NOW HEALTH INTERNATIONAL | SOMPO

# Buku Panduan Peserta WorldCare

# WorldCare Members' Handbook

Perusahaan
Companies

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

Berlaku 1 April 2026

# Pendahuluan

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

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

## Cara Menggunakan Buku Panduan Ini

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

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

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

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

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

## Layanan kami untuk Anda

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

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

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

PT Sompo Insurance Indonesia dalam asosiasi
dengan Now Health International

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

## Cara Menghubungi Kami

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

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

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

PT Sompo Insurance Indonesia dalam asosiasi
dengan Now Health International

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

## Tim Layanan Nasabah

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

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

## Tim Bantuan untuk Evakuasi Darurat dan Repatriasi

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

T +62 21 2783 6940

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

# Daftar Isi

1. Definisi . . . . . 06

2. Mengelola **Polis Grup Anda** secara online . . . . . 11

3. Cara mengajukan klaim . . . . . 12

Informasi Produk
4. **Manfaat:** Apa saja yang ditanggung? . . . . . 19

Ketentuan Produk Penting
5. Pengecualian: Apa saja yang tidak ditanggung? . . . . . 64

6. Administrasi **Polis Grup** . . . . . 69

7. Penyelesaian Sengketa . . . . . 71

8. Hak dan tanggung jawab . . . . . 73

9. Ketentuan perjanjian baku . . . . . 76

# 1. Definisi

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

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

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

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

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

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

**Apikoektomi** — Adalah operasi gigi yang dilakukan untuk mengangkat ujung akar dan jaringan yang terinfeksi di sekitarnya pada gigi bengkak, saat peradangan atau infeksi berlanjut di daerah tulang sekitar ujung gigi setelah prosedur saluran akar. Apikoektomi dilakukan untuk mengobati berikut:

- Fraktur akar gigi
- akar gigi sangat melengkung
- Gigi dengan mahkota gigi tiruan
- Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar
- Perforasi akar
- Nyeri berulang dan infeksi
- Gejala yang terus menerus yang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X
- Pengapuran
- Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi

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

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

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

**Sertifikat Asuransi** — Sertifikat yang memberikan rincian dari **Pemegang Polis, Tertanggung, Masa Pertanggungan, Penanggung, Tanggal Masuk,** tingkat pertanggungan dan setiap adendum yang mungkin berlaku.

**Kelainan Bawaan** — **Kondisi medis** yang ada pada saat lahir atau diyakini telah ada sejak lahir, baik diwariskan atau disebabkan oleh faktor lingkungan.

**Ko-Asuransi** — Adalah persentase biaya yang tidak ditanggung, yang harus dibayar oleh **Tertanggung** terhadap biaya klaim.

**Negara Kewarganegaraan** — Negara yang **Anda** pegang paspornya.

**Negara Tempat Tinggal** — Negara di mana **Anda** biasa tinggal (biasanya untuk jangka waktu tidak kurang dari enam bulan per **Masa Pertanggungan**) pada **Tanggal Mulai** atau **Tanggal Masuk Polis Grup** ini atau pada setiap **Tanggal Pembaharuan** berikutnya.

**Kondisi Kronis**

Penyakit, kesakitan atau cedera yang setidaknya memiliki salah satu dari karakteristik berikut:

- Perlu pemantauan terus-menerus atau jangka panjang melalui pemeriksaan, konsultasi, check-up, **Obat-obatan dan Perban** dan/atau percobaan
- Perlu kontrol atau peredaan gejala secara terus-menerus atau jangka panjang
- Mengharuskan **Anda** untuk **direhabilitasi** atau dilatih secara khusus untuk mengatasinya
- Berlanjut terus tanpa batas waktu
- Tidak diketahui obatnya
- Muncul kembali atau mungkin muncul kembali

**Pasien Rawat Sehari**

Pasien yang dirawat di **Rumah sakit** atau unit rawat sehari karena mereka membutuhkan masa pemulihan yang diawasi secara medis tetapi tidak menempati tempat tidur semalam.

**Risiko Sendiri**

Jumlah tidak ditanggung yang dibayar oleh **Tertanggung** sehubungan biaya **Rawat Inap, Rawat Sehari, Evakuasi atau Perluasan Evakuasi** yang terjadi sebelum **Manfaat** dibayar berdasarkan **Polis**, sebagaimana ditentukan dalam **Sertifikat Asuransi Anda**. **Risiko Sendiri** untuk **Polis** berlaku per **Tertanggung**, per **Masa Pertanggungan.**

**Praktisi Gigi**

Seseorang yang mendapat izin secara sah untuk melaksanakan profesi ini dari otoritas perizinan yang relevan untuk berpraktik sebagai dokter gigi di negara dimana **Pengobatan** gigi diberikan.

**Tanggungan**

Satu pasangan atau mitra dewasa dan/atau anak-anak yang belum menikah yang berumur tidak lebih dari 18 tahun dan tinggal dengan **Anda,** atau hingga 28 tahun jika sedang menjalani pendidikan penuh (bukti tertulis mungkin dipersyaratkan dari lembaga pendidikan di mana mereka terdaftar), pada **Tanggal Mulai** atau **Tanggal Pembaharuan** berikutnya. Istilah mitra berarti suami, istri, Pasangan sejenis atau orang yang tinggal tetap bersama **Anda** dalam hubungan yang sama. Semua tanggungan harus dinamai **Tertanggung** dalam **Sertifikat Asuransi.**

**Tes Diagnostik**

Pemeriksaan, seperti sinar-X atau tes darah, untuk menemukan atau untuk membantu menemukan penyebab gejala **Anda**.

**Obat dan Perban**

Obat resep, perban dan obat-obatan penting yang diberikan oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis** yang diperlukan untuk meringankan atau menyembuhkan **Kondisi Medis**.

**Memenuhi Syarat**

**Pengobatan** dan biaya, yang ditanggung oleh **Polis Grup Anda**. Untuk menentukan apakah suatu **Pengobatan** atau biaya ditanggung ataukah tidak, semua bab dari **Polis Grup Anda** harus dibaca bersama-