <b>Baru Lahir</b>.</p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga<br/>USD 25,000 per<br/><b>Masa Pertanggungungan</b></p>   |
| <p><b>7. Kelainan Bawaan:</b></p> <p><b>Pengobatan Rawat Inap</b> untuk <b>Kelainan Bawaan</b>. Dalam keadaan di mana <b>Kelainan Bawaan</b> muncul pada bayi <b>Baru Lahir</b> dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungungan untuk <b>Kondisi Medis</b> tersebut akan diberikan berdasarkan <b>Manfaat 6 - Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir</b> tetapi dikecualikan dari <b>Manfaat 7 – Kelainan Bawaan</b>.</p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga<br/>USD 25,000 per<br/><b>Masa Pertanggungungan</b></p>   |
| <p><b>8. Akomodasi Orang Tua</b></p> <p>Biaya satu orangtua opname di <b>Rumah Sakit</b> semalam dengan <b>Tertanggung</b> di bawah 18 tahun sementara anak dirawat sebagai <b>Pasien Rawat Inap</b>.</p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>   |
| <p><b>9. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru yang Ditemani Ibu mereka:</b></p> <p>Biaya <b>Akomodasi Rumah Sakit</b> yang berkaitan dengan bayi <b>Baru Lahir</b> (hingga usia 16 minggu) untuk menemani ibunya (sebagai <b>Tertanggung</b>) saat ia menerima <b>Pengobatan</b> yang Layak sebagai <b>Pasien Rawat Inap</b> di <b>Rumah Sakit</b>.</p>  | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>   |
| <p><b>10. Bedah Rekonstruksi:</b></p> <p>Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah <b>Kecelakaan</b> atau sesudah <b>Prosedur Bedah</b> untuk <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>, yang terjadi setelah <b>Tanggal Masuk</b> atau <b>Tanggal Mulai Tertanggung</b> yang mana yang paling akhir.</p>  | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>   |
| <p><b>11. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</b></p> <p>Biaya <b>Pengobatan</b> untuk <b>Prosedur Bedah</b> yang dilakukan di tempat praktek dokter, <b>Rumah Sakit</b>, fasilitas penitipan anak atau instalasi <b>Rawat Jalan</b>.</p>  | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>   |
| <p><b>12. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</b></p> <p>Ini berarti <b>Pengobatan</b> restorasi gigi <b>Darurat</b> yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu <b>Kecelakaan</b> yang mengharuskan <b>Anda</b> masuk ke <b>Rumah Sakit</b> selama setidaknya satu malam.</p> <p><b>Pengobatan</b> gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari <b>Kecelakaan</b> tersebut. <b>Manfaat</b> ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk <b>Pengobatan</b> yang diperlukan akibat cedera karena <b>kecelakaan</b> yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika <b>Pengobatan</b> meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan, <b>Kami</b> akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Umum untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.</li> <li>• Jika implan dibutuhkan secara klinis <b>Kami</b> akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.</li> <li>• Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera.</li> </ul> | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>   |
| <p><b>13. Rehabilitasi</b></p> <p>Atas saran dari <b>Dokter Spesialis</b> sebagai bagian integrasi dari <b>Pengobatan</b> untuk <b>Kondisi Medis</b> yang memerlukan masuk ke unit <b>Rehabilitasi Rumah Sakit</b> yang diakui. Bila <b>Tertanggung</b> dirawat di <b>Rumah Sakit</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila <b>Dokter Spesialis</b> menegaskan secara tertulis bahwa <b>Rehabilitasi</b> diperlukan. Masuk ke unit <b>Rehabilitasi</b> harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar <b>Rumah Sakit</b>. <b>Pengobatan</b> tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung <b>Dokter Spesialis</b> dan akan mencakup:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(i) Penggunaan kamar <b>Pengobatan</b> khusus</li> <li>(ii) Biaya terapi fisik</li> <li>(iii) Biaya terapi wicara</li> <li>(iv) Biaya terapi okupasi</li> </ol>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh untuk <b>Pengobatan Rawat Jalan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> hanya sampai 30 hari per <b>Kondisi Medis</b></p> |
| <p><b>14. Perawatan di Rumah:</b></p> <p>Perawatan yang diberikan oleh <b>Perawat Berijazah</b> di rumah <b>Tertanggung</b> sendiri, yang segera diterima setelah <b>Pengobatan</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b> berdasarkan rekomendasi dari <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Tidak ditanggung</p>   |

| Manfaat  | SimpleCare CORE  |
|--|--|
| <p><b>15. Transportasi Ambulans Darurat:</b></p> <p><i>Biaya transportasi ambulans perjalanan <b>Darurat</b> ke atau antar <b>Rumah Sakit</b>, atau bila dipertimbangkan <b>Secara Medis Diperlukan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Spesialis</b>.</i></p>  | <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>   |
| <p><b>16. Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b></p> <p><i>Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan <b>Tertanggung</b> yang memiliki <b>Kondisi Medis</b> kritis dan mengancam jiwa yang <b>Memenuhi Syarat</b> ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke <b>Rumah Sakit</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b>.</i></p> <p><i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Biaya transportasi dari <b>Tertanggung</b> dalam hal <b>Pengobatan Darurat</b> dan transportasi dan perawatan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></li> <li>(ii) <i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika <b>Pengobatan</b> diterima sebagai Pasien <b>Rawat Sehari</b>.</i></li> <li>(iii) <i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari <b>Rumah Sakit</b> untuk mengunjungi <b>Tertanggung</b> sesudah masuk sebagai Pasien <b>Rawat Inap</b>.</i></li> <li>(iv) <i>Biaya yang wajar untuk <b>Akomodasi non Rumah Sakit</b> hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk <b>Rumah Sakit</b> asalkan <b>Tertanggung</b> sedang dirawat oleh <b>Dokter Spesialis</b>.</i> <p><i>Biaya <b>Evakuasi</b> tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.</i></p> <p><i>Penasihat medis <b>Kami</b> akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk <b>Evakuasi</b> dan <b>Manfaat</b> ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis <b>Kami</b> atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati <b>Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat</b>.</i></p> <p><b>Repatriasi</b></p> <p><i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan <b>Tertanggung</b> dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi <b>Pengobatan</b> atau <b>Negara Kewarganegaraan</b> utama atau <b>Negara Tempat Tinggal</b> utama <b>Tertanggung</b>, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah <b>Pengobatan</b> selesai.</i></p> <p><i>Biaya yang terkait dengan <b>Kehamilan</b> dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari <b>Manfaat</b> ini.</i></p> </li></ul> | <p style="text-align: center;">Limit gabungan hingga USD 100,000</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Pengembalian penuh</li> <li>(ii)  Pengembalian penuh</li> <li>(iii)  Pengembalian penuh</li> <li>(iv)  Hingga USD 200 per hari hingga USD 7,500 per orang, per <b>Evakuasi</b></li> </ul> <p style="text-align: center;"> Pengembalian penuh</p> |
| <p><b>17. Biaya Kematian:</b></p> <p><i>Dalam hal kematian karena <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>, <b>Biaya yang Wajar dan Umum</b> untuk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Biaya transportasi jenazah atau abu <b>Tertanggung</b> ke <b>Negara Kewarganegaraan</b> atau <b>Negara Tempat Tinggal</b>-nya, atau</i></li> <li>(ii) <i>Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan umum.</i></li> </ul>  | <p style="text-align: center;"><b>Pra-Otorisasi</b> 📄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Pengembalian penuh</li> <li>(ii)  Hingga USD 10.000</li> </ul>   |
| <p><b>18. Pertanggungungan untuk Pengobatan Non-Elektif di luar Wilayah Pertanggungungan:</b></p> <p><i>Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. <b>Pengobatan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian <b>Darurat</b>, yang diperlukan sebagai akibat dari <b>Kecelakaan</b> atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan <b>Kondisi Medis</b> yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan <b>Tertanggung</b>.</i></p>   | <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>Kecelakaan:</b><br/>Pengembalian penuh untuk <b>Kecelakaan</b> yang memerlukan perawatan <b>Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Sakit: Perawatan <b>Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b> hingga USD 25,000 per <b>Masa Pertanggungungan</b></p>  |

| Manfaat  | SimpleCare CORE   |
|--|---|
| <p><b>19. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</b></p> <p><b>Manfaat</b> ini dibayar selama setiap malam <b>Tertanggung</b> menerima <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan hanya jika</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <b>Tertanggung</b> dirawat untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> sebelum tengah malam, dan <b>Pengobatan</b> diterima di rumah sakit umum di <b>Negara Tempat Tinggal Tertanggung</b>; atau</li> <li>(ii) <b>Polis</b> ini menjadi <b>Polis Asuransi Kesehatan Sekunder</b>. Namun, jika <b>Anda</b> memiliki USD 10,000 atau USD 15,000, <b>Biaya Risiko Sendiri Polis</b>, <b>Anda</b> tidak memenuhi syarat untuk <b>Manfaat</b> ini.</li> </ul> <p><b>Pertanggung</b> berdasarkan <b>Manfaat</b> ini terbatas hingga maksimum 30 malam per <b>Masa Pertanggung</b>.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.9 tidak berlaku.</p>  | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">USD 125 per malam</p>   |
| <p><b>20. Biaya Rawat Jalan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Biaya <b>Praktisi Medis</b> termasuk konsultasi, <b>Biaya Dokter Spesialis</b>, <b>Tes Diagnostik</b>, <b>Obat-Obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</li> <li>(ii) Telekonsultasi (Perjanjian Dokter secara virtual melalui sarana elektronik)<br/>Biaya-biaya yang berhubungan dengan <b>Pengobatan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> akan dibayar secara penuh dimana <b>Pengobatan</b> telah diterima dari <b>Penyedia Medis</b> yang terdaftar pada <b>Jaringan Penyedia Now Health International</b>.<br/><b>Pengobatan</b> yang tidak dilakukan pada <b>Jaringan Penyedia Now Health International</b> akan dibayarkan secara <b>Biaya Wajar dan Umum</b>.<br/>Tidak ada <b>Ko-asuransi Rawat Jalan</b> atau <b>Biaya Resiko Sendiri Per kunjungan Rawat Jalan</b> yang berlaku.</li> <li>(iii) <b>Obat-obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</li> <li>(iv) <b>Vitamin dan Mineral</b><br/>Vitamin dan Mineral yang diresepkan oleh <b>Praktisi Medis</b>. Vitamin yang diresepkan untuk defisiensi yang terdiagnosa akan dibayarkan dalam <b>Manfaat Rawat Jalan</b>.</li> </ul> <p>Setiap konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayarkan menurut <b>Manfaat</b> ini.</p> | <p>(i) dan (ii) ▶</p> <p>Konsultasi pra-operasi dalam 15 hari sejak masuk rumah sakit dan konsultasi pasca rawat inap dalam 30 hari setelah keluar dari <b>Rumah Sakit</b> Hingga maksimal USD 750 per <b>Kondisi Medis per Masa Pertanggung</b></p> <p>(iii) ▶</p> <p>Tidak ditanggung</p> <p>(iv) ▶</p> <p>Tidak ditanggung</p> |
| <p><b>21. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Fisioterapi oleh <b>Fisioterapis Terdaftar</b>.</li> <li>(ii) Obat dan <b>Pengobatan</b> Pelengkap oleh terapis. <b>Manfaat</b> ini meluas ke osteopathi, chiropractic dan podiatry, chiropractor, homeopathi, ahli gizi dan <b>Pengobatan</b> akupunktur.</li> <li>(iii) <b>Pengobatan Rawat Jalan</b> atau terapi yang dilakukan oleh <b>Praktisi Medis</b> tradisional Cina yang diakui atau <b>Praktisi Medis</b> Ayurveda.</li> </ul> <p><b>Anda</b> dapat memilih 5 sesi untuk setiap kombinasi <b>Manfaat</b> secara agregat selama <b>Masa Pertanggung</b> untuk <b>Manfaat</b> (i) dan (ii) kecuali ahli gizi tanpa perlu rujukan; sesi selanjutnya harus dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>  | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Tidak ditanggung</p>  |
| <p><b>22. Terapi Penggantian Hormon Menopause:</b></p> <p>Biaya Terapi Penggantian Hormon saat diperlukan untuk meringankan gejala dari tahap awal menopause dimana tanggal permulaan dan <b>Pengobatan</b> dimulai dibawah usia 40 tahun.</p>   | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Tidak ditanggung</p>  |
| <p><b>23. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><b>Pengobatan Rawat Jalan</b> yang diberikan oleh Psikolog Terdaftar dan/atau Psikiater Terdaftar, sesuai dengan 10 sesi dan batas biaya menurut bab ini.</p> <p>Untuk 5 sesi pertama <b>Anda</b> dapat langsung memilih untuk mengunjungi Psikolog terdaftar tanpa perlu rujukan. Namun, setiap sesi berikutnya dengan Psikolog Terdaftar memerlukan rujukan dan rencana <b>Pengobatan</b> dengan dengan <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>  | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Tidak ditanggung</p>  |




| Manfaat   | SimpleCare CORE   |
|---|---|
| <p><b>24. Perawatan Gigi:</b></p> <p><i>Biaya Dokter Gigi yang terdaftar yang melakukan <b>Pengobatan</b> gigi di klinik / operasi gigi.</i></p> <p><b>Manfaat</b> ini memberikan perlindungan untuk <b>Pengobatan</b> gigi sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skrining (termasuk sinar-x jika diperlukan)</li> <li>- Pembersihan karang gigi prefontif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun)</li> <li>- Penambalan dan ekstraksi (non-bedah dan bedah)</li> <li>- Pengobatan saluran akar</li> <li>- Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, di penempatan dan jembatan</li> <li>- Apicoectomy</li> </ul> <p><i>Implan gigi dan <b>Pengobatan</b> ortodontik dikecualikan secara khusus berdasarkan <b>Manfaat</b> ini.</i></p> <p><i>Tidak ada <b>Pengobatan</b> lain yang ditanggung oleh <b>Manfaat</b> ini.</i></p> <p><b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari <b>Tanggal Masuk</b> dikecualikan. <b>Ko-Asuransi</b> 20% berlaku.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini <b>Risiko Sendiri</b> atau <b>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan</b> pada <b>Polis</b> tidak berlaku.</p> | <br>Tidak ditanggung |


| Pilihan Wilayah Geografis   | SimpleCare CORE  |
|---|--|
| <p><b>25. Wilayah Pertanggung: Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat</b></p> <p><i>Dengan memilih opsi ini, Wilayah pertanggung <b>Anda</b> meliputi Seluruh Dunia tetapi tidak termasuk <b>Pengobatan</b> elektif di Amerika Serikat.</i></p> <p><b>Anda</b> juga akan dapat mengakses ke <b>Jaringan Komprehensif SimpleCare</b>.</p> | <br>Pilihan |











| Opsi Risiko Sendiri   | SimpleCare CORE  |
|---|--|
| <p><b>Risiko Sendiri Standar</b></p>  | <i>Nihil</i>   |
| <p><b>Opsi Risiko Sendiri</b></p> <p><i>Harap dicatat:</i><br/> <b>Risiko Sendiri</b> USD 10,000 atau USD 15,000 hanya tersedia jika <b>Anda</b> ditanggung oleh lebih dari satu polis asuransi kesehatan. <b>Anda</b> hanya dapat memilih opsi <b>Risiko Sendiri</b> tersebut jika <b>Anda</b> membeli <b>Polis</b> ini sebagai <b>Polis Asuransi Kesehatan Sekunder</b>. <b>Anda</b> akan diminta untuk memberikan rincian tentang <b>Asuransi Kesehatan Primer Anda</b> ketika <b>Anda</b> mengajukan permohonan untuk pertanggung berdasarkan <b>Polis</b> ini.</p> | USD 150<br>USD 250<br>USD 500<br>USD 1,000<br>USD 2,500<br>USD 5,000<br>USD 10,000<br>USD 15,000 |




### 4.3.2 SimpleCare 100




| Manfaat  | SimpleCare 100   |
|--|--|
| <b>Batas Maksimum Tahunan Polis</b><br><i>Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis</i>  | USD 1,500,000  |
| <b>Standar Wilayah Geografis</b>   |  |
| <b>Wilayah Pertanggunggaan: Asia Tenggara (Kecuali Singapura)</b>  | Jaringan Standar:<br><b>Jaringan Asia Tenggara SimpleCare</b>  |
| <p><b>1. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</b></p> <p>(i) Biaya untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> yang dilakukan oleh <b>Rumah Sakit</b> termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); Tes Diagnostik; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh <b>Perawat Berjajah; Obat dan Perban</b> yang diresepkan oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>; dan peralatan bedah yang digunakan oleh <b>Praktisi Medis</b> selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama <b>Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.</p> <p>(ii) Biaya Tambahan: Pembelian dan penyewaan kruk, tongkat, alat bantu berjalan dan kursi roda non-elektronik manual dalam waktu enam bulan dari <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> yang memerlukan <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> di <b>Rumah Sakit</b>.</p> | <p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 1,500 per <b>Kondisi Medis</b></p>   |
| <p><b>2. Prosedur Diagnostik:</b></p> <p>Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> diterima sebagai pasien <b>Rawat Inap, Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b>.</p>  | <p><b>Pra-Otorisasi untuk PET, MRI, CT</b> </p> <p> Pengembalian penuh</p>   |
| <p><b>3. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</b></p> <p>(i) <b>Pengobatan gagal ginjal</b>, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Inap</b>.</p> <p>(ii) <b>Pengobatan gagal ginjal</b>, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b>.</p>   | <p>(i)  Sampai enam minggu pengembalian penuh per <b>Masa Pertanggunggaan</b></p> <p>(ii)  Hingga USD 50,000 per <b>Masa Pertanggunggaan</b></p> |
| <p><b>4. Transplantasi Organ:</b></p> <p><b>Pengobatan</b> untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan <b>Tertanggung</b> sebagai penerima. Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggunggaan akan disediakan berdasarkan <b>Manfaat 7 - Kelainan Bawaan</b> tetapi dikecualikan dari <b>Manfaat 4 - Transplantasi Organ</b>.</p> <p><b>Kami</b> hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman <b>WHO</b>.</p> <p>Biaya medis yang berkaitan dengan donor dan pencarian organ donor dikecualikan dalam <b>Manfaat</b> ini.</p>   | <p> Hingga USD 150,000 per <b>Masa Pertanggunggaan</b></p>  |


| Manfaat  | SimpleCare 100  |
|--|---|
| <p><b>5. Pengobatan Kanker:</b></p> <p><i>Pengobatan yang diberikan untuk Kanker yang diterima sebagai pasien Rawat Inap, Rawat Sehari atau Rawat Jalan. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.</i></p>   | <p> Pengembalian penuh</p>                             |
| <p><b>6. Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Inap untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau Kondisi Akut yang diderita oleh bayi Baru Lahir dari Tertanggung yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi Baru Lahir ditambahkan ke dalam Polis dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.</i></p> <p><i>Dalam keadaan di mana Kami memerlukan rincian riwayat medis bayi baru lahir sebelum bayi ditambahkan ke Polis, 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.</i></p>   | <p> Hingga USD 35,000 per Masa Pertanggungungan</p>    |
| <p><b>7. Kelainan Bawaan:</b></p> <p><i>Pengobatan Rawat Inap untuk Kelainan Bawaan. Dalam keadaan di mana Kelainan Bawaan muncul pada bayi Baru Lahir dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungungan untuk Kondisi Medis tersebut akan diberikan berdasarkan Manfaat 6 - Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir tetapi dikecualikan dari Manfaat 7 – Kelainan Bawaan.</i></p>  | <p> Hingga USD 35,000 per Masa Pertanggungungan</p>    |
| <p><b>8. Akomodasi Orang Tua:</b></p> <p><i>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.</i></p>   | <p> Pengembalian penuh</p>                             |
| <p><b>9. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru yang Ditemani Ibu mereka:</b></p> <p><i>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</i></p>   | <p> Pengembalian penuh</p>                            |
| <p><b>10. Bedah Rekonstruksi:</b></p> <p><i>Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah Kecelakaan atau sesudah Prosedur Bedah untuk Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat, yang terjadi setelah Tanggal Masuk atau Tanggal Mulai Tertanggung yang mana yang paling akhir.</i></p>  | <p> Pengembalian penuh</p>                           |
| <p><b>11. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</b></p> <p><i>Biaya Pengobatan untuk Prosedur Bedah yang dilakukan di tempat praktek dokter, Rumah Sakit, fasilitas penitipan anak atau instalasi Rawat Jalan.</i></p>  | <p> Pengembalian penuh</p>                           |
| <p><b>12. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</b></p> <p><i>Ini berarti Pengobatan restorasi gigi Darurat yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu Kecelakaan yang mengharuskan Anda masuk ke Rumah Sakit selama setidaknya satu malam.</i></p> <p><i>Pengobatan gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari Kecelakaan tersebut. Manfaat ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk Pengobatan yang diperlukan akibat cedera karena Kecelakaan yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika Pengobatan meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan, Kami akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Umum untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.</li> <li>• Jika implan dibutuhkan secara klinis Kami akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.</li> <li>• Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera.</li> </ul> | <p> Pengembalian penuh</p>                           |
| <p><b>13. Rehabilitasi:</b></p> <p><i>Atas saran dari Dokter spesialis sebagai bagian integrasi dari Pengobatan untuk Kondisi Medis yang memerlukan masuk ke unit Rehabilitasi Rumah Sakit yang diakui. Bila Tertanggung dirawat di Rumah Sakit sebagai pasien Rawat Inap selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila Dokter Spesialis menegaskan secara tertulis bahwa Rehabilitasi diperlukan. Masuk ke unit Rehabilitasi harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar Rumah Sakit. Pengobatan tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung Dokter Spesialis dan akan mencakup:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Penggunaan kamar Pengobatan khusus</li> <li>(ii) Biaya terapi fisik</li> <li>(iii) Biaya terapi wicara</li> <li>(iv) Biaya terapi okupasi</li> </ul>  | <p> Pengembalian penuh 90 hari per Kondisi Medis</p> |
| <p><b>14. Perawatan di Rumah:</b></p> <p><i>Perawatan yang diberikan oleh Perawat Berijazah di rumah Tertanggung sendiri, yang segera diterima setelah Pengobatan sebagai pasien Rawat Inap atau pasien Rawat Sehari berdasarkan rekomendasi dari Praktisi Medis atau Dokter Spesialis.</i></p>  | <p> Pengembalian penuh 30 hari per Kondisi Medis</p> |

| Manfaat  | SimpleCare 100   |
|--|--|
| <p><b>15. Transportasi Ambulans Darurat:</b></p> <p><i>Biaya transportasi ambulans perjalanan <b>Darurat</b> ke atau antar <b>Rumah Sakit</b>, atau bila dipertimbangkan <b>Secara Medis Diperlukan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Spesialis</b>.</i></p>  | <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>   |
| <p><b>16. Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b></p> <p><i>Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan <b>Tertanggung</b> yang memiliki <b>Kondisi Medis</b> kritis dan mengancam jiwa yang <b>Memenuhi Syarat</b> ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke <b>Rumah Sakit</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b>.</i></p> <p><i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Biaya transportasi dari <b>Tertanggung</b> dalam hal <b>Pengobatan Darurat</b> dan transportasi dan perawatan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></li> <li>(ii) <i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika <b>Pengobatan</b> diterima sebagai Pasien <b>Rawat Sehari</b>.</i></li> <li>(iii) <i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari <b>Rumah Sakit</b> untuk mengunjungi <b>Tertanggung</b> sesudah masuk sebagai Pasien <b>Rawat Inap</b>.</i></li> <li>(iv) <i>Biaya yang wajar untuk <b>Akomodasi non Rumah Sakit</b> hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk <b>Rumah Sakit</b> asalkan <b>Tertanggung</b> sedang dirawat oleh <b>Dokter Spesialis</b>.</i> <p><i>Biaya <b>Evakuasi</b> tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.</i></p> <p><i>Penasihat medis <b>Kami</b> akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk <b>Evakuasi</b> dan <b>Manfaat</b> ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis <b>Kami</b> atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati <b>Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat</b>.</i></p> <p><b>Repatriasi</b></p> <p><i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan <b>Tertanggung</b> dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi <b>Pengobatan</b> atau <b>Negara Kewarganegaraan</b> utama atau <b>Negara Tempat Tinggal</b> utama <b>Tertanggung</b>, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah <b>Pengobatan</b> selesai.</i></p> <p><i>Biaya yang terkait dengan <b>Kehamilan</b> dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari <b>Manfaat</b> ini.</i></p> </li></ul> | <p style="text-align: center;">Limit gabungan<br/>hingga USD 100,000</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <br/>Pengembalian penuh</li> <li>(ii) <br/>Pengembalian penuh</li> <li>(iii) <br/>Pengembalian penuh</li> <li>(iv) <br/>Hingga USD 200<br/>per hari<br/>hingga USD 7,500<br/>per orang,<br/>per <b>Evakuasi</b></li> </ul> <p style="text-align: center;"><br/>Pengembalian penuh</p> |
| <p><b>17. Biaya Kematian:</b></p> <p><i>Dalam hal kematian karena <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>, <b>Biaya yang Wajar dan Umum</b> untuk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Biaya transportasi jenazah atau abu <b>Tertanggung</b> ke <b>Negara Kewarganegaraan</b> atau <b>Negara Tempat Tinggal</b>-nya, atau</i></li> <li>(ii) <i>Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan Umum.</i></li> </ul>  | <p style="text-align: center;"><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <br/>Pengembalian penuh</li> <li>(ii) <br/>Hingga USD 10.000</li> </ul>   |
| <p><b>18. Pertanggungungan untuk Pengobatan Non-Elektif di luar Wilayah Pertanggungungan:</b></p> <p><i>Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. <b>Pengobatan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian <b>Darurat</b>, yang diperlukan sebagai akibat dari <b>Kecelakaan</b> atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan <b>Kondisi Medis</b> yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan <b>Tertanggung</b>.</i></p>   | <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>Kecelakaan:</b><br/>Pengembalian penuh untuk <b>Kecelakaan</b> yang memerlukan perawatan <b>Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Sakit: Perawatan <b>Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b><br/>hingga USD 35,000 per <b>Masa Pertanggungungan</b></p>  |

| Manfaat   | SimpleCare 100   |
|---|--|
| <p><b>19. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</b></p> <p><b>Manfaat</b> ini dibayar selama setiap malam <b>Tertanggung</b> menerima <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan hanya jika</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <b>Tertanggung</b> dirawat untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> sebelum tengah malam, dan <b>Pengobatan</b> diterima di rumah sakit umum di <b>Negara Tempat Tinggal Tertanggung</b>; atau</li> <li>(ii) <b>Polis</b> ini menjadi <b>Polis Asuransi Kesehatan Sekunder</b>. Namun, jika <b>Anda</b> memiliki USD 10,000 atau USD 15,000, <b>Biaya Risiko Sendiri Polis</b>, <b>Anda</b> tidak memenuhi syarat untuk <b>Manfaat</b> ini.</li> </ul> <p><b>Pertanggung</b> berdasarkan <b>Manfaat</b> ini terbatas hingga maksimum 30 malam per <b>Masa Pertanggung</b>.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.9 tidak berlaku.</p> | <br>USD 250 per malam |

| Manfaat  | SimpleCare 100   |
|--|--|
| <p><b>Limit Pengobatan Rawat Jalan Tahunan Berlaku untuk Manfaat 20 dan 21 saja, sesuai dengan Limit Polis Maksimum Tahunan</b></p>  | <p><b>USD 1,000</b></p>  |
| <p><b>20. Biaya Rawat Jalan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Biaya <b>Praktisi Medis</b> termasuk konsultasi, <b>Biaya Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</li> <li>(ii) Telekonsultasi (Perjanjian Dokter secara virtual melalui sarana elektronik)<br/>Biaya-biaya yang berhubungan dengan <b>Pengobatan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> akan dibayar secara penuh dimana <b>Pengobatan</b> telah diterima dari <b>Penyedia Medis</b> yang terdaftar pada <b>Jaringan Penyedia Now Health International</b>.<br/><b>Pengobatan</b> yang tidak dilakukan pada <b>Jaringan Penyedia Now Health International</b> akan dibayarkan secara <b>Biaya Wajar dan Umum</b>.<br/>Tidak ada <b>Ko-asuransi Rawat Jalan</b> atau <b>Biaya Resiko Sendiri Per kunjungan Rawat Jalan</b> yang berlaku.</li> <li>(iii) <b>Obat-obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</li> <li>(iv) <b>Vitamin dan Mineral</b><br/>Vitamin dan Mineral yang diresepkan oleh <b>Praktisi Medis</b>. Vitamin yang diresepkan untuk defisiensi yang terdiagnosa akan dibayarkan dalam <b>Manfaat Rawat Jalan</b>.<br/>Perawatan <b>Kondisi Medis Kronis</b> yang memerlukan pemantauan berkelanjutan atau jangka panjang melalui konsultasi, pemeriksaan, check-up, <b>Obat-obatan dan Perban</b> dan/atau tes ditanggung oleh <b>Manfaat</b> ini.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) dan (ii)  Pengembalian penuh tunduk pada limit <b>Pengobatan Rawat Jalan Tahunan</b></li> <li>(iii)  Pengembalian penuh tunduk pada limit <b>Pengobatan Rawat Jalan Tahunan</b></li> <li>(iv)  Hingga USD 150 per <b>Masa Pertanggung</b></li> </ul> <p>(i), (ii), (iii), dan (iv) tunduk pada limit <b>Pengobatan Rawat Jalan Tahunan</b></p> |
| <p><b>21. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Fisioterapi oleh <b>Fisioterapis Terdaftar</b>.</li> <li>(ii) Obat dan <b>Pengobatan</b> Pelengkap oleh terapis. <b>Manfaat</b> ini meluas ke osteopathi, chiropody dan podiatry, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan <b>Pengobatan</b> akupunktur.</li> <li>(iii) <b>Pengobatan Rawat Jalan</b> atau terapi yang dilakukan oleh <b>Praktisi Medis</b> tradisional Cina yang diakui atau <b>Praktisi Medis</b> Ayurveda.</li> </ul> <p><b>Anda</b> dapat memilih 5 sesi untuk setiap kombinasi <b>Manfaat</b> secara agregat selama <b>Masa Pertanggung</b> untuk <b>Manfaat</b> (i) dan (ii) kecuali ahli gizi tanpa perlu rujukan; sesi selanjutnya harus dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  USD 60 per kunjungan</li> <li>(ii)  USD 60 per kunjungan</li> <li>(iii)  USD 30 per kunjungan</li> </ul> <p>Gabungan hingga 10 kunjungan untuk (i), (ii) dan (iii) per <b>Masa Pertanggung</b>, sesuai dengan limit <b>Pengobatan Rawat Jalan Tahunan</b></p>   |








| Manfaat   | SimpleCare 100   |
|---|--|
| <p><b>22. Terapi Penggantian Hormon Menopause:</b></p> <p><i>Biaya Terapi Penggantian Hormon saat diperlukan untuk meringankan gejala dari tahap awal menopause dimana tanggal permulaan dan <b>Pengobatan</b> dimulai dibawah usia 40 tahun.</i></p>   | <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Hingga<br/>USD 200 per<br/><b>Masa Pertanggung</b></p> |
| <p><b>23. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><i><b>Pengobatan Rawat Jalan</b> yang diberikan oleh Psikolog Terdaftar dan/atau Psikiater Terdaftar, sesuai dengan 10 sesi dan batas biaya menurut bab ini.</i></p> <p><i>Untuk 5 sesi pertama <b>Anda</b> dapat langsung memilih untuk mengunjungi Psikolog terdaftar tanpa perlu rujukan. Namun, setiap sesi berikutnya dengan Psikolog Terdaftar memerlukan rujukan dan rencana <b>Pengobatan</b> dengan dengan <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</i></p>   | <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Hingga<br/>USD 300 per<br/><b>Masa Pertanggung</b></p> |
| <p><b>24. Perawatan Gigi:</b></p> <p><i>Biaya <b>Dokter Gigi</b> yang terdaftar yang melakukan <b>Pengobatan</b> gigi di klinik / operasi gigi.</i></p> <p><i><b>Manfaat</b> ini memberikan perlindungan untuk <b>Pengobatan</b> gigi sebagai berikut:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skrining (termasuk sinar-x jika diperlukan)</li> <li>- Pembersihan karang gigi prefentif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun)</li> <li>- Penambalan dan ekstraksi (non-bedah dan bedah)</li> <li>- Pengobatan saluran akar</li> <li>- Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, di penempatan dan jembatan</li> <li>- Apicoectomy</li> </ul> <p><i>Implan gigi dan <b>Pengobatan</b> ortodontik dikecualikan secara khusus berdasarkan <b>Manfaat</b> ini. Tidak ada <b>Pengobatan</b> lain yang ditanggung oleh <b>Manfaat</b> ini.</i></p> <p><i><b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari <b>Tanggal Masuk</b> dikecualikan. <b>Ko-Asuransi</b> 20% berlaku.</i></p> <p><i>Untuk <b>Manfaat</b> ini <b>Risiko Sendiri</b> atau <b>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan</b> pada <b>Polis</b> tidak berlaku.</i></p> | <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Tidak ditanggung</p>                                   |

| Pilihan Wilayah Geografis  | SimpleCare 100   |
|--|--|
| <p><b>25. Wilayah Pertanggung: Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat</b></p> <p>Dengan memilih opsi ini, Wilayah pertanggung <b>Anda</b> meliputi Seluruh Dunia tetapi tidak termasuk <b>Pengobatan</b> elektif di Amerika Serikat.</p> <p><b>Anda</b> juga akan dapat mengakses ke <b>Jaringan Komprehensif SimpleCare</b>.</p> | <br>Pilihan |

| Opsirisiko Sendiri  | SimpleCare 100   |
|---|--|
| <b>Risiko Sendiri Standar</b>   | <i>Nihil</i>   |
| <p><b>Opsirisiko Sendiri</b></p> <p>Harap dicatat:<br/> <b>Risiko Sendiri</b> USD 10,000 atau USD 15,000 hanya tersedia jika <b>Anda</b> ditanggung oleh lebih dari satu polis asuransi kesehatan. <b>Anda</b> hanya dapat memilih opsi <b>Risiko Sendiri</b> tersebut jika <b>Anda</b> membeli <b>Polis</b> ini sebagai <b>Polis Asuransi Kesehatan Sekunder</b>. <b>Anda</b> akan diminta untuk memberikan perincian tentang <b>Asuransi Kesehatan Primer Anda</b> ketika <b>Anda</b> mengajukan permohonan untuk pertanggung berdasarkan <b>Polis</b> ini.</p> | USD 150<br>USD 250<br>USD 500<br>USD 1,000<br>USD 2,500<br>USD 5,000<br>USD 10,000<br>USD 15,000 |











| Opsirawat Jalan   | SimpleCare 100   |
|---|--|
| <p><b>26. Opsirawat Jalan Ko-Asuransi:</b></p> <p><b>Ko-Asuransi</b> 20% akan berlaku untuk semua <b>Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat</b>.</p> <p>Harap dicatat bahwa <b>Ko-Asuransi</b> tidak akan berlaku untuk <b>Pengobatan</b> yang berkaitan dengan cuci darah/Gagal ginjal, <b>Kanker</b> atau Transplantasi Organ.</p> <p>Opsi ini tidak tersedia untuk <b>Polis</b> dengan <b>Risiko Sendiri</b> USD 1.000 atau lebih tinggi.</p> | <br>Pilihan |


### 4.3.3 SimpleCare 250







| Manfaat  | SimpleCare 250   |
|--|--|
| <b>Batas Maksimum Tahunan Polis</b><br><i>Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis</i>  | USD 1,500,000  |
| <b>Standar Wilayah Geografis</b>   |  |
| <b>Wilayah Pertanggung: Asia Tenggara (Kecuali Singapura)</b>  | Jaringan Standar:<br><b>Jaringan Asia Tenggara SimpleCare</b>  |
| <p><b>1. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:</b></p> <p>(i) Biaya untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> yang dilakukan oleh <b>Rumah Sakit</b> termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); Tes Diagnostik; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh <b>Perawat Berijazah; Obat dan Perban</b> yang diresepkan oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>; dan peralatan bedah yang digunakan oleh <b>Praktisi Medis</b> selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama <b>Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.</p> <p>(ii) Biaya Tambahan: Pembelian dan penyewaan kruk, tongkat, alat bantu berjalan dan kursi roda non-elektronik manual dalam waktu enam bulan dari <b>Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat</b> yang memerlukan <b>Pengobatan Rawat Inap</b> atau <b>Rawat Sehari</b> di <b>Rumah Sakit</b>.</p> | <p>(i)  Pengembalian penuh</p> <p>(ii)  Hingga USD 1,500 per <b>Kondisi Medis</b></p>   |
| <p><b>2. Prosedur Diagnostik:</b></p> <p>Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> diterima sebagai pasien <b>Rawat Inap, Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b>.</p>  | <p><b>Pra-Otorisasi untuk PET, MRI, CT</b> </p> <p> Pengembalian penuh</p>   |
| <p><b>3. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:</b></p> <p>(i) <b>Pengobatan gagal ginjal</b>, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Inap</b>.</p> <p>(ii) <b>Pengobatan gagal ginjal</b>, termasuk Cuci Darah secara <b>Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b>.</p>   | <p>(i)  Sampai enam minggu pengembalian penuh per <b>Masa Pertanggung</b></p> <p>(ii)  Hingga USD 50,000 per <b>Masa Pertanggung</b></p> |
| <p><b>4. Transplantasi Organ:</b></p> <p><b>Pengobatan</b> untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan <b>Tertanggung</b> sebagai penerima. Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggung akan disediakan berdasarkan <b>Manfaat 7 - Kelainan Bawaan</b> tetapi dikecualikan dari <b>Manfaat 4 - Transplantasi Organ</b>.</p> <p><b>Kami</b> hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman <b>WHO</b>.</p> <p>Biaya medis yang berkaitan dengan donor dan pencarian organ donor dikecualikan dalam <b>Manfaat</b> ini.</p>   | <p> Hingga USD 150,000 per <b>Masa Pertanggung</b></p>  |

| Manfaat   | SimpleCare 250  |
|---|---|
| <p><b>5. Pengobatan Kanker:</b></p> <p><i>Pengobatan yang diberikan untuk <b>Kanker</b> yang diterima sebagai pasien <b>Rawat Inap, Rawat Sehari</b> atau <b>Rawat Jalan</b>. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.</i></p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>  |
| <p><b>6. Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir:</b></p> <p><i>Pengobatan <b>Rawat Inap</b> untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau <b>Kondisi Akut</b> yang diderita oleh bayi <b>Baru Lahir</b> dari <b>Tertanggung</b> yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi <b>Baru Lahir</b> ditambahkan ke dalam <b>Polis</b> dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.</i></p> <p><i>Dalam keadaan di mana <b>Kami</b> memerlukan rincian riwayat medis bayi <b>Baru Lahir</b> sebelum bayi ditambahkan ke <b>Polis</b>, <b>Kami</b> berhak untuk menerapkan pembatasan tertentu pada perlindungan yang akan <b>Kami</b> tawarkan. Untuk lebih rinci Lihat Buku panduan Bagian 6.5 – Menambahkan Bayi <b>Baru Lahir</b>.</i></p>  | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga<br/>USD 35,000 per<br/>Masa Pertanggungungan</p>         |
| <p><b>7. Kelainan Bawaan:</b></p> <p><i>Pengobatan <b>Rawat Inap</b> untuk <b>Kelainan Bawaan</b>. Dalam keadaan di mana <b>Kelainan Bawaan</b> muncul pada bayi <b>Baru Lahir</b> dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungungan untuk <b>Kondisi Medis</b> tersebut akan diberikan berdasarkan <b>Manfaat 6 - Pertanggungungan untuk Bayi Baru Lahir</b> tetapi dikecualikan dari <b>Manfaat 7 – Kelainan Bawaan</b>.</i></p>  | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga<br/>USD 35,000 per<br/>Masa Pertanggungungan</p>         |
| <p><b>8. Akomodasi Orang Tua:</b></p> <p><i>Biaya satu orangtua opname di <b>Rumah Sakit</b> semalam dengan <b>Tertanggung</b> di bawah 18 tahun sementara anak dirawat sebagai <b>Pasien Rawat Inap</b> untuk <b>Pengobatan</b> yang Layak.</i></p>  | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>  |
| <p><b>9. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru yang Ditemani Ibu mereka:</b></p> <p><i>Biaya <b>Akomodasi Rumah Sakit</b> yang berkaitan dengan bayi <b>Baru Lahir</b> (hingga usia 16 minggu) untuk menemani ibunya (sebagai <b>Tertanggung</b>) saat ia menerima <b>Pengobatan</b> yang Layak sebagai <b>Pasien Rawat Inap</b> di <b>Rumah Sakit</b>.</i></p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>  |
| <p><b>10. Bedah Rekonstruksi:</b></p> <p><i>Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah <b>Kecelakaan</b> atau sesudah <b>Prosedur Bedah</b> untuk <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>, yang terjadi setelah <b>Tanggal Masuk</b> atau <b>Tanggal Mulai Tertanggung</b> yang mana yang paling akhir.</i></p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>  |
| <p><b>11. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:</b></p> <p><i>Biaya <b>Pengobatan</b> untuk <b>Prosedur Bedah</b> yang dilakukan di tempat praktek dokter, <b>Rumah Sakit</b>, fasilitas penitipan anak atau instalasi <b>Rawat Jalan</b>.</i></p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>  |
| <p><b>12. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:</b></p> <p><i>Ini berarti <b>Pengobatan</b> restorasi gigi <b>Darurat</b> yang dibutuhkan untuk gigi yang baik dan alami karena suatu <b>Kecelakaan</b> yang mengharuskan <b>Anda</b> masuk ke <b>Rumah Sakit</b> selama setidaknya satu malam.</i></p> <p><i><b>Pengobatan</b> gigi harus diterima dalam waktu 10 hari dari <b>Kecelakaan</b> tersebut. <b>Manfaat</b> ini menanggung semua biaya yang dikeluarkan untuk <b>Pengobatan</b> yang diperlukan akibat cedera karena <b>Kecelakaan</b> yang disebabkan oleh benturan di luar mulut, jika ketentuan berikut berlaku:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika <b>Pengobatan</b> meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan, <b>Kami</b> akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Umum untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.</li> <li>• Jika implan dibutuhkan secara klinis <b>Kami</b> akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.</li> <li>• Kerusakan gigi palsu asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat cedera.</li> </ul> | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh</p>  |
| <p><b>13. Rehabilitasi:</b></p> <p><i>Atas saran dari <b>Dokter spesialis</b> sebagai bagian integrasi dari <b>Pengobatan</b> untuk <b>Kondisi Medis</b> yang memerlukan masuk ke unit <b>Rehabilitasi Rumah Sakit</b> yang diakui. Bila <b>Tertanggung</b> dirawat di <b>Rumah Sakit</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> selama setidaknya tiga hari berturut-turut, dan bila <b>Dokter Spesialis</b> menegaskan secara tertulis bahwa <b>Rehabilitasi</b> diperlukan. Masuk ke unit <b>Rehabilitasi</b> harus dilakukan dalam waktu 14 hari setelah keluar <b>Rumah Sakit</b>. <b>Pengobatan</b> tersebut harus di bawah pengawasan dan kendali langsung <b>Dokter Spesialis</b> dan akan mencakup:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(i) Penggunaan kamar <b>Pengobatan</b> khusus</li> <li>(ii) Biaya terapi fisik</li> <li>(iii) Biaya terapi wicara</li> <li>(iv) Biaya terapi okupasi</li> </ol>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh<br/>90 hari per<br/><b>Kondisi Medis</b></p> |
| <p><b>14. Perawatan di Rumah:</b></p> <p><i>Perawatan yang diberikan oleh <b>Perawat Berijazah</b> di rumah <b>Tertanggung</b> sendiri, yang segera diterima setelah <b>Pengobatan</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b> berdasarkan rekomendasi dari <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</i></p>  | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pengembalian penuh<br/>30 hari per<br/><b>Kondisi Medis</b></p> |




| Manfaat  | SimpleCare 250   |
|--|--|
| <p><b>15. Transportasi Ambulans Darurat:</b></p> <p><i>Biaya transportasi ambulans perjalanan <b>Darurat</b> ke atau antar <b>Rumah Sakit</b>, atau bila dipertimbangkan <b>Secara Medis Diperlukan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Spesialis</b>.</i></p>  | <p style="text-align: right;"> Pengembalian penuh</p>   |
| <p><b>16. Evakuasi dan Repatriasi:</b></p> <p><b>Evakuasi</b></p> <p><i>Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan <b>Tertanggung</b> yang memiliki <b>Kondisi Medis</b> kritis dan mengancam jiwa yang <b>Memenuhi Syarat</b> ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke <b>Rumah Sakit</b> sebagai pasien <b>Rawat Inap</b> atau pasien <b>Rawat Sehari</b>.</i></p> <p><i>Biaya yang wajar untuk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Biaya transportasi dari <b>Tertanggung</b> dalam hal <b>Pengobatan Darurat</b> dan transportasi dan perawatan yang <b>Secara Medis Diperlukan</b> tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.</i></li> <li>(ii) <i>Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika <b>Pengobatan</b> diterima sebagai Pasien <b>Rawat Sehari</b>.</i></li> <li>(iii) <i>Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari <b>Rumah Sakit</b> untuk mengunjungi <b>Tertanggung</b> sesudah masuk sebagai Pasien <b>Rawat Inap</b>.</i></li> <li>(iv) <i>Biaya yang wajar untuk <b>Akomodasi non Rumah Sakit</b> hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk <b>Rumah Sakit</b> asalkan <b>Tertanggung</b> sedang dirawat oleh <b>Dokter Spesialis</b>.</i></li> </ul> <p><i>Biaya <b>Evakuasi</b> tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.</i></p> <p><i>Penasihat medis <b>Kami</b> akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk <b>Evakuasi</b> dan <b>Manfaat</b> ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis <b>Kami</b> atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati <b>Kondisi Medis yang Memenuhi Syarat</b>.</i></p> <p><b>Repatriasi</b></p> <p><i>Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan <b>Tertanggung</b> dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi <b>Pengobatan</b> atau <b>Negara Kewarganegaraan</b> utama atau <b>Negara Tempat Tinggal</b> utama <b>Tertanggung</b>, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah <b>Pengobatan</b> selesai.</i></p> <p><i>Biaya yang terkait dengan <b>Kehamilan</b> dan persalinan rutin secara khusus dikecualikan dari <b>Manfaat</b> ini.</i></p> | <p style="text-align: right;">Limit gabungan hingga USD 100,000</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Pengembalian penuh</li> <li>(ii)  Pengembalian penuh</li> <li>(iii)  Pengembalian penuh</li> <li>(iv)  Hingga USD 200 per hari hingga USD 7,500 per orang, per <b>Evakuasi</b></li> </ul> <p style="text-align: right;"> Pengembalian penuh</p> |
| <p><b>17. Biaya Kematian:</b></p> <p><i>Dalam hal kematian karena <b>Kondisi Medis</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b>, <b>Biaya yang Wajar dan Umum</b> untuk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Biaya transportasi jenazah atau abu <b>Tertanggung</b> ke <b>Negara Kewarganegaraan</b> atau <b>Negara Tempat Tinggal</b>-nya, atau</i></li> <li>(ii) <i>Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan Umum.</i></li> </ul>  | <p style="text-align: right;"><b>Pra-Otorisasi</b> 📞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Pengembalian penuh</li> <li>(ii)  Hingga USD 10.000</li> </ul>  |
| <p><b>18. Pertanggungn untuk Pengobatan Non-Elektif di luar Wilayah Pertanggungn:</b></p> <p><i>Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. <b>Pengobatan</b> oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b> yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian <b>Darurat</b>, yang diperlukan sebagai akibat dari <b>Kecelakaan</b> atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan <b>Kondisi Medis</b> yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan <b>Tertanggung</b>.</i></p>   | <p style="text-align: right;"> <b>Kecelakaan:</b> Pengembalian penuh untuk <b>Kecelakaan</b> yang memerlukan perawatan <b>Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b></p> <p style="text-align: right;"> Sakit: Perawatan <b>Rawat Inap</b> dan <b>Rawat Sehari</b> hingga USD 35,000 per <b>Masa Pertanggungn</b></p>  |

| Manfaat   | SimpleCare 250   |
|---|--|
| <p><b>19. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:</b></p> <p><b>Manfaat</b> ini dibayar selama setiap malam <b>Tertanggung</b> menerima <b>Pengobatan Rawat Inap</b> dan hanya jika</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <b>Tertanggung</b> dirawat untuk <b>Pengobatan Rawat Inap</b> sebelum tengah malam, dan <b>Pengobatan</b> diterima di rumah sakit umum di <b>Negara Tempat Tinggal Tertanggung</b>; atau</li> <li>(ii) <b>Polis</b> ini menjadi <b>Polis Asuransi Kesehatan Sekunder</b>. Namun, jika <b>Anda</b> memiliki USD 10,000 atau USD 15,000, <b>Biaya Risiko Sendiri Polis</b>, <b>Anda</b> tidak memenuhi syarat untuk <b>Manfaat</b> ini.</li> </ul> <p><b>Pertanggungan</b> berdasarkan <b>Manfaat</b> ini terbatas hingga maksimum 30 malam per <b>Masa Pertanggungan</b>.</p> <p>Untuk <b>Manfaat</b> ini pengecualian 5.9 tidak berlaku.</p> | <br>USD 250 per malam |

| Manfaat   | SimpleCare 250  |
|---|---|
| <p><b>Limit Pengobatan Rawat Jalan Tahunan</b><br/>                     Berlaku untuk <b>Manfaat 20 dan 21</b> saja, sesuai dengan <b>Limit Polis Maksimum Tahunan</b></p>  | <b>USD 2,500</b>  |
| <p><b>20. Biaya Rawat Jalan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Biaya <b>Praktisi Medis</b> termasuk konsultasi, <b>Biaya Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</li> <li>(ii) Telekonsultasi (Perjanjian Dokter secara virtual melalui sarana elektronik)<br/>                     Biaya-biaya yang berhubungan dengan <b>Pengobatan</b> yang <b>Memenuhi Syarat</b> akan dibayar secara penuh dimana <b>Pengobatan</b> telah diterima dari <b>Penyedia Medis</b> yang terdaftar pada <b>Jaringan Penyedia Now Health International</b>.<br/> <b>Pengobatan</b> yang tidak dilakukan pada <b>Jaringan Penyedia Now Health International</b> akan dibayarkan secara <b>Biaya Wajar dan Umum</b>.<br/>                     Tidak ada <b>Ko-asuransi Rawat Jalan</b> atau <b>Biaya Risiko Sendiri Per kunjungan Rawat Jalan</b> yang berlaku.</li> <li>(iii) <b>Obat-obatan dan Perban</b> yang diresepkan.</li> <li>(iv) <b>Vitamin dan Mineral</b><br/>                     Vitamin dan Mineral yang diresepkan oleh <b>Praktisi Medis</b>. Vitamin yang diresepkan untuk defisiensi yang terdiagnosa akan dibayarkan dalam <b>Manfaat Rawat Jalan</b>.<br/>                     Perawatan <b>Kondisi Medis Kronis</b> yang memerlukan pemantauan berkelanjutan atau jangka panjang melalui konsultasi, pemeriksaan, check-up, <b>Obat-obatan dan Perban</b> dan/atau tes ditanggung oleh <b>Manfaat</b> ini.<br/>                     Harap dicatat: Jika tanda terima klaim tidak menunjukkan rincian layanan medis yang diberikan, <b>Kami</b> hanya akan membayar klaim yang <b>Memenuhi Syarat</b> hingga batas <b>Obat-Obatan dan Perban</b> yang Ditentukan.</li> </ul> | <p>(i) dan (ii)  Pengembalian penuh tunduk pada limit <b>Pengobatan Rawat Jalan Tahunan</b></p> <p>(iii)  Hingga USD 1,250</p> <p>(iv)  Hingga USD 150 per <b>Masa Pertanggungan</b></p> <p>(i), (ii), (iii), dan (iv) tunduk pada limit <b>Pengobatan Rawat Jalan Tahunan</b></p> |
| <p><b>21. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Fisioterapi oleh <b>Fisioterapis Terdaftar</b>.</li> <li>(ii) Obat dan <b>Pengobatan</b> Pelengkap oleh terapis. <b>Manfaat</b> ini meluas ke osteopathi, chiropody dan podiatry, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan <b>Pengobatan</b> akupunktur.</li> <li>(iii) <b>Pengobatan Rawat Jalan</b> atau terapi yang dilakukan oleh <b>Praktisi Medis</b> tradisional Cina yang diakui atau <b>Praktisi Medis</b> Ayurveda.</li> </ul> <p><b>Anda</b> dapat memilih 5 sesi untuk setiap kombinasi <b>Manfaat</b> secara agregat selama <b>Masa Pertanggungan</b> untuk <b>Manfaat</b> (i) dan (ii) kecuali ahli gizi tanpa perlu rujukan; sesi selanjutnya harus dirujuk oleh <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</p>  | <p>(i)  USD 80 per kunjungan</p> <p>(ii)  USD 80 per kunjungan</p> <p>(iii)  USD 40 per kunjungan</p> <p>Gabungan hingga 10 kunjungan untuk (i), (ii) dan (iii) per <b>Masa Pertanggungan</b>, sesuai dengan limit <b>Pengobatan Rawat Jalan Tahunan</b></p>                       |

| Manfaat  | SimpleCare 250   |
|--|--|
| <p><b>22. Terapi Penggantian Hormon Menopause:</b></p> <p><i>Biaya Terapi Penggantian Hormon saat diperlukan untuk meringankan gejala dari tahap awal menopause dimana tanggal permulaan dan <b>Pengobatan</b> dimulai dibawah usia 40 tahun.</i></p>  | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga<br/>USD 300 per<br/><b>Masa Pertanggung</b></p> |
| <p><b>23. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:</b></p> <p><i><b>Pengobatan Rawat Jalan</b> yang diberikan oleh Psikolog Terdaftar dan/atau Psikiater Terdaftar, sesuai dengan 10 sesi dan batas biaya menurut bab ini.</i></p> <p><i>Untuk 5 sesi pertama <b>Anda</b> dapat langsung memilih untuk mengunjungi Psikolog terdaftar tanpa perlu rujukan. Namun, setiap sesi berikutnya dengan Psikolog Terdaftar memerlukan rujukan dan rencana <b>Pengobatan</b> dengan dengan <b>Praktisi Medis</b> atau <b>Dokter Spesialis</b>.</i></p>  | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga<br/>USD 400 per<br/><b>Masa Pertanggung</b></p> |
| <p><b>24. Perawatan Gigi:</b></p> <p><i>Biaya <b>Dokter Gigi</b> yang terdaftar yang melakukan <b>Pengobatan</b> gigi di klinik / operasi gigi.</i></p> <p><i><b>Manfaat</b> ini memberikan perlindungan untuk <b>Pengobatan</b> gigi sebagai berikut:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skrining (termasuk sinar-x jika diperlukan)</li> <li>- Pembersihan karang gigi prefentif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (sekali per tahun)</li> <li>- Penambalan dan ekstraksi (non-bedah dan bedah)</li> <li>- Pengobatan saluran akar</li> <li>- Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, di penempatan dan jembatan</li> <li>- Apicoectomy</li> </ul> <p><i>Implan gigi dan <b>Pengobatan</b> ortodontik dikecualikan secara khusus berdasarkan <b>Manfaat</b> ini. Tidak ada <b>Pengobatan</b> lain yang ditanggung oleh <b>Manfaat</b> ini.</i></p> <p><i><b>Masa Tunggu:</b> Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari <b>Tanggal Masuk</b> dikecualikan. <b>Ko-Asuransi</b> 20% berlaku.</i></p> <p><i>Untuk <b>Manfaat</b> ini <b>Risiko Sendiri</b> atau <b>Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan</b> pada <b>Polis Grup</b> tidak berlaku.</i></p> | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Hingga<br/>USD 300 per<br/><b>Masa Pertanggung</b></p> |

| Pilihan Wilayah Geografis  | SimpleCare 250   |
|--|--|
| <p><b>25. Wilayah Pertanggung: Seluruh Dunia kecuali Amerika Serikat</b></p> <p>Dengan memilih opsi ini, Wilayah pertanggung <b>Anda</b> meliputi Seluruh Dunia tetapi tidak termasuk <b>Pengobatan</b> elektif di Amerika Serikat.</p> <p><b>Anda</b> juga akan dapat mengakses ke <b>Jaringan Komprehensif SimpleCare</b>.</p> | <br>Pilihan |

| Opsirisiko Sendiri  | SimpleCare 250   |
|---|--|
| Risiko Sendiri Standar  | Nihil  |
| <p><b>Opsirisiko Sendiri</b></p> <p>Harap dicatat:<br/> <b>Risiko Sendiri</b> USD 10,000 atau USD 15,000 hanya tersedia jika <b>Anda</b> ditanggung oleh lebih dari satu polis asuransi kesehatan. <b>Anda</b> hanya dapat memilih opsi <b>Risiko Sendiri</b> tersebut jika <b>Anda</b> membeli <b>Polis</b> ini sebagai <b>Polis Asuransi Kesehatan Sekunder</b>. <b>Anda</b> akan diminta untuk memberikan perincian tentang <b>Asuransi Kesehatan Primer Anda</b> ketika <b>Anda</b> mengajukan permohonan untuk pertanggung berdasarkan <b>Polis</b> ini.</p> | USD 150<br>USD 250<br>USD 500<br>USD 1,000<br>USD 2,500<br>USD 5,000<br>USD 10,000<br>USD 15,000 |

| Opsirawat Jalan   | SimpleCare 250   |
|---|--|
| <p><b>26. Opsirawat Jalan Ko-Asuransi:</b></p> <p><b>Ko-Asuransi</b> 20% akan berlaku untuk semua <b>Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat</b>.</p> <p>Harap dicatat bahwa <b>Ko-Asuransi</b> tidak akan berlaku untuk <b>Pengobatan</b> yang berkaitan dengan cuci darah/Gagal ginjal, <b>Kanker</b> atau Transplantasi Organ.</p> <p>Opsi ini tidak tersedia untuk <b>Polis</b> dengan <b>Risiko Sendiri</b> USD 1.000 atau lebih tinggi.</p> | <br>Pilihan |

## Ketentuan Produk Penting

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

Ketentuan-ketentuan ini adalah pembatasan Polis 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 pertanggungansian 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 atau tidak), perang saudara, pemberontakan, revolusi, huru-hara atau perebutan militer atau kekuasaan, pembangkangan, kerusakan, 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 Essential, Anda tidak ditanggung untuk biaya yang berkaitan dengan pemeliharaan Kondisi Kronis.

---

## 5.8 Keadaan Koma atau Vegetatif

Kami tidak akan membayar biaya Pengobatan yang dikeluarkan oleh Tertanggung setelah mengalami keadaan 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 atau Ko-Asuransi

Anda tidak ditanggung untuk jumlah Risiko Sendiri atau Ko-Asuransi yang ditunjukkan pada Sertifikat Asuransi Anda. Kami akan memperlakukan perjanjian apapun dengan atau tawaran apapun oleh penyedia untuk membebani Kami biaya yang lebih tinggi untuk menanggung jumlah Biaya Risiko Sendiri atau Ko-Asuransi sebagai 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 dan Produk Kosmetik

Kami tidak membayar untuk konsultasi gizi atau konsultasi diet dan suplemen, termasuk, namun tidak terbatas pada, formula khusus bayi dan produk kosmetik termasuk tetapi tidak terbatas pada pelembab, pembersih, lotion, sabun, shampoo, tabir surya, obat kumur mulut, lozeng 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 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 melewati Kondisi Medis.

### 5.20 Olahraga dan aktivitas yang berbahaya

Kami tidak menanggung Pengobatan asta luka berkepanjangan yang diderita akibat base jumping, cliff diving, motor sport, terbang dengan pesawat tanpa izin atau sebagai pelajar, seni bela diri, panjat tebing bebas, panjat gunung dengan atau tanpa tali, scuba diving hingga kedalaman lebih dari 30 meter, trekking/menjelajah sampai ketinggian lebih dari 4.000 meter, bungee jumping, canyoning, hang-glider, 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.

### 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, maksimal hingga 18 bulan sejak tanggal intervensi medis dan untuk Terapi Penggantian Hormon Menopause yang dimana tanggal permulaan dan Pengobatan dimulai dibawah usia 40 tahun.

### 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 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 normal, darurat atau operasi caesar atas permintaan sendiri kecuali Manfaat persalinan ditunjukkan pada Sertifikat Asuransi Anda.

Biaya-biaya ini hanya ditanggung dalam Manfaat persalinan dan tidak ditanggung atau dapat diganti kembali berdasarkan Manfaat lainnya.

## 5.27 Kondisi Medis yang diderita sebelumnya

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

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

1. Anda telah mendapat Pengobatan, 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 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-biaya Pengobatan yang berhubungan dengan penyakit kejiwaan atau kondisi psikologis apapun kecuali ditentukan dalam ikhtisar manfaat Anda.

## 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 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 umum Kami**

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

## 6. Administrasi Polis

---

### 6.1 Kontrak

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

### 6.2 Pembayaran dan pengembalian premi

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

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

**Anda** harus membayar premi **Anda** saat jatuh tempo. Bergantung pada cara pembayaran yang **Anda** pilih, **Anda** harus membayar kepada **Kami** sebelum **Tanggal Mulai**, tanggal jatuh tempo atau paling lambat dalam waktu 30 hari dari diterimanya oleh **Kami** secara tertulis, jika nota penutupan telah diterbitkan. **Kami** akan memberikan masa tenggang paling lama 30 hari, untuk pembayaran premi dari tanggal tersebut. Jika pembayaran tidak diterima dalam jangka waktu 30 hari ini, **Kami** akan membatalkan **Polis Anda** dan tidak akan membayar untuk setiap **Pengobatan** atau hak atas **Manfaat** yang timbul setelah tanggal premi jatuh tempo.

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

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

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

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

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

### 6.3 Pemenuhan Syarat

#### 6.3.1 Batas Usia

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

### 6.3.2 Seleksi Risiko Medis Penuh

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

**Kami** mengandalkan informasi yang **Anda** berikan dalam formulir permohonan saat **Kami** memutuskan apakah menerima permohonan **Anda** atau tidak, dan apakah **Kami** perlu memberlakukan persyaratan khusus atau tidak. Persyaratan khusus adalah pengecualian atau ketentuan yang **Kami** mungkin berlakukan terhadap pertanggung **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 pertanggung, 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** Excel; mereka dapat memutuskan untuk menanggung **Tanggungan** mereka pada pilihan **Polis** Excel, Essential atau Advance, tetapi bukan pilihan **Polis** Apex.

### 6.3.4 Tanggal mulai

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

### 6.3.5 Undang-undang lokal

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

### 6.3.6 Tempat tinggal tidak memenuhi syarat

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

## 6.4 Menambahkan Tanggungan baru

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

---

## 6.5 Menambahkan Bayi Baru Lahir

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

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

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

Dalam keadaan seperti itu **Kami** berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap 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 Anda

**Polis Anda** adalah selama satu tahun, **Masa Pertanggungan**. Sebelum akhir **Masa Pertanggungan Kami** akan menulis kepada **Pemegang Polis** untuk memberikan saran tentang persyaratan apa **Polis** akan terus berlanjut, asalkan **Polis** yang **Anda** ikuti masih tersedia. Jika **Kami** tidak mendapat tanggapan dari **Pemegang Polis**, **Kami** akan memperbarui **Polis Anda** dengan persyaratan baru. Di mana **Anda** telah memilih untuk membayar premi dengan pembayaran kartu kredit atau cara pembayaran lainnya, **Kami** dapat terus mengumpulkan premi dengan metode tersebut untuk tahun **Polis** baru. Harap dicatat bahwa jika **Kami** tidak menerima Premi **Anda**, **Anda** tidak akan ditanggung. Jika **Polis** yang **Anda** ikuti tidak lagi tersedia, **Kami** akan melakukan yang terbaik untuk menawarkan Pertanggungan kepada **Anda** mengenai **Polis** alternatif.

## 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. 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 Apa yang Kami lakukan dengan data pribadi Anda

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

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

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

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

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

## 8. 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** 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 pertanggungjawaban **Anda** dan menyarankan **Pemegang polis** atau memperlakukan syarat-syarat pertanggungjawaban yang berbeda sesuai dengan syarat-syarat yang **Kami** akan berlakukan seandainya informasi tersebut disampaikan kepada **Kami** secara wajar sebelumnya. Syarat-syarat ini dapat meningkatkan premi **Polis** dan mengurangi klaim **Anda**.
- 8.1.2** **Anda** harus menulis surat dan memberitahu **Kami** jika **Anda** mengganti alamat atau pekerjaan **Anda**.
- 8.1.3** **Polis** ini hanya tersedia untuk orang yang tinggal di Indonesia. **Anda** harus memberitahu **Kami** jika **Anda** mengubah **Negara Tempat Tinggal** utama **Anda**. Jika **Anda** tidak memberitahu **Kami** maka **Kami** dapat menolak untuk membayar **Manfaat** yang diklaim.
- 8.1.4** Hanya **Kami** dan **Pemegang Polis** memiliki hak hukum berdasarkan **Polis** ini dan klausul atau syarat apapun dalam **Polis** ini tidak dimaksudkan harus diberlakukan, oleh orang lain termasuk anggota keluarga.
- 8.1.5** Jika **Pemegang Polis** meninggal dan terdapat lebih dari satu **Tertanggung** yang berumur 18 tahun atau lebih, maka **Polis** ini akan secara otomatis dialihkan kepada **Tertanggung** tertua sejak tanggal kematian, yang akan menjadi **Pemegang Polis**.
- 8.1.6** **Anda** harus membayar premi **Anda** saat jatuh tempo dan dalam mata uang **Polis Anda**. **Kami** akan memutuskan jumlahnya pada awal setiap tahun dan memberitahu **Anda** berapa jumlahnya. **Anda** dapat membayarnya dengan cara yang **Anda** telah sepakati dengan **Kami**. **Kami** dapat mengubah jumlah premi **Anda** selama setahun untuk mencerminkan perubahan pajak premi atau pajak lainnya tetapi **Kami** akan memberitahu **Anda** mengenai perubahan tersebut. Jika pembayaran premi **Anda** melampaui tanggal maka **Polis Anda** akan berakhir.
- 8.1.7** **Pemegang Polis** dapat membatalkan **Polis** ini dengan menghubungi **Kami** selama masa peninjauan polis 14 hari. Masa peninjauan polis 14 hari dimulai pada hari kontrak ditandatangani atau hari dimana syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan lengkap **Polis** diterima, yang mana yang lebih akhir. Masa peninjauan polis 14 hari juga berlaku sejak setiap **Tanggal Pembaharuan**.  
Jika **Polis** dibatalkan selama masa peninjauan polis 14 hari maka **Kami** akan mengembalikan setiap premi yang dibayarkan untuk **Polis** ini jika tidak ada klaim yang diajukan dalam **Polis** ini dan kartu kepesertaan **Penagihan Langsung Rawat Jalan** telah dikembalikan sehubungan dengan **Masa Pertanggung** sebelum pembatalan (pertanggungjawaban tidak lebih dari 14 hari). Jika **Anda** mengeluarkan biaya klaim yang **Memenuhi Syarat** dalam **Masa Pertanggung** itu **Kami** berhak untuk meminta **Pemegang Polis** untuk membayar layanan yang **Kami** telah benar-benar sediakan sehubungan dengan **Polis** sejauh diizinkan oleh hukum dan setiap pengembalian premi tunduk pada hal ini.  
Jika **Pemegang Polis** tidak membatalkan **Polis** selama masa pembatalan, maka **Polis** akan berlanjut berdasarkan syarat-syarat yang dijelaskan dalam buku panduan ini selama sisa **Masa Pertanggung**.  
**Kami** dapat membatalkan **Polis** untuk **Anda** (sebagai **Tertanggung**) dan **Tanggung** **Anda** dalam situasi berikut:
- Membuat pemahaman yang salah dengan menyimpan informasi yang berhubungan atau memberikan informasi yang salah kepada **Kami**
  - Membuat pemahaman yang salah dengan menyimpan klaim palsu atau tidak benar
  - Lalai dalam memberikan informasi yang wajar yang **Kami** telah minta
  - Lalai dalam membayar premi yang jatuh tempo
  - Jika **Anda** pindah ke Amerika Serikat, atau negara yang tidak ditanggung oleh **Polis** ini yang mungkin berubah-ubah dari waktu ke waktu, yang mana **Anda** akan diberi tahu

---

## 8.2 Hak dan tanggung jawab Kami

- 8.2.1** Kami akan memberitahu **Pemegang Polis** secara tertulis tanggal dimulainya **Polis** dan setiap syarat-syarat khusus yang berlaku untuk itu. Kami dapat menolak untuk memberikan pertanggungjawaban dan akan memberitahu **Pemegang Polis** jika Kami melakukannya.
- 8.2.2** Jika untuk alasan apapun terjadi pelanggaran dalam pertanggungjawaban **Anda**, Kami dapat memulihkan pertanggungjawaban jika premi selanjutnya dibayar, meskipun syarat-syarat pertanggungjawaban dapat tunduk pada perubahan. Setiap diterimanya syarat-syarat tersebut oleh Kami tunduk pada persetujuan tertulis dari Kami dan diterimanya syarat-syarat tersebut oleh **Pemegang Polis**.
- 8.2.3** Kami dapat menolak untuk menambahkan anggota keluarga pada **Polis** dan Kami akan memberitahu **Pemegang Polis** jika Kami melakukannya.
- 8.2.4** Kami akan membayar biaya yang **Memenuhi Syarat** yang dikeluarkan selama periode yang preminya telah dibayar.
- 8.2.5** Jika **Anda** melanggar salah satu syarat dari **Polis** yang Kami anggap cukup mendasar, Kami dapat (tunduk pada 8.2.7) melakukan satu atau beberapa hal berikut:
- Menolak untuk melakukan pembayaran **Manfaat**, atau jika Kami telah membayar **Manfaat**, Kami dapat meminta penggantian dari **Anda** atau **Pemegang Polis** atas kerugian bagi Kami yang disebabkan oleh pelanggaran tersebut
  - Menolak untuk memperbaharui **Polis Anda**
  - Membebaskan syarat-syarat yang berbeda terhadap setiap pertanggungjawaban yang Kami siap untuk sediakan
  - Mengakhiri **Polis Anda** dan semua pertanggungjawaban di bawahnya segera
- 8.2.6** Pengabaian oleh Kami atas setiap pelanggaran terhadap syarat atau ketentuan **Polis** ini tidak akan menghalangi pelaksanaan syarat dan ketentuan itu dan tidak akan dianggap sebagai pengabaian atas pelanggaran berikutnya.
- 8.2.7** Jika **Anda** (atau siapa pun yang bertindak atas nama **Anda**) mengajukan klaim berdasarkan **Polis Anda** dengan mengetahui bahwa klaim tersebut palsu atau tidak benar, (yaitu **Anda** membuat pemahaman yang salah) Kami dapat menolak untuk melakukan pembayaran **Manfaat** untuk klaim itu dan dapat menyatakan **Manfaat Anda** batal, seolah-olah itu tidak pernah ada. Jika Kami telah membayar **Manfaat** tersebut maka Kami dapat meminta penggantian uang sejumlah itu dari **Anda** 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**, **Tanggungjawaban Anda** atau orang lain yang disebutkan dalam **Sertifikat Asuransi** tanpa persetujuan tertulis sebelumnya dari Kami.
- 8.2.9** Kami dapat mengubah istilah dalam buku panduan atau **Ikhtisar Manfaat** dari waktu ke waktu, tetapi perubahan tidak akan berlaku sampai **Tanggal Pembaharuan** tahunan berikutnya. Kami akan memberitahukan perubahan tersebut kepada **Anda** secara tertulis dengan mengirimkan rincian tersebut ke rincian kontak utama yang Kami miliki untuk **Anda**. Kami berhak untuk merevisi atau menghentikan **Polis** yang berlaku sejak setiap **Tanggal Pembaharuan**. Tidak ada perbedaan atau perubahan yang akan diakui kecuali dibuat secara tertulis dan ditandatangani atas nama Kami oleh seorang karyawan yang berwenang.
- 8.2.10** **Polis** ini ditulis dalam bahasa Inggris dan Indonesia dan semua informasi lainnya dan komunikasi dengan **Anda** yang berkaitan dengan **Polis** ini juga akan dilakukan dalam bahasa Inggris dan bahasa Indonesia kecuali Kami telah menyetujui yang lain secara tertulis.



### 8.2.11 Pengakhiran

Sekalipun demikian **Kami** dapat membatalkan **Polis 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** ini
- Menyetujui setiap upaya oleh pihak ketiga untuk mendapatkan keuntungan berupa uang yang tidak wajar yang merugikan **Kami**
- Lalai dalam mematuhi syarat dan ketentuan **Polis** ini atau lalai dalam bertindak dengan itikad baik sepenuhnya. Jika **Pemegang Polis** membatalkan **Polis** setiap saat selain sesudah **Tanggal Pembaharuan**, maka tidak akan ada pengembalian premi

### 8.2.12 Syarat Tangguh atau Pra-syarat Dalam Polis Kondisi Acuan Polis

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

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

### 8.2.13 Jaminan Pembayaran Sebelum Pertanggungangan

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

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

---

#### 8.2.14 Pembatasan Sanksi Dan Klausul Pengecualian

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

#### 8.2.15 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.

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

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

## 9. 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 tandaangapan apapun dari **Tertanggung**, maka Penanggung akan menganggap bahwa **Tertanggung** telah menyetujui perubahan tersebut.

### 9.3 Pengesampingan

Dengan ini dinyatakan bahwa dalam hal **Tertanggung** atau Penanggung menghentikan pertanggunganan ini, maka kedua belah pihak setuju untuk mengesampingkan Pasal 1266 dan 1267 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia dan penghentian pertanggunganan 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.



# Everything you need to know about your SimpleCare plan

Effective 1 April 2024

## Introduction

---

Thank you for choosing Us to provide **Your SimpleCare Plan**.

**We** have designed SimpleCare to provide vital health protection in **Your** chosen **Area of Cover** with access to top-end healthcare. At the heart of this is **Our** commitment to make SimpleCare easy to understand and use. Please read this handbook carefully to ensure that **You** are completely satisfied that the cover provided under **Your** chosen **Plan** meets **Your** needs.

### How to use this handbook

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

Inside **You** will find details of:

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

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

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

### Our service for You

When **You** need to use **Your SimpleCare 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 **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.

---

## Contacting Us

All the important information about **Your 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 [CustomerService@now-health.com](mailto:CustomerService@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](http://www.now-health.com) or contact **Us** via email at [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@now-health.com).

# Contents

---

- 1. Definitions . . . . . 56
- 2. Manage **Your Plan** online . . . . . 62
- 3. How to claim . . . . . 63
- Product Information**
- 4. **Benefits:** What is covered? . . . . . 68
- Key Product Provisions**
- 5. Exclusions: What is not covered?.. . . . 87
- 6. **Plan** administration . . . . . 92
- 7. Dispute resolution . . . . . 95
- 8. Rights and responsibilities . . . . . 97
- 9. Provision of compulsory standard agreement . . . . . 101

# 1. Definitions

---

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

|   |  |
|---|--|
| <b>Accident</b>   | A sudden, unexpected, unforeseen and involuntary external event resulting in identifiable physical injury occurring to an <b>Insured Person</b> while <b>Your Plan</b> is in force.  |
| <b>Acute Condition</b>  | A disease, illness or injury that is likely to respond quickly to <b>Treatment</b> which aims to return <b>You</b> to the state of health <b>You</b> were in immediately before suffering the disease, illness or injury, or which leads to <b>Your</b> full recovery.   |
| <b>Act of Terrorism</b>   | Any clandestine use of violence by an individual terrorist or a terrorist group to coerce or intimidate the civilian population to achieve a political, military, social or religious goal.  |
| <b>Agreement</b>  | An agreement <b>We</b> have with each of the <b>Hospitals, Day-Patient</b> units and scanning centres listed in the <b>SimpleCare Provider Network</b> .   |
| <b>Alternative Therapies</b>  | Refers to therapeutic and diagnostic <b>Treatment</b> that exists outside the institutions where conventional medicine is taught. Such medicine includes Chinese medicine, chiropractic <b>Treatment</b> , Ayurvedic medicine, osteopathy, dietician, homeopathy and acupuncture as practiced by approved therapists.  |
| <b>Apicoectomy</b>  | Is a dental surgery performed to remove the root tip and the surrounding infected tissue of an abscessed tooth, when inflammation or infection persists in the bony area around the end of a tooth after a root canal procedure. Apicoectomy is done to treat the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fractured tooth root</li> <li>• A severely curved tooth root</li> <li>• Teeth with caps or posts</li> <li>• Cyst or infection which is untreatable with root canal therapy</li> <li>• Root perforations</li> <li>• Recurrent pain and infection</li> <li>• Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays</li> <li>• Calcification</li> <li>• Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery</li> </ul> |
| <b>Area of Cover:<br/>South East Asia<br/>(Excluding Singapore)</b> | The default area of cover under this <b>Plan</b> .<br><b>We</b> will pay for <b>Eligible</b> Claims incurred within South East Asia (excluding Singapore).<br><br>South East Asia shall mean:<br>Burma/Myanmar, Brunei, Cambodia, Christmas Island, Cocos Island, East Timor, Indonesia, Laos, Malaysia, Philippines, Thailand and Vietnam.  |
| <b>Area of Cover:<br/>Worldwide Excluding USA</b>                   | A geographical area option that extends to provide worldwide cover but excluding any elective <b>Treatment</b> in the USA.   |
| <b>Benefits</b>   | Insurance cover provided by this <b>Plan</b> and any extensions or restrictions shown in the <b>Certificate of Insurance</b> or in any endorsements (if applicable) and subject always to <b>Us</b> having received the premium due.   |
| <b>Benefit Schedule</b>   | The table of <b>Benefits</b> applicable to this <b>Plan</b> showing the maximum <b>Benefits We</b> will pay.   |
| <b>Cancer</b>   | A malignant tumour, tissues or cells, characterised by the uncontrolled growth and spread of malignant cells and invasion of tissue.   |



---

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Certificate of Insurance</b> | The certificate giving details of the <b>Planholder</b> , the <b>Insured Persons</b> , the <b>Period of Cover</b> , the <b>Underwriters</b> , the <b>Entry Date</b> , the level of cover and any endorsements that may apply.  |
| <b>Congenital Disorder</b>      | A <b>Medical Condition</b> that is present at birth or is believed to have been present since birth, whether it is inherited or caused by environmental factors.   |
| <b>Co-Insurance</b>             | Is the uninsured percentage of the costs, which the <b>Insured Person</b> must pay towards the cost of a claim.  |
| <b>Country of Nationality</b>   | The country for which <b>You</b> hold a passport.  |
| <b>Country of Residence</b>     | The country in which <b>You</b> habitually reside (usually for a period of no less than six months per <b>Period of Cover</b> ) at the <b>Plan Start Date</b> or <b>Entry Date</b> or at each subsequent <b>Renewal Date</b> .   |
| <b>Chronic Condition</b>        | A disease, illness or injury which has at least one of the following characteristics: <ul style="list-style-type: none"> <li>• It needs ongoing or long-term monitoring through consultations, examination, check-ups, <b>Drugs and Dressings</b> and/or tests</li> <li>• It needs ongoing or long-term control or relief of symptoms</li> <li>• It requires <b>Your Rehabilitation</b> or for <b>You</b> to be specially trained to cope with it</li> <li>• It continues indefinitely</li> <li>• It has no known cure</li> <li>• It comes back or is likely to come back</li> </ul> |
| <b>Day-Patient</b>              | A patient who is admitted to a <b>Hospital</b> or <b>Day-Patient</b> unit because they need a period of medically supervised recovery but does not occupy a bed overnight.   |
| <b>Deductible</b>               | An uninsured amount payable by an <b>Insured Person</b> in respect of <b>In-Patient, Day-Patient</b> and <b>Out-Patient</b> expenses incurred before any <b>Benefits</b> are paid under the <b>Plan</b> , as specified in <b>Your Certificate of Insurance</b> . The <b>Plan Deductible</b> applies per <b>Insured Person</b> , per <b>Period of Cover</b> .   |
| <b>Dental Practitioner</b>      | A person who is legally licensed to carry out this profession by the relevant licensing authority to practise dentistry in the country where the dental <b>Treatment</b> is given.   |
| <b>Dependants</b>               | One spouse or adult partner and/or unmarried children who are not more than 18 years old and residing with <b>You</b> , or up to 28 years old if in full-time education (written proof may be required from the educational institute where they are enrolled), at the <b>Start Date</b> or any subsequent <b>Renewal Date</b> . The term partner shall mean husband, wife, civil partner or the person permanently living with <b>You</b> in a similar relationship. All dependants must be named as <b>Insured Persons</b> in the <b>Certificate of Insurance</b> .                |
| <b>Diagnostic Tests</b>         | Investigations, such as x-rays or blood tests, to find or to help to find the cause of <b>Your</b> symptoms.   |
| <b>Drugs and Dressings</b>      | Essential prescription drugs, dressings and medicines administered by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> needed to relieve or cure a <b>Medical Condition</b> .  |
| <b>Eligible</b>                 | Those <b>Treatments</b> and charges, which are covered by <b>Your Plan</b> . In order to determine whether a <b>Treatment</b> or charge is covered, all sections of <b>Your Plan</b> should be read together, and are subject to all the terms (including payment of premium due), <b>Benefits</b> and exclusions set out in this <b>Plan</b> .  |

---

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

---

|   |  |
|---|--|
| <b>Medically Necessary</b>              | <b>Treatment</b> , which in the opinion of a qualified <b>Medical Practitioner</b> is appropriate and consistent with the diagnosis and which in accordance with generally accepted medical standards could not have been omitted without adversely affecting the <b>Insured Person's</b> condition or the quality of medical care rendered. Such <b>Treatment</b> must be required for reasons other than the comfort or convenience of the patient or <b>Medical Practitioner</b> and provided only for an appropriate duration of time. As used in this definition, the term "appropriate" shall mean taking patient safety and cost effectiveness into consideration. When specifically applied to <b>In-Patient Treatment</b> , medically necessary also means that diagnosis cannot be made, or <b>Treatment</b> cannot be safely and effectively provided on an <b>Out-Patient</b> basis. |
| <b>New Born</b>                         | A baby who is within the first 16 weeks of its life following birth.   |
| <b>Out-Patient</b>                      | A patient who attends a <b>Hospital</b> , consulting room, telemedicine appointment, or out-patient clinic and is not admitted as a <b>Day-Patient</b> or an <b>In-Patient</b> .   |
| <b>Period of Cover</b>                  | The period of cover set out in the <b>Certificate of Insurance</b> . This will be a 12-month period starting from the <b>Start Date</b> or any subsequent <b>Renewal Date</b> as applicable.   |
| <b>Physiotherapist</b>                  | A practising physiotherapist who is registered and licensed to practise in the country where <b>Treatment</b> is provided.   |
| <b>Pre-Authorisation</b>                | A process whereby an <b>Insured Person</b> seeks approval from <b>Us</b> prior to undertaking any <b>Treatment</b> or incurring costs. Please refer to section 4.2 for details.  |
| <b>Plan</b>                             | The contract between <b>You</b> and <b>Us</b> which set out terms and conditions of the cover provided. The full terms and conditions consist of the application form, <b>Certificate of Insurance</b> , <b>Benefit Schedule</b> and this members' handbook.   |
| <b>Planholder</b>                       | The person or company named as planholder in the <b>Certificate of Insurance</b> .   |
| <b>Pregnancy</b>                        | Refers to the period of time from the date of the first diagnosis until delivery.  |
| <b>Primary Health Insurance</b>         | If <b>You</b> have more than one health insurance policy, this is the health insurance policy that pays claims first.  |
| <b>Primary Health</b>                   | The insurer of the <b>Primary Health Insurance Plan</b> .  |
| <b>Private Room</b>                     | Single occupancy accommodation in a private <b>Hospital</b> . Deluxe, executive rooms and VIP suites are not covered.  |
| <b>Qualified Nurse</b>                  | A nurse whose name is currently on any register or roll of nurses, maintained by any Statutory Nursing Registration Body within the country where <b>Treatment</b> is provided.  |
| <b>Reasonable and Customary Charges</b> | The standard fee that would typically be made in respect of <b>Your Treatment</b> costs, in the country <b>You</b> received <b>Treatment</b> . <b>We</b> may require such fees to be substantiated by an independent third party, such as a practising Surgeon/Physician/ <b>Specialist</b> , government health department or medical providers within the <b>SimpleCare Provider Network</b> .  |
| <b>Rehabilitation</b>                   | <b>Medically Necessary Treatment</b> aimed at restoring independent activities of daily living and the normal form and/or function of an <b>Insured Person</b> following a <b>Medical Condition</b> .  |

---

|   |   |
|---|---|
| <b>Renewal Date</b>                       | The anniversary of the <b>Start Date</b> of the <b>Plan</b> .   |
| <b>Secondary Health Insurance</b>         | <p>If <b>You</b> have more than one health insurance policy, <b>Secondary Health Insurance</b> is the payer that pays claim after the <b>Primary Health Insurance</b> has paid its portion.</p> <p>If <b>You</b> have more than one health insurance policy, this <b>Plan</b> will be the health insurance policy that pays last.</p> <p>If <b>You</b> buy this <b>Plan</b> as a <b>Secondary Health Insurance Plan</b>, <b>We</b> will only pay a claim if:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- the claim was submitted to the <b>Primary Health Insurer</b> but the claim was not paid / fully settled due to ineligibility or the <b>Benefit</b> limits have been exhausted under the <b>Primary Health Insurance</b> contract, and</li> <li>- the unpaid claim amount is considered as <b>Eligible</b> claim under this <b>Plan</b>.</li> </ul> <p><b>You</b> will need to provide a copy of the <b>Certificate of Insurance</b> of <b>Your Primary Health Insurance</b> when <b>You</b> apply for this <b>Plan</b>.</p> <p>In any case, <b>We</b> will only pay the remaining balance of an <b>Eligible</b> claim amount that was not settled by the <b>Primary Health Insurance</b>.</p> |
| <b>Semi-Private Room</b>                  | Dual occupancy accommodation in a private <b>Hospital</b> . Deluxe, executive rooms and VIP suites are not covered.   |
| <b>SimpleCare Comprehensive Network</b>   | <b>Our</b> list of medical providers that is available to <b>You</b> if <b>You</b> have extended <b>Your</b> geographical area of cover to Worldwide Excluding USA.   |
| <b>SimpleCare Provider Network</b>        | <b>Our</b> lists of medical providers where <b>We</b> have a <b>Direct Billing</b> Agreement.   |
| <b>SimpleCare South East Asia Network</b> | <b>Our</b> list of medical providers that is available to <b>You</b> .  |
| <b>Specialist</b>                         | A surgeon, anaesthetist or physician who has attained primary degrees in medicine or surgery following attendance at a <b>WHO</b> -recognised medical school and who is licensed to practise medicine by the relevant authority in the country where the <b>Treatment</b> is given, and is recognised as having a specialised qualification in the field of, or expertise in, the <b>Treatment</b> of the disease, illness or injury being treated. By "recognised medical school" <b>We</b> mean a medical school which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the <b>WHO</b> .  |
| <b>Start Date</b>                         | The start date shown on <b>Your Certificate of Insurance</b> . <b>We</b> must have received premium payment in order for <b>Your</b> contract to start.   |
| <b>Surgical Procedure</b>                 | An operation requiring the incision of tissue or other invasive surgical intervention.  |
| <b>Terminal</b>                           | Refers to the stage where <b>Treatment</b> can no longer be expected to cure the condition with death anticipated within 12 months.   |
| <b>Treatment</b>                          | Surgical or medical services (including <b>Diagnostic Tests</b> ) that are needed to diagnose, relieve or cure a <b>Medical Condition</b> .   |
| <b>Underwriters</b>                       | Those insurance companies named as underwriters in the <b>Certificate of Insurance</b> . PT Sampo Insurance Indonesia is the underwriter.   |
| <b>Vaccinations</b>                       | Refers to all basic immunisations and booster injections required under regulation of the country in which <b>Treatment</b> is being given, any <b>Medically Necessary</b> travel vaccinations and malaria prophylaxis.   |

---

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Waiting Period</b> | Is a period of time starting on <b>Your Plan Start Date</b> (or <b>Entry Date</b> if <b>You</b> are a <b>Dependant</b> ), during which <b>You</b> are not entitled to cover for particular <b>Benefits</b> . <b>Your Benefit Schedule</b> will indicate which <b>Benefits</b> are subject to waiting periods. |
| <b>We/Our/Us</b>      | PT Sampo Insurance Indonesia  |
| <b>WHO</b>            | The World Health Organisation.  |

## 2. Manage your plan online

---

### A guide to the secure online portfolio area

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



## 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](http://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** or **Co-Insurance** 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.

**Out-Patient Direct Billing** is **not** available for Psychiatry, Alternative Medicine, Hormone replacement therapy and Vitamins and Minerals in addition to dental, maternity and wellness, optical and **Vaccinations Benefits** unless it is specified on **Your** membership card.

## 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

Five working days before **You** are admitted (or whenever possible), contact **Our** customer service team at [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@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](http://www.now-health.com).

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

### Step 4

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



### 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 [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@now-health.com). This service is available 24 hours a day, 365 days a year.

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

#### Step 2

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

#### Step 3

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

#### Step 4

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

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

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

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

#### Step 5

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

#### Important notes:

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

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

### 3.4 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 **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.

---

### 3.8 You have a Deductible and/or Co-Insurance on Your Plan

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

A **Deductible** or **Co-Insurance** is the amount **You** pay towards the cost of a claim for any **Insured Person** on **Your 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.

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** is greater than the **Benefits You** are claiming so **We** can administer **Your Plan** correctly. When **You** make a claim, **We** will reduce the amount **We** pay **You** until the **Deductible** 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 **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.

### 3.10 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, subject to local currency and/or international restrictions/regulations and our partners bank's transacting capabilities.

## 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 **Plan** is not intended to cover all eventualities.

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

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

#### 4.1 Summary of 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 **You** choose to upgrade your geographical area of cover to Worldwide Excluding USA.

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

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>SimpleCare CORE</b>                | Cover for <b>In-Patient</b> and <b>Day-Patient Treatment</b> , and various <b>Deductible</b> options to lower <b>Your</b> premiums, if <b>You</b> want to cover high cost/low frequency major medical events only. |
| <b>SimpleCare 100</b>                 | As with SimpleCare CORE and generally higher <b>Plan</b> limits, and limited cover for <b>Out-Patient Treatment</b> .  |
| <b>SimpleCare 250</b>                 | As with SimpleCare 100, but with higher <b>Out-Patient Benefit</b> limits, and cover for dental.   |
| <b>Your choice of Plan Deductible</b> | The <b>Plan Deductible</b> applies to <b>In-Patient</b> , <b>Day-Patient</b> and <b>Out-Patient Treatment</b> and is per <b>Insured Person</b> , per <b>Period of Cover</b> .                                      |

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

#### 4.2 Pre-Authorisation

**Pre-Authorisation** is mandatory for all **In-Patient**, **Day-Patient Treatment** and **Diagnostic Procedures (Benefit 2)** under this **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 [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@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 [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@now-health.com) as soon as possible and prior to discharge.

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

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.








---

### 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 **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 **Plan** limit or Annual **Out-Patient** Limit, after any deduction of any **Deductible** or **Co-Insurance** or similar condition, if **Reasonable and Customary Charges** for **Medically Necessary Treatment** are incurred.

### 4.3.1 SimpleCare CORE


| Benefit  | SimpleCare CORE  |
|--|--|
| <b>Annual Maximum Plan Limit</b><br>24/7 helpline and assistance services available on all Plans   | USD 1,000,000  |
| <b>Geographical Area Default</b>   |  |
| <b>Area of Cover: South East Asia (excluding Singapore)</b>  | Default Network:<br><b>SimpleCare South East Asia Network</b>  |
| <b>1. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</b><br><br>(i) Charges for <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Treatment</b> made by a <b>Hospital</b> including charges for accommodation (ward/semi-private or private); <b>Diagnostic Tests</b> ; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a <b>Qualified Nurse; Drugs and Dressings</b> prescribed by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> ; and surgical appliances used by the <b>Medical Practitioner</b> during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> and includes charges for intensive care.<br><br>(ii) Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an <b>Eligible Medical Condition</b> which required <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Hospital Treatment</b> . | (i)  Full refund<br><br>(ii)  Up to USD 1,500 per <b>Medical Condition</b>  |
| <b>2. Diagnostic Procedures:</b><br><br><b>Medically Necessary</b> diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans.   | <b>Pre-Authorisation for PET, MRI, CT</b> <br><br>Full refund for <b>In-Patient</b> pre and post-operative scans  |
| <b>3. Renal Failure and Renal Dialysis:</b><br><br>(i) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on an <b>In-Patient</b> basis.<br><br>(ii) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on a <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> basis.   | (i)  <b>In-Patient</b> pre and post-operative care up to six weeks full refund per <b>Period of Cover</b><br><br>(ii)  Up to USD 50,000 per <b>Period of Cover</b> |
| <b>4. Organ Transplant:</b><br><br><b>Treatment</b> for and in relation to a human organ transplant of kidney, pancreas, liver, heart, lung, bone marrow, cornea, or heart and lung, in respect of the <b>Insured Person</b> as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under <b>Benefit 7 - Congenital Disorder</b> but excluded from <b>Benefit 4 – Organ Transplant</b> .<br><br><b>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.</b><br><br><b>Medical costs associated with the donor and the cost of the donor organ search are excluded from this Benefit.</b>   |  Up to USD 100,000 per <b>Period of Cover</b>   |
| <b>5. Cancer Treatment:</b><br><br><b>Treatment</b> given for <b>Cancer</b> received as an <b>In-Patient, Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> . Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.  |  Full refund  |

| Benefit  | SimpleCare CORE  |
|--|--|
| <p><b>6. New Born Cover:</b></p> <p><b>In-Patient Treatment</b> of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an <b>Acute Condition</b> being suffered by a <b>New Born</b> baby of an <b>Insured Person</b> which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the <b>New Born</b> baby is added to the <b>Plan</b> within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.</p> <p>In circumstances where <b>We</b> require details of the <b>New Born</b> baby's medical history before the baby is being added to the <b>Plan</b>, <b>We</b> reserve the right to apply particular restrictions to the cover <b>We</b> will offer. Please refer to Section 6.5 - Adding <b>New Born</b> of this Members Handbook for details.</p>   | <p style="text-align: right;"> Up to USD 25,000 per <b>Period of Cover</b></p>  |
| <p><b>7. Congenital Disorder:</b></p> <p><b>In-Patient Treatment</b> for a <b>Congenital Disorder</b>. In circumstances where a <b>Congenital Disorder</b> manifests itself in a <b>New Born</b> baby within 30 days of birth, cover for such <b>Medical Conditions</b> will be provided under <b>Benefit 6 - New Born</b> Cover but excluded from <b>Benefit 7 - Congenital Disorders</b>.</p>  | <p style="text-align: right;"> Up to USD 25,000 per <b>Period of Cover</b></p>  |
| <p><b>8. Parent Accommodation:</b></p> <p>The cost of one parent staying in <b>Hospital</b> overnight with an <b>Insured Person</b> under 18 years old while the child is admitted as an <b>In-Patient</b> for <b>Eligible Treatment</b>.</p>  | <p style="text-align: right;"> Full refund</p>  |
| <p><b>9. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</b></p> <p><b>Hospital Accommodation</b> costs relating to a <b>New Born</b> baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an <b>Insured Person</b>) while she is receiving <b>Eligible Treatment</b> as an <b>In-Patient</b> in a <b>Hospital</b>.</p>   | <p style="text-align: right;"> Full refund</p>  |
| <p><b>10. Reconstructive Surgery:</b></p> <p>Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an <b>Accident</b> or following a <b>Surgical Procedure</b> for an <b>Eligible Medical Condition</b>, which occurred after an <b>Insured Person's Entry Date</b> or <b>Start Date</b> whichever is later.</p>   | <p style="text-align: right;"> Full refund</p>  |
| <p><b>11. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</b></p> <p><b>Treatment</b> costs for a <b>Surgical Procedure</b> performed in a surgery, <b>Hospital</b>, day-care facility or <b>Out-Patient</b> department.</p>   | <p style="text-align: right;"> Full refund</p>  |
| <p><b>12. In-Patient Emergency Dental Treatment:</b></p> <p>This means <b>Emergency</b> restorative dental <b>Treatment</b> required to sound, natural teeth following an <b>Accident</b> which necessitates <b>Your</b> admission to <b>Hospital</b> for at least one night. The dental <b>Treatment</b> must be received within 10 days of the <b>Accident</b>. This <b>Benefit</b> covers all costs incurred for <b>Treatment</b> made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the <b>Treatment</b> involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture, <b>We</b> will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality</li> <li>• If implants are clinically needed <b>We</b> will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead</li> <li>• Damage to dentures providing they were being worn at the time of the injury</li> </ul> | <p style="text-align: right;"> Full refund</p>  |
| <p><b>13. Rehabilitation:</b></p> <p>When referred by a <b>Specialist</b> as an integral part of <b>Treatment</b> for a <b>Medical Condition</b> necessitating admission to a recognised <b>Rehabilitation</b> unit of a <b>Hospital</b>. Where the <b>Insured Person</b> was confined to a <b>Hospital</b> as an <b>In-Patient</b> for at least three consecutive days, and where a <b>Specialist</b> confirms in writing that <b>Rehabilitation</b> is required. Admission to a <b>Rehabilitation</b> unit must be made within 14 days of discharge from <b>Hospital</b>. Such <b>Treatment</b> should be under the direct supervision and control of a <b>Specialist</b> and would cover:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(i) Use of special <b>Treatment</b> rooms</li> <li>(ii) Physical therapy fees</li> <li>(iii) Speech therapy fees</li> <li>(iv) Occupational therapy fees</li> </ol>  | <p style="text-align: right;"> Full refund for <b>Eligible In-Patient Treatment</b> only up to 30 days per <b>Medical Condition</b></p> |
| <p><b>14. Nursing Care at Home:</b></p> <p>Care given by <b>Qualified Nurse</b> in the <b>Insured Person's</b> own home, which is immediately received subsequent to <b>Treatment</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> on the recommendation of a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>   | <p style="text-align: right;"> Not covered</p>  |

| Benefit   | SimpleCare CORE  |
|---|--|
| <p><b>15. Emergency Ambulance Transportation:</b></p> <p><i>Emergency road ambulance transport costs to or between <b>Hospitals</b>, or when considered <b>Medically Necessary</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</i></p>   | <p style="text-align: center;"><br/>Full refund</p>   |
| <p><b>16. Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p><i>Arrangements will be made to move an <b>Insured Person</b> who has a critical, life-threatening <b>Eligible Medical Condition</b> to the nearest medical facility for the purpose of admission to <b>Hospital</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b>.</i></p> <p><i>Reasonable expenses for:</i></p> <p>(i) <i>Transportation costs of an <b>Insured Person</b> in the event of <b>Emergency Treatment</b> and <b>Medically Necessary</b> transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</i></p> <p>(ii) <i>Reasonable local travel costs to and from medical appointments when <b>Treatment</b> is being received as a <b>Day-Patient</b>.</i></p> <p>(iii) <i>Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the <b>Hospital</b> to visit the <b>Insured Person</b> following admission as an <b>In-Patient</b>.</i></p> <p>(iv) <i>Reasonable costs for non-<b>Hospital Accommodation</b> only for immediate pre and post-<b>Hospital</b> admission periods provided that the <b>Insured Person</b> is under the care of a <b>Specialist</b>.</i></p> <p><i>Costs of <b>Evacuation</b> do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.</i></p> <p><i><b>Our</b> medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the <b>Evacuation</b> and this <b>Benefit</b> will not cover travel if it is against the advice of <b>Our</b> medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the <b>Eligible Medical Condition</b>.</i></p> <p><b>Repatriation</b></p> <p><i>An economy class airfare ticket to return the <b>Insured Person</b> and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of <b>Treatment</b> or the <b>Insured Person's</b> principal <b>Country of Nationality</b> or principal <b>Country of Residence</b>, as long as the journey is made within one month of completion of <b>Treatment</b>.</i></p> <p><i>You are <b>Eligible</b> for <b>Medically Necessary Repatriation</b> costs only if there was an initial <b>Evacuation</b> that has taken place.</i></p> <p><i><b>Deductible</b> would apply to <b>Medically Necessary Treatment</b> required under this <b>Benefit</b>.</i></p> | <p style="text-align: center;">Combined limit<br/>up to USD 100,000</p> <p>(i) <br/>Full refund</p> <p>(ii) <br/>Full refund</p> <p>(iii) <br/>Full refund</p> <p>(iv) <br/>Up to USD 200<br/>per day<br/>Up to USD 7,500<br/>per person,<br/>per <b>Evacuation</b></p> <p style="text-align: center;"><br/>Full refund</p> |
| <p><b>17. Mortal Remains:</b></p> <p><i>In the event of death from an <b>Eligible Medical Condition</b>, <b>Reasonable and Customary Charges</b> for:</i></p> <p>(i) <i>Costs of transportation of body or ashes of an <b>Insured Person</b> to his/her <b>Country of Nationality</b> or <b>Country of Residence</b>,<br/>or</i></p> <p>(ii) <i>Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</i></p>   | <p style="text-align: center;"><b>Pre-Authorisation</b> </p> <p>(i) <br/>Full refund</p> <p>(ii) <br/>Up to USD 10,000</p>  |
| <p><b>18. Emergency Non-Elective Treatment outside Area of Cover:</b></p> <p><i>For planned trips up to 30 days of duration. <b>Treatment</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> starting within 24 hours of the <b>Emergency</b> event, required as a result of an <b>Accident</b> or the sudden beginning of a severe illness resulting in a <b>Medical Condition</b> that presents an immediate threat to the <b>Insured Person's</b> health.</i></p>   | <p style="text-align: center;"><br/><b>Accident:</b> Full refund<br/>for <b>Accident</b> requiring<br/><b>In-Patient</b> and<br/><b>Day-Patient</b> care</p> <p style="text-align: center;"><br/><b>Illness:</b> <b>In-Patient</b><br/>and <b>Day-Patient</b> care<br/>up to USD 25,000<br/>per <b>Period of Cover</b></p>   |











| Benefit  | SimpleCare CORE   |
|--|---|
| <p><b>19. Hospital Cash Benefit:</b></p> <p><i>This <b>Benefit</b> is payable for each night an <b>Insured Person</b> receives <b>In-Patient Treatment</b> and only if:</i></p> <p><i>(i) the <b>Insured Person</b> is admitted for an elective <b>In-Patient Treatment</b> before midnight, and the <b>Treatment</b> is received within the public hospitals of the <b>Insured Persons' Country of Residence</b>; or</i></p> <p><i>(ii) this <b>Plan</b> being the <b>Secondary Health Insurance Plan</b>. However, if <b>You</b> have a <b>USD 10,000</b> or <b>USD 15,000 Deductible Plan</b>, <b>You</b> are not <b>Eligible</b> for this <b>Benefit</b>.</i></p> <p><i>Cover under this <b>Benefit</b> is limited to a maximum of 30 nights per <b>Period of Cover</b>.</i></p> <p><i>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.9 does not apply.</i></p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">USD 125<br/>per night</p>   |
| <p><b>20. Out-Patient Charges:</b></p> <p><i>(i) <b>Medical Practitioner</b> fees including consultations; <b>Specialist</b> fees; <b>Diagnostic Tests</b>.</i></p> <p><i>(ii) Teleconsultation (Virtual Doctor appointments via electronic means).<br/>Costs associated with <b>Eligible Treatment</b> will be paid in full where <b>Treatment</b> is received from <b>Medical Providers</b> listed in the <b>Now Health International Provider Network</b>. <b>Treatment</b> that is not received in the <b>Now Health International Provider Network</b> will pay Reasonable &amp; Customary charges.<br/>No <b>Out-Patient Co-Insurance</b> or <b>Out Patient visit Excess</b> is applicable.</i></p> <p><i>(iii) prescribed <b>Drugs and Dressings</b>.</i></p> <p><i>(iv) <b>Vitamins and Minerals</b>:<br/>Vitamins and Minerals as prescribed by a <b>Medical Practitioner</b>. Vitamins prescribed for a diagnosed deficiency will be paid as per the <b>Out-Patient Benefit</b>.<br/>Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this <b>Benefit</b>.</i></p> | <p><i>(i) and (ii)</i></p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Pre-operative consultation within 15 days from the admission and post hospitalisation consultation within 30 days following discharge from <b>Hospital</b><br/>Up to maximum <b>USD 750 per Medical Condition per Period of Cover</b></p> <p><i>(iii)</i> ▶<br/>Not covered</p> <p><i>(iv)</i> ▶<br/>Not covered</p> |
| <p><b>21. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies</b></p> <p><i>(i) Physiotherapy by a Registered <b>Physiotherapist</b>.</i></p> <p><i>(ii) Complementary medicine and <b>Treatment</b> by a therapist. This <b>Benefit</b> extends to osteopaths, chiropodists and podiatrists, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture <b>Treatment</b>.</i></p> <p><i>(iii) <b>Out-Patient Treatment</b> for therapies administered by a recognised traditional Chinese <b>Medical Practitioner</b> or an <b>Ayurvedic Medical Practitioner</b>.<br/><b>You</b> may choose 5 sessions for any combination of <b>Benefits</b> in aggregate in a given <b>Period of Cover</b> for <b>Benefits</b> (i) and (ii) excluding dietician without the need of referral; any subsequent sessions need to be referred by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</i></p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Not covered</p>   |
| <p><b>22. Menopause Hormone Replacement Therapy:</b></p> <p><i>The cost of <b>Hormone Replacement Therapy</b> when required to alleviate the symptoms of the early onset of menopause where onset and <b>Treatment</b> commence below the age of 40 years.</i></p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Not covered</p>   |
| <p><b>23. Out-Patient Psychiatric Illness:</b></p> <p><i><b>Out-Patient Treatment</b> administered by a Registered <b>Psychologist</b> and/or a Registered <b>Psychiatrist</b>, subject to 10 sessions and the cost limit under this section. For the first 5 sessions <b>You</b> may choose to visit a Registered <b>Psychologist</b> directly without the need for referral. However, any subsequent sessions with a Registered <b>Psychologist</b> will require referral and a <b>Treatment Plan</b> with a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</i></p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Not covered</p>   |

| Benefit  | SimpleCare CORE  |
|--|--|
| <p><b>24. Dental Care</b></p> <p><i>Fees of a registered <b>Dental Practitioner</b> carrying out dental <b>Treatment</b> in a dental clinic/surgery.</i></p> <p><i>This <b>Benefit</b> provides cover for the below dental <b>Treatment</b>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Screening (including x-rays where necessary)</li> <li>- Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year)</li> <li>- Fillings and extractions (non-surgical and surgical)</li> <li>- Root canal treatment</li> <li>- New or repair of crowns, dentures, inlays and bridges</li> <li>- Apicoectomy</li> </ul> <p><i>Dental implants and orthodontics <b>Treatment</b> are specifically excluded under this <b>Benefit</b>.</i></p> <p><i>No other <b>Treatment</b> is covered by this <b>Benefit</b>.</i></p> <p><b>Waiting Period:</b> <i>Costs incurred within nine months from the <b>Start Date</b> (or <b>Entry Date</b> if <b>You</b> are a <b>Dependant</b>) are excluded.</i></p> <p><i>A <b>Co-Insurance</b> of 20% applies.</i></p> <p><i>For this <b>Benefit</b> the <b>Plan Deductible</b> does not apply.</i></p> | <br>Not covered |

| Geographical Area Option  | SimpleCare CORE  |
|---|--|
| <p><b>25. Area of Cover: Worldwide Excluding USA</b></p> <p><i>By selecting this option, <b>Your</b> area of cover will become Worldwide but excluding elective <b>Treatment</b> in the USA.</i></p> <p><i><b>You</b> will also be able to access to the <b>SimpleCare Comprehensive Network</b>.</i></p> | <br>Optional |

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

## 4.3.2 SimpleCare 100




| Benefit  | SimpleCare 100   |
|--|--|
| <b>Annual Maximum Plan Limit</b><br>24/7 helpline and assistance services available on all Plans   | USD 1,500,000  |
| <b>Geographical Area Default</b>   |  |
| <b>Area of Cover: South East Asia (excluding Singapore)</b>  | Default Network:<br><b>SimpleCare South East Asia Network</b>  |
| <b>1. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</b><br><br>(i) Charges for <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Treatment</b> made by a <b>Hospital</b> including charges for accommodation (ward/semi-private or private); <b>Diagnostic Tests</b> ; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a <b>Qualified Nurse; Drugs and Dressings</b> prescribed by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> ; and surgical appliances used by the <b>Medical Practitioner</b> during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> and includes charges for intensive care.<br><br>(ii) Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an <b>Eligible Medical Condition</b> which required <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Hospital Treatment</b> . | (i)  Full refund<br><br>(ii)  Up to USD 1,500 per <b>Medical Condition</b>  |
| <b>2. Diagnostic Procedures:</b><br><br><b>Medically Necessary</b> diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans received as an <b>In-Patient, Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> .  | <b>Pre-Authorisation for PET, MRI, CT</b> <br><br> Full refund   |
| <b>3. Renal Failure and Renal Dialysis:</b><br><br>(i) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on an <b>In-Patient</b> basis.<br><br>(ii) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on a <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> basis.   | (i)  Up to six weeks full refund per <b>Period of Cover</b><br><br>(ii)  Up to USD 50,000 per <b>Period of Cover</b> |
| <b>4. Organ Transplant:</b><br><br><b>Treatment</b> for and in relation to a human organ transplant of kidney, pancreas, liver, heart, lung, bone marrow, cornea, or heart and lung, in respect of the <b>Insured Person</b> as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under <b>Benefit 7 - Congenital Disorder</b> but excluded from <b>Benefit 4 – Organ Transplant</b> .<br><br><b>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.</b><br><br><b>Medical costs associated with the donor and the cost of the donor organ search are excluded from this Benefit.</b>   |  Up to USD 150,000 per <b>Period of Cover</b>   |
| <b>5. Cancer Treatment:</b><br><br><b>Treatment</b> given for <b>Cancer</b> received as an <b>In-Patient, Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> . Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.  |  Full refund  |

| Benefit  | SimpleCare 100   |
|--|--|
| <p><b>6. New Born Cover:</b></p> <p><b>In-Patient Treatment</b> of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an <b>Acute Condition</b> being suffered by a <b>New Born</b> baby of an <b>Insured Person</b> which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the <b>New Born</b> baby is added to the <b>Plan</b> within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.</p> <p>In circumstances where <b>We</b> require details of the <b>New Born</b> baby's medical history before the baby is being added to the <b>Plan</b>, <b>We</b> reserve the right to apply particular restrictions to the cover <b>We</b> will offer. Please refer to Section 6.5 - Adding <b>New Born</b> of this Members Handbook for details.</p>   | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Up to USD 35,000 per <b>Period of Cover</b></p>            |
| <p><b>7. Congenital Disorder:</b></p> <p><b>In-Patient Treatment</b> for a <b>Congenital Disorder</b>. In circumstances where a <b>Congenital Disorder</b> manifests itself in a <b>New Born</b> baby within 30 days of birth, cover for such <b>Medical Conditions</b> will be provided under <b>Benefit 6 - New Born Cover</b> but excluded from <b>Benefit 7 – Congenital Disorders</b>.</p>  | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Up to USD 35,000 per <b>Period of Cover</b></p>            |
| <p><b>8. Parent Accommodation:</b></p> <p>The cost of one parent staying in <b>Hospital</b> overnight with an <b>Insured Person</b> under 18 years old while the child is admitted as an <b>In-Patient</b> for <b>Eligible Treatment</b>.</p>  | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund</p>  |
| <p><b>9. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</b></p> <p><b>Hospital Accommodation</b> costs relating to a <b>New Born</b> baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an <b>Insured Person</b>) while she is receiving <b>Eligible Treatment</b> as an <b>In-Patient</b> in a <b>Hospital</b>.</p>   | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund</p>  |
| <p><b>10. Reconstructive Surgery:</b></p> <p>Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an <b>Accident</b> or following a <b>Surgical Procedure</b> for an <b>Eligible Medical Condition</b>, which occurred after an <b>Insured Person's Entry Date</b> or <b>Start Date</b> whichever is later.</p>   | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund</p>  |
| <p><b>11. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</b></p> <p><b>Treatment</b> costs for a <b>Surgical Procedure</b> performed in a surgery, <b>Hospital</b>, day-care facility or <b>Out-Patient</b> department.</p>   | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund</p>  |
| <p><b>12. In-Patient Emergency Dental Treatment:</b></p> <p>This means <b>Emergency</b> restorative dental <b>Treatment</b> required to sound, natural teeth following an <b>Accident</b> which necessitates <b>Your</b> admission to <b>Hospital</b> for at least one night. The dental <b>Treatment</b> must be received within 10 days of the <b>Accident</b>. This <b>Benefit</b> covers all costs incurred for <b>Treatment</b> made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the <b>Treatment</b> involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture, <b>We</b> will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality</li> <li>• If implants are clinically needed <b>We</b> will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead</li> <li>• Damage to dentures providing they were being worn at the time of the injury</li> </ul> | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund</p>  |
| <p><b>13. Rehabilitation:</b></p> <p>When referred by a <b>Specialist</b> as an integral part of <b>Treatment</b> for a <b>Medical Condition</b> necessitating admission to a recognised <b>Rehabilitation</b> unit of a <b>Hospital</b>. Where the <b>Insured Person</b> was confined to a <b>Hospital</b> as an <b>In-Patient</b> for at least three consecutive days, and where a <b>Specialist</b> confirms in writing that <b>Rehabilitation</b> is required. Admission to a <b>Rehabilitation</b> unit must be made within 14 days of discharge from <b>Hospital</b>. Such <b>Treatment</b> should be under the direct supervision and control of a <b>Specialist</b> and would cover:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(i) Use of special <b>Treatment</b> rooms</li> <li>(ii) Physical therapy fees</li> <li>(iii) Speech therapy fees</li> <li>(iv) Occupational therapy fees</li> </ol>  | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund up to 90 days per <b>Medical Condition</b></p> |
| <p><b>14. Nursing Care at Home:</b></p> <p>Care by <b>Qualified Nurse</b> in the <b>Insured Person's</b> own home, which is immediately received subsequent to <b>Treatment</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> on the recommendation of a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>   | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund up to 30 days per <b>Medical Condition</b></p> |

| Benefit  | SimpleCare 100  |
|--|---|
| <p><b>15. Emergency Ambulance Transportation:</b></p> <p><b>Emergency</b> road ambulance transport costs to or between <b>Hospitals</b>, or when considered <b>Medically Necessary</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>  | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Full refund</p>   |
| <p><b>16. Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p>Arrangements will be made to move an <b>Insured Person</b> who has a critical, life-threatening <b>Eligible Medical Condition</b> to the nearest medical facility for the purpose of admission to <b>Hospital</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b>.</p> <p>Reasonable expenses for:</p> <p>(i) Transportation costs of an <b>Insured Person</b> in the event of <b>Emergency Treatment</b> and <b>Medically Necessary</b> transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</p> <p>(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when <b>Treatment</b> is being received as a <b>Day-Patient</b>.</p> <p>(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the <b>Hospital</b> to visit the <b>Insured Person</b> following admission as an <b>In-Patient</b>.</p> <p>(iv) Reasonable costs for non-<b>Hospital Accommodation</b> only for immediate pre and post-<b>Hospital</b> admission periods provided that the <b>Insured Person</b> is under the care of a <b>Specialist</b>.</p> <p>Costs of <b>Evacuation</b> do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.</p> <p><b>Our</b> medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the <b>Evacuation</b> and this <b>Benefit</b> will not cover travel if it is against the advice of <b>Our</b> medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the <b>Eligible Medical Condition</b>.</p> <p><b>Repatriation</b></p> <p>An economy class airfare ticket to return the <b>Insured Person</b> and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of <b>Treatment</b> or the <b>Insured Person's</b> principal <b>Country of Nationality</b> or principal <b>Country of Residence</b>, as long as the journey is made within one month of completion of <b>Treatment</b>.</p> <p><b>You are Eligible</b> for <b>Medically Necessary Repatriation</b> costs only if there was an initial <b>Evacuation</b> that has taken place.</p> <p><b>Deductible</b> would apply to <b>Medically Necessary Treatment</b> required under this <b>Benefit</b>.</p> | <p style="text-align: center;">Combined limit up to USD 100,000</p> <p>(i) ▶ Full refund</p> <p>(ii) ▶ Full refund</p> <p>(iii) ▶ Full refund</p> <p>(iv) ▶ Up to USD 200 per day<br/>Up to USD 7,500 per person, per <b>Evacuation</b></p> <p style="text-align: center;">▶ Full refund</p>  |
| <p><b>17. Mortal Remains:</b></p> <p>In the event of death from an <b>Eligible Medical Condition</b>, <b>Reasonable and Customary Charges</b> for:</p> <p>(i) Costs of transportation of body or ashes of an <b>Insured Person</b> to his/her <b>Country of Nationality</b> or <b>Country of Residence</b>, or</p> <p>(ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</p>   | <p style="text-align: center;">Pre-Authorisation 📞</p> <p>(i) ▶ Full refund</p> <p>(ii) ▶ Up to USD 10,000</p>  |
| <p><b>18. Emergency Non-Elective Treatment outside Area of Cover:</b></p> <p>For planned trips up to 30 days of duration. <b>Treatment</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> starting within 24 hours of the <b>Emergency</b> event, required as a result of an <b>Accident</b> or the sudden beginning of a severe illness resulting in a <b>Medical Condition</b> that presents an immediate threat to the <b>Insured Person's</b> health.</p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;"><b>Accident:</b> Full refund for <b>Accident</b> requiring <b>In-Patient</b> and <b>Day-Patient</b> care</p> <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Illness: <b>In-Patient</b> and <b>Day-Patient</b> care up to USD 35,000 per <b>Period of Cover</b></p> |


| Benefit  | SimpleCare 100  |
|--|---|
| <p><b>19. Hospital Cash Benefit:</b></p> <p>This <b>Benefit</b> is payable for each night an <b>Insured Person</b> receives <b>In-Patient Treatment</b> and only if:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) the <b>Insured Person</b> is admitted for an elective <b>In-Patient Treatment</b> before midnight, and the <b>Treatment</b> is received within the public hospitals of the <b>Insured Persons' Country of Residence</b>; or</li> <li>(ii) this <b>Plan</b> being the <b>Secondary Health Insurance Plan</b>. However, if <b>You</b> have a USD 10,000 or USD 15,000 <b>Deductible Plan</b>, <b>You</b> are not <b>Eligible</b> for this <b>Benefit</b>.</li> </ul> <p>Cover under this <b>Benefit</b> is limited to a maximum of 30 nights per <b>Period of Cover</b>.<br/>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.9 does not apply.</p> | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">USD 250<br/>per night</p> |

| Benefit  | SimpleCare 100  |
|--|---|
| <p><b>Annual Out-Patient Limit</b><br/><b>Applicable to Benefit 20 and 21 only, subject to Annual Maximum Plan Limit</b></p>   | <p style="text-align: center;">USD 1,000</p>  |
| <p><b>20. Out-Patient Charges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <b>Medical Practitioner</b> fees including consultations; <b>Specialist</b> fees; <b>Diagnostic Tests</b>;</li> <li>(ii) Teleconsultation (Virtual Doctor appointments via electronic means).<br/>Costs associated with <b>Eligible Treatment</b> will be paid in full where <b>Treatment</b> is received from <b>Medical Providers</b> listed in the <b>Now Health International Provider Network</b>.<br/><b>Treatment</b> that is not received in the <b>Now Health International Provider Network</b> will pay Reasonable &amp; Customary charges.<br/>No <b>Out-Patient Co-Insurance</b> or <b>Out Patient visit Excess</b> is applicable.</li> <li>(iii) prescribed <b>Drugs and Dressings</b>.</li> <li>(iv) <b>Vitamins and Minerals</b>:<br/>Vitamins and Minerals as prescribed by a <b>Medical Practitioner</b>. Vitamins prescribed for a diagnosed deficiency will be paid as per the <b>Out-Patient Benefit</b>.</li> </ul> <p>Maintenance of <b>Chronic Medical Conditions</b> requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, <b>Drugs and Dressings</b> and/or tests are covered under this <b>Benefit</b>.</p> | <p>(i) and (ii) ▶<br/>Full refund<br/>subject to Annual<br/><b>Out-Patient Limit</b></p> <p>(iii) ▶<br/>Full refund<br/>subject to Annual<br/><b>Out-Patient Limit</b></p> <p>(vi) ▶<br/>Up to USD 150<br/>per <b>Period of Cover</b></p> <p>(i), (ii), (iii) and (iv)<br/>subject to Annual<br/><b>Out-Patient Limit</b></p> |
| <p><b>21. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Physiotherapy by a Registered <b>Physiotherapist</b>.</li> <li>(ii) Complementary medicine and <b>Treatment</b> by a therapist. This <b>Benefit</b> extends to osteopaths, chiropractors and podiatrists, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture <b>Treatment</b>.</li> <li>(iii) <b>Out-Patient Treatment</b> for therapies administered by a recognised traditional Chinese <b>Medical Practitioner</b> or an <b>Ayurvedic Medical Practitioner</b>.</li> </ul> <p><b>You</b> may choose 5 sessions for any combination of <b>Benefits</b> in aggregate in a given <b>Period of Cover</b> for <b>Benefits</b> (i) and (ii) excluding dietician without the need of referral; any subsequent sessions need to be referred by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>   | <p>(i) ▶<br/>USD 60<br/>per visit</p> <p>(ii) ▶<br/>USD 60<br/>per visit</p> <p>(iii) ▶<br/>USD 30<br/>per visit</p> <p>Combined<br/>up to 10 visits for<br/>(i), (ii) and (iii)<br/>per <b>Period of Cover</b>,<br/>subject to Annual<br/><b>Out-Patient Limit</b></p>   |

| Benefit  | SimpleCare 100   |
|--|--|
| <p><b>22. Menopause Hormone Replacement Therapy:</b><br/> <i>The cost of Hormone Replacement Therapy when required to alleviate the symptoms of the early onset of menopause where onset and <b>Treatment</b> commence below the age of 40 years.</i></p>  | <p><br/> Up to USD 200 per <b>Period of Cover</b></p>   |
| <p><b>23. Out-Patient Psychiatric Illness:</b><br/> <b>Out-Patient Treatment</b> administered by a Registered Psychologist and/or a Registered Psychiatrist, subject to 10 sessions and the cost limit under this section. For the first 5 sessions <b>You</b> may choose to visit a Registered Psychologist directly without the need for referral. However, any subsequent sessions with a Registered Psychologist will require referral and a <b>Treatment Plan</b> with a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>  | <p><br/> Up to USD 300 and subject to a maximum of 10 sessions per <b>Period of Cover</b></p> |
| <p><b>24. Dental Care</b><br/> <i>Fees of a registered <b>Dental Practitioner</b> carrying out dental <b>Treatment</b> in a dental clinic/surgery.</i></p> <p><i>This <b>Benefit</b> provides cover for the below dental <b>Treatment</b>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Screening (including x-rays where necessary)</li> <li>- Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year)</li> <li>- Fillings and extractions (non-surgical and surgical)</li> <li>- Root canal treatment</li> <li>- New or repair of crowns, dentures, in lays and bridges</li> <li>- Apicoectomy</li> </ul> <p><i>Dental implants and orthodontics <b>Treatment</b> are specifically excluded under this <b>Benefit</b>.<br/> No other <b>Treatment</b> is covered by this <b>Benefit</b>.</i></p> <p><b>Waiting Period:</b> <i>Costs incurred within nine months from the <b>Start Date</b> (or <b>Entry Date</b> if <b>You</b> are a <b>Dependant</b>) are excluded.</i></p> <p><i>A <b>Co-Insurance</b> of 20% applies.</i></p> <p><i>For this <b>Benefit</b> the <b>Plan Deductible</b> does not apply.</i></p> | <p><br/> Not covered</p>  |

| Geographical Area Option  | SimpleCare 100  |
|---|---|
| <p><b>25. Area of Cover: Worldwide Excluding USA</b></p> <p><i>By selecting this option, <b>Your</b> area of cover will become Worldwide but excluding elective <b>Treatment</b> in the USA.</i></p> <p><i><b>You</b> will also be able to access to the <b>SimpleCare Comprehensive Network</b>.</i></p> | <br>Optional |

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





| Out-Patient Option  | SimpleCare 100  |
|---|---|
| <p><b>26. Co-Insurance Out-Patient Treatment:</b></p> <p><i>A 20% <b>Co-Insurance</b> will apply to all <b>Eligible Out-Patient Treatment</b>.</i></p> <p><i>Please note that the <b>Co-Insurance</b> will not apply to <b>Treatment</b> relating to Renal dialysis/ Renal failure, <b>Cancer</b> or Organ Transplants.</i></p> <p><i>This option is not available for <b>Plans</b> with <b>Deductibles</b> of USD 1,000 or higher.</i></p> | <br>Optional |



### 4.3.3 SimpleCare 250

| Benefit  | SimpleCare 250   |
|--|--|
| <b>Annual Maximum Plan Limit</b><br>24/7 helpline and assistance services available on all Plans   | USD 1,500,000  |
| <b>Geographical Area Default</b>   |  |
| <b>Area of Cover: South East Asia (excluding Singapore)</b>  | Default Network:<br>SimpleCare South East Asia Network   |
| <b>1. Hospital Charges, Medical Practitioner and Specialist Fees:</b><br><br>(i) Charges for <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Treatment</b> made by a <b>Hospital</b> including charges for accommodation (ward/semi-private or private); <b>Diagnostic Tests</b> ; operating theatre charges including surgeon and anaesthetist charges; and charges for nursing care by a <b>Qualified Nurse, Drugs and Dressings</b> prescribed by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> ; and surgical appliances used by the <b>Medical Practitioner</b> during surgery. This includes pre and post-operative consultations while an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> and includes charges for intensive care.<br><br>(ii) Ancillary charges: Purchase and rental of crutches, canes, walking aids and self-propelled non-electronic wheelchairs within six months of an <b>Eligible Medical Condition</b> which required <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient Hospital Treatment</b> . | (i)  Full refund<br><br>(ii)  Up to USD 1,500 per <b>Medical Condition</b>  |
| <b>2. Diagnostic Procedures:</b><br><br><b>Medically Necessary</b> diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) and computerised tomography (CT) scans received as an <b>In-Patient, Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> .  | <b>Pre-Authorisation for PET, MRI, CT</b> <br><br> Full refund   |
| <b>3. Renal Failure and Renal Dialysis:</b><br><br>(i) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on an <b>In-Patient</b> basis.<br><br>(ii) <b>Treatment</b> of renal failure, including renal dialysis on a <b>Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> basis.   | (i)  Up to six weeks full refund per <b>Period of Cover</b><br><br>(ii)  Up to USD 50,000 per <b>Period of Cover</b> |
| <b>4. Organ Transplant:</b><br><br><b>Treatment</b> for and in relation to a human organ transplant of kidney, pancreas, liver, heart, lung, bone marrow, cornea, or heart and lung, in respect of the <b>Insured Person</b> as a recipient. In circumstances where an organ transplant is required as a result of a congenital disorder, cover will be provided under <b>Benefit 7 - Congenital Disorder</b> but excluded from <b>Benefit 4 – Organ Transplant</b> .<br><br><b>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.</b><br><br><b>Medical costs associated with the donor and the cost of the donor organ search are excluded from this Benefit.</b>   |  Up to USD 150,000 per <b>Period of Cover</b>   |
| <b>5. Cancer Treatment:</b><br><br><b>Treatment given for Cancer</b> received as an <b>In-Patient, Day-Patient</b> or <b>Out-Patient</b> . Includes oncologist fees, surgery, radiotherapy and chemotherapy, alone or in combination, from the point of diagnosis.   |  Full refund  |

| Benefit  | SimpleCare 250   |
|--|--|
| <p><b>6. New Born Cover:</b></p> <p><b>In-Patient Treatment</b> of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an <b>Acute Condition</b> being suffered by a <b>New Born</b> baby of an <b>Insured Person</b> which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the <b>New Born</b> baby is added to the <b>Plan</b> within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.</p> <p>In circumstances where <b>We</b> require details of the <b>New Born</b> baby's medical history before the baby is being added to the <b>Plan</b>, <b>We</b> reserve the right to apply particular restrictions to the cover <b>We</b> will offer. Please refer to Section 6.5 - Adding <b>New Born</b> of this Members Handbook for details.</p>   | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Up to USD 35,000 per <b>Period of Cover</b></p>            |
| <p><b>7. Congenital Disorder:</b></p> <p><b>In-Patient Treatment</b> for a <b>Congenital Disorder</b>. In circumstances where a <b>Congenital Disorder</b> manifests itself in a <b>New Born</b> baby within 30 days of birth, cover for such <b>Medical Conditions</b> will be provided under <b>Benefit 6 - New Born Cover</b> but excluded from <b>Benefit 7 – Congenital Disorders</b>.</p>  | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Up to USD 35,000 per <b>Period of Cover</b></p>            |
| <p><b>8. Parent Accommodation:</b></p> <p>The cost of one parent staying in <b>Hospital</b> overnight with an <b>Insured Person</b> under 18 years old while the child is admitted as an <b>In-Patient</b> for <b>Eligible Treatment</b>.</p>  | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund</p>  |
| <p><b>9. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:</b></p> <p><b>Hospital Accommodation</b> costs relating to a <b>New Born</b> baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an <b>Insured Person</b>) while she is receiving <b>Eligible Treatment</b> as an <b>In-Patient</b> in a <b>Hospital</b>.</p>   | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund</p>  |
| <p><b>10. Reconstructive Surgery:</b></p> <p>Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an <b>Accident</b> or following a <b>Surgical Procedure</b> for an <b>Eligible Medical Condition</b>, which occurred after an <b>Insured Person's Entry Date</b> or <b>Start Date</b> whichever is later.</p>   | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund</p>  |
| <p><b>11. Day-Patient or Out-Patient Surgery:</b></p> <p><b>Treatment</b> costs for a <b>Surgical Procedure</b> performed in a surgery, <b>Hospital</b>, day-care facility or <b>Out-Patient</b> department.</p>   | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund</p>  |
| <p><b>12. In-Patient Emergency Dental Treatment:</b></p> <p>This means <b>Emergency</b> restorative dental <b>Treatment</b> required to sound, natural teeth following an <b>Accident</b> which necessitates <b>Your</b> admission to <b>Hospital</b> for at least one night. The dental <b>Treatment</b> must be received within 10 days of the <b>Accident</b>. This <b>Benefit</b> covers all costs incurred for <b>Treatment</b> made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the <b>Treatment</b> involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture, <b>We</b> will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality</li> <li>• If implants are clinically needed <b>We</b> will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead</li> <li>• Damage to dentures providing they were being worn at the time of the injury</li> </ul> | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund</p>  |
| <p><b>13. Rehabilitation:</b></p> <p>When referred by a <b>Specialist</b> as an integral part of <b>Treatment</b> for a <b>Medical Condition</b> necessitating admission to a recognised <b>Rehabilitation</b> unit of a <b>Hospital</b>. Where the <b>Insured Person</b> was confined to a <b>Hospital</b> as an <b>In-Patient</b> for at least three consecutive days, and where a <b>Specialist</b> confirms in writing that <b>Rehabilitation</b> is required. Admission to a <b>Rehabilitation</b> unit must be made within 14 days of discharge from <b>Hospital</b>. Such <b>Treatment</b> should be under the direct supervision and control of a <b>Specialist</b> and would cover:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(i) Use of special <b>Treatment</b> rooms</li> <li>(ii) Physical therapy fees</li> <li>(iii) Speech therapy fees</li> <li>(iv) Occupational therapy fees</li> </ol>  | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund up to 90 days per <b>Medical Condition</b></p> |
| <p><b>14. Nursing Care at Home:</b></p> <p>Care given by <b>Qualified Nurse</b> in the <b>Insured Person's</b> own home, which is immediately received subsequent to <b>Treatment</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b> on the recommendation of a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>   | <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Full refund up to 30 days per <b>Medical Condition</b></p> |

| Benefit  | SimpleCare 250  |
|--|---|
| <p><b>15. Emergency Ambulance Transportation:</b></p> <p><b>Emergency</b> road ambulance transport costs to or between <b>Hospitals</b>, or when considered <b>Medically Necessary</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>  | <p> Full refund</p>  |
| <p><b>16. Evacuation and Repatriation:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p>Arrangements will be made to move an <b>Insured Person</b> who has a critical, life-threatening <b>Eligible Medical Condition</b> to the nearest medical facility for the purpose of admission to <b>Hospital</b> as an <b>In-Patient</b> or <b>Day-Patient</b>.</p> <p>Reasonable expenses for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Transportation costs of an <b>Insured Person</b> in the event of <b>Emergency Treatment</b> and <b>Medically Necessary</b> transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.</li> <li>(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when <b>Treatment</b> is being received as a <b>Day-Patient</b>.</li> <li>(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the <b>Hospital</b> to visit the <b>Insured Person</b> following admission as an <b>In-Patient</b>.</li> <li>(iv) Reasonable costs for non-<b>Hospital Accommodation</b> only for immediate pre and post-<b>Hospital</b> admission periods provided that the <b>Insured Person</b> is under the care of a <b>Specialist</b>.</li> </ul> <p>Costs of <b>Evacuation</b> do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.</p> <p><b>Our</b> medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the <b>Evacuation</b> and this <b>Benefit</b> will not cover travel if it is against the advice of <b>Our</b> medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the <b>Eligible Medical Condition</b>.</p> <p><b>Repatriation</b></p> <p>An economy class airfare ticket to return the <b>Insured Person</b> and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of <b>Treatment</b> or the <b>Insured Person's</b> principal <b>Country of Nationality</b> or principal <b>Country of Residence</b>, as long as the journey is made within one month of completion of <b>Treatment</b>.</p> <p><b>You are Eligible for Medically Necessary Repatriation</b> costs only if there was an initial <b>Evacuation</b> that has taken place.</p> <p><b>Deductible</b> would apply to <b>Medically Necessary Treatment</b> required under this <b>Benefit</b>.</p> | <p>Combined limit up to USD 100,000</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Full refund</li> <li>(iii)  Full refund</li> <li>(iv)  Up to USD 200 per day<br/>Up to USD 7,500 per person, per <b>Evacuation</b></li> </ul> <p> Full refund</p> |
| <p><b>17. Mortal Remains:</b></p> <p>In the event of death from an <b>Eligible Medical Condition</b>, <b>Reasonable and Customary Charges</b> for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Costs of transportation of body or ashes of an <b>Insured Person</b> to his/her <b>Country of Nationality</b> or <b>Country of Residence</b>, or</li> <li>(ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.</li> </ul>  | <p><b>Pre-Authorisation</b> </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Full refund</li> <li>(ii)  Up to USD 10,000</li> </ul>  |
| <p><b>18. Emergency Non-Elective Treatment outside Area of Cover:</b></p> <p>For planned trips up to 30 days of duration. <b>Treatment</b> by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b> starting within 24 hours of the <b>Emergency</b> event, required as a result of an <b>Accident</b> or the sudden beginning of a severe illness resulting in a <b>Medical Condition</b> that presents an immediate threat to the <b>Insured Person's</b> health.</p>   | <p></p> <p><b>Accident:</b> Full refund for <b>Accident</b> requiring <b>In-Patient</b> and <b>Day-Patient</b> care</p> <p></p> <p><b>Illness:</b> <b>In-Patient</b> and <b>Day-Patient</b> care up to USD 35,000 per <b>Period of Cover</b></p>  |


| Benefit  | SimpleCare 250  |
|--|---|
| <p><b>19. Hospital Cash Benefit:</b></p> <p>This <b>Benefit</b> is payable for each night an <b>Insured Person</b> receives <b>In-Patient Treatment</b> and only if:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) the <b>Insured Person</b> is admitted for an elective <b>In-Patient Treatment</b> before midnight, and the <b>Treatment</b> is received within the public hospitals of the <b>Insured Persons' Country of Residence</b>; or</li> <li>(ii) this <b>Plan</b> being the <b>Secondary Health Insurance Plan</b>. However, if <b>You</b> have a USD 10,000 or USD 15,000 <b>Deductible Plan</b>, <b>You</b> are not <b>Eligible</b> for this <b>Benefit</b>.</li> </ul> <p>Cover under this <b>Benefit</b> is limited to a maximum of 30 nights per <b>Period of Cover</b>.<br/>For this <b>Benefit</b> exclusion 5.9 does not apply.</p> | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">USD 250 per night</p> |

| Benefit  | SimpleCare 250  |
|--|---|
| <p><b>Annual Out-Patient Limit</b><br/><b>Applicable to Benefit 20 and 21 only, subject to Annual Maximum Plan Limit</b></p>   | <p style="text-align: center;">USD 2,500</p>  |
| <p><b>20. Out-Patient Charges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <b>Medical Practitioner</b> fees including consultations; <b>Specialist</b> fees; <b>Diagnostic Tests</b>;</li> <li>(ii) Teleconsultation (Virtual Doctor appointments via electronic means).<br/>Costs associated with <b>Eligible Treatment</b> will be paid in full where <b>Treatment</b> is received from <b>Medical Providers</b> listed in the <b>Now Health International Provider Network</b>.<br/><b>Treatment</b> that is not received in the <b>Now Health International Provider Network</b> will pay Reasonable &amp; Customary charges.<br/>No <b>Out-Patient Co-Insurance</b> or <b>Out Patient visit Excess</b> is applicable.</li> <li>(iii) prescribed <b>Drugs and Dressings</b>.</li> <li>(iv) <b>Vitamins and Minerals</b>:<br/>Vitamins and Minerals as prescribed by a <b>Medical Practitioner</b>. Vitamins prescribed for a diagnosed deficiency will be paid as per the <b>Out-Patient Benefit</b>.</li> </ul> <p>Maintenance of <b>Chronic Medical Conditions</b> requiring ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, <b>Drugs and Dressings</b> and/or tests are covered under this <b>Benefit</b>.</p> <p>Please note: If claim receipts do not show a breakdown of the medical services rendered, <b>We</b> will only pay <b>Eligible</b> claims up to the Prescribed <b>Drugs and Dressings</b> limit.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) and (ii) ▶<br/>Full refund subject to Annual <b>Out-Patient Limit</b></li> <li>(iii) ▶<br/>Up to USD 1,250</li> <li>(iv) ▶<br/>Up to USD 150 per <b>Period of Cover</b></li> </ul> <p>(i), (ii), (iii) and (iv) subject to Annual <b>Out-Patient Limit</b></p> |
| <p><b>21. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Physiotherapy by a Registered <b>Physiotherapist</b>.</li> <li>(ii) Complementary medicine and <b>Treatment</b> by a therapist. This <b>Benefit</b> extends to osteopaths, chiropodists and podiatrists, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture <b>Treatment</b>.</li> <li>(iii) <b>Out-Patient Treatment</b> for therapies administered by a recognised traditional Chinese <b>Medical Practitioner</b> or an Ayurvedic <b>Medical Practitioner</b>.</li> </ul> <p><b>You</b> may choose 5 sessions for any combination of <b>Benefits</b> in aggregate in a given <b>Period of Cover</b> for <b>Benefits</b> (i) and (ii) excluding dietician without the need of referral; any subsequent sessions need to be referred by a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) ▶<br/>USD 80 per visit</li> <li>(ii) ▶<br/>USD 80 per visit</li> <li>(iii) ▶<br/>USD 40 per visit</li> </ul> <p>Combined up to 10 visits for (i), (ii) and (iii) per <b>Period of Cover</b>, subject to Annual <b>Out-Patient Limit</b></p>                    |

| Benefit   | SimpleCare<br>250  |
|---|--|
| <p><b>22. Menopause Hormone Replacement Therapy:</b></p> <p><i>The cost of Hormone Replacement Therapy when required to alleviate the symptoms of the early onset of menopause where onset and <b>Treatment</b> commence below the age of 40 years.</i></p>   | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">USD 300<br/>per <b>Period of Cover</b></p>   |
| <p><b>23. Out-Patient Psychiatric Illness:</b></p> <p><i><b>Out-Patient Treatment</b> administered by a Registered Psychologist and/or a Registered Psychiatrist, subject to 10 sessions and the cost limit under this section. For the first 5 sessions <b>You</b> may choose to visit a Registered Psychologist directly without the need for referral. However, any subsequent sessions with a Registered Psychologist will require referral and a <b>Treatment Plan</b> with a <b>Medical Practitioner</b> or <b>Specialist</b>.</i></p>  | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 400 and<br/>subject to a maximum<br/>of 10 sessions<br/>per <b>Period of Cover</b></p> |
| <p><b>24. Dental Care</b></p> <p><i>Fees of a registered <b>Dental Practitioner</b> carrying out dental <b>Treatment</b> in a dental clinic/surgery.</i></p> <p><i>This <b>Benefit</b> provides cover for the below dental <b>Treatment</b>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Screening (including x-rays where necessary)</li> <li>- Preventive scaling, polishing, and sealing (once per year)</li> <li>- Fillings and extractions (non-surgical and surgical)</li> <li>- Root canal treatment</li> <li>- New or repair of crowns, dentures, in lays and bridges</li> <li>- Apicoectomy</li> </ul> <p><i>Dental implants and orthodontics <b>Treatment</b> are specifically excluded under this <b>Benefit</b>.<br/>No other <b>Treatment</b> is covered by this <b>Benefit</b>.</i></p> <p><i><b>Waiting Period:</b> Costs incurred within nine months from the <b>Start Date</b> (or <b>Entry Date</b> if <b>You</b> are a <b>Dependant</b>) are excluded.</i></p> <p><i>A <b>Co-Insurance</b> of 20% applies.</i></p> <p><i>For this <b>Benefit</b> the <b>Plan Deductible</b> does not apply.</i></p> | <p style="text-align: center;">▶</p> <p style="text-align: center;">Up to USD 300<br/>per <b>Period of Cover</b></p>   |

| Geographical Area Option  | SimpleCare 250  |
|---|---|
| <p><b>25. Area of Cover: Worldwide Excluding USA</b></p> <p><i>By selecting this option, <b>Your</b> area of cover will become Worldwide but excluding elective <b>Treatment</b> in the USA.</i></p> <p><i><b>You</b> will also be able to access to the <b>SimpleCare Comprehensive Network</b>.</i></p> | <br>Optional |

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

| Out-Patient Option  | SimpleCare 250  |
|---|---|
| <p><b>26. Co-Insurance Out-Patient Treatment:</b></p> <p><i>A 20% <b>Co-Insurance</b> will apply to all <b>Eligible Out-Patient Treatment</b>.</i></p> <p><i>Please note that the <b>Co-Insurance</b> will not apply to <b>Treatment</b> relating to Renal dialysis/ Renal failure, <b>Cancer</b> or Organ Transplants.</i></p> <p><i>This option is not available for <b>Plans</b> with <b>Deductibles</b> of USD 1,000 or higher.</i></p> | <br>Optional |

## Key Product Provisions

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

---

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

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

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

#### 5.2 Administrative and shipping fees

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

#### 5.3 Alcohol and drug abuse

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

#### 5.4 Chemical exposure

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

#### 5.5 Cosmetic 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 20 - Out-Patient Charges.

---

## 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 or Co-Insurance

You are not covered for the amount of the Deductible 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 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 and Cosmetic Products

We do not pay for 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.



---

### 5.15 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.

### 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, motor sports, flying in an unlicensed aircraft or as a learner, martial arts, free climbing, mountaineering with or without ropes, scuba diving to a depth of more than 30 metres, trekking to a height of over 4,000 metres, bungee jumping, canyoning, hang-gliding, paragliding or microlighting, parachuting, potholing, skiing off piste or any other winter sports activity carried out off piste.

### 5.21 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 and for Menopause Hormone Replacement Therapy where onset and Treatment commence below the age of 40 years.

### 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.

---

## 5.24 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, Emergency or voluntary caesarean section unless Maternity Benefit is shown on Your Certificate of Insurance.

These costs are only covered under the Maternity Benefit and are not covered or recoverable under any other Benefits.

## 5.27 Pre-Existing Medical Conditions

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

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

1. You have received Treatment, 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 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 unless specified in your benefit schedule.

## 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.

---

### **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.

## 6. Plan administration

---

### 6.1 The contract

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

### 6.2 Premium payment and refunds

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

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

**You** must pay **Your** premium when it is due. Depending on **Your** preferred payment method, **You** must pay **Us** before the **Start Date**, the due date or within 30 days of **Our** written acceptance at the latest, if a cover note has been issued. **We** will allow a grace period of 30 days at the latest, for payment of premiums from these dates. If payment is not within this 30 day period, **We** will cancel **Your Plan** and will not pay for any **Treatment** or **Benefit** entitlement arising after the date that the premium became due.

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

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

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

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

All premiums and **Benefits** shall be quoted and operated in US Dollars. Should payment of premiums be made in Rupiah, the exchange rate used will be that of 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 Plan**.

---

### 6.3.2 Full medical underwriting

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

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

### 6.3.3 Dependants

**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.

### 6.3.4 Start Date

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

### 6.3.5 Local legislation

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

### 6.3.6 Non-Eligible residency

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

## 6.4 Adding a new Dependant

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

---

## 6.5 Adding New Borns

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

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

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

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

## 6.6 Changing Your cover

Subsequent changes in cover can only be made at renewal.

## 6.7 Renewing Your cover

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

## 6.8 Local taxes

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

## 6.9 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.

## 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.

---

### 7.3 What we do with your personal data

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

**We** will deal with all personal information supplied in the strictest confidence. **We** collect personal information about **You** and **Your Dependants** (including health, bank account and occupation) for the purpose of establishing and administering **Your Plan**. This includes information supplied by **You**, those family members, medical providers or **Your** employer (if applicable). **Your** information may be passed to group companies administering **Your Plan**, **Medical Practitioners**, Medical Assistance Companies and Claims Administrators for these purposes, including those located outside Indonesia. Confidentiality is required of any third parties to whom the administration of **Your Plan** may be subcontracted, including those based outside Indonesia. In certain circumstances medical service providers (or others) may be asked to supply further information. **Your** personal details will not be disclosed to other organisations without **Your** consent. **You** may have access to, and correct, information that **We** hold about **You**. When **You** provide information about family members, **We** will take this as confirmation that **You** have their consent to do so. As the legal holder of the **Plan** all correspondence about the **Plan**, including claims correspondence, will be sent to the **Planholder**. If any family member over 18 **Insured** under the **Plan** does not want this to happen they should apply for their own **Plan**.

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

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

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



## 8. Rights and responsibilities

---

The application form, **Certificate of Insurance**, **Benefit Schedule** and this handbook incorporating the **Plan** terms and conditions make up the contract between **You** 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 the **Plan** (including not returning the **Plan** premium) or apply different terms of cover in line with the terms **We** would have applied had the information been presented to **Us** fairly in the first place. These terms may increase the **Plan** premium and reduce **Your** claim(s).
- 8.1.2** **You** must write and tell **Us** if **You** change **Your** address or occupation.
- 8.1.3** This **Plan** is available only to people living in Indonesia. **You** must tell **Us** if **You** change **Your** principal **Country of Residence**. If **You** don't tell **Us** **We** can refuse to pay **Benefits** claimed for.
- 8.1.4** Only **We** and the **Planholder** have legal rights under this **Plan** and it is not intended that any clause or term of this **Plan** should be enforceable, by any other person including any family member.
- 8.1.5** If the **Planholder** dies and there is more than one **Insured Person** aged 18 or above, this **Plan** will automatically be transferred to the oldest **Insured Person** from the date of death, who will become the **Planholder**.
- 8.1.6** **You** must pay **Your** premium when it is due and in the currency of **Your Plan**. **We** will decide the amount at the start of each year and tell **You** how much it is. **You** can pay it in the way **You** have agreed with **Us**. **We** can change the amount of **Your** premium during a year to reflect any change in insurance premium tax or other taxes but **We** will tell **You** of the change. If **Your** premium payments are not up to date **Your Plan** will end.
- 8.1.7** The **Planholder** may cancel this **Plan** by contacting **Us** during the 14-day cooling off period. The 14-day cooling off period starts on the day that the contract is concluded or the day that full **Plan** terms and conditions are received, whichever is the later. The 14-day cooling off period also applies from each **Renewal Date**.

If the **Plan** is cancelled during the 14-day cooling off period **We** will return any premium paid for the **Plan** providing no claims have been made on the **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 **Plan** to the extent permitted by law and any return of premium is subject to this. If the **Planholder** does not cancel the **Plan** during the cancellation period the **Plan** will continue on the terms described in this handbook for the remainder of the **Period of Cover**.

**We** may void the **Plan** for **You** (as the **Insured Person**) and **Your Dependants** in the following situations. If **You** or **Your Dependants**:

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

---

## 8.2 Our rights and responsibilities

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

### 8.2.11 Termination

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

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

### 8.2.12 Condition Precedent in the Plan

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

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

### 8.2.13 Payment before Cover Warranty

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

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

---

### 8.2.14 Sanction Limitation And Exclusion Clause

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

### 8.2.15 Terrorism Exclusion Endorsement

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

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

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

If the **Underwriters** allege that by reason of this exclusion, any loss, damage, cost or expense is not covered by this insurance the burden of proving the contrary shall be upon the Assured. In the event any portion of this endorsement is found to be invalid or unenforceable, the remainder shall remain in full force and effect.

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

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

## 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

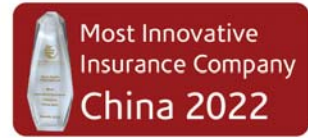
If within the period of the policy there is any change affecting the amount of premium, insurance **Benefit**, or the provisions of this product, the Insurer shall deliver a written notice thirty (30) days prior to the **Insured's** address on the Insurer's record to provide the **Insured** to decide 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.



## Now Health International

### UAE

Arabia Insurance Company S.A.L.  
c/o Now Health International Gulf Third Party Administrators LLC,  
Unit 3701, Burj Al Salam Building, 3 Sheikh Zayed Rd,  
PO Box 334337, Dubai, United Arab Emirates  
T +971 (0) 4450 1410 | F +971 (0) 4450 1416  
MEAService@worldcare.ae

### Rest of the World

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

### Europe (Malta)

Now Health International Services (Europe) Limited  
Dragonara Business Centre 5th Floor,  
Dragonara Road, St Julian's, STJ 3141, Malta  
T +356 2260 5110  
CustomerService@now-health.com

### Europe (Spain)

Now Health International Services (Europe) Limited  
Edificio Orense 34 (Torre Norte – Planta 07),  
Calle Orense 34, CP 28020 - Madrid, Spain  
T +34 911 841 690  
CustomerService@now-health.com

### United Kingdom

Now Health International (UK) Limited  
Suite 2.3, Building Three, Watchmoor Park, Camberley,  
Surrey, GU15 3YL, United Kingdom  
T +44 (0) 1276 602110 | F +44 (0) 1276 602130  
CustomerService@now-health.com

### Asia Pacific

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

### China

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

### Singapore

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

### Indonesia

PT Now Health International Indonesia  
17/F, Indonesia Stock Exchange, Tower II  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 52 – 53  
Jakarta 12190, Indonesia  
Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639  
CustomerService@now-health.com

Policies are underwritten and issued by PT Sampo Insurance Indonesia in association with Now Health International. Now Health International's subsidiary company in Indonesia is PT Now Health International Indonesia which provides Management Consultancy advice in International Private Medical Insurance to PT Sampo Insurance Indonesia. Visit [www.sampo.co.id](http://www.sampo.co.id) to find out more about PT Sampo Insurance Indonesia.

Polis ini diseleksi risiko dan diterbitkan oleh PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi dengan Now Health International. Anak perusahaan Now Health International adalah PT Now Health International Indonesia yang memberikan saran konsultasi manajemen untuk Asuransi Kesehatan Internasional kepada PT Sampo Insurance Indonesia. Kunjungi [www.sampo.co.id](http://www.sampo.co.id) untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sampo Insurance Indonesia.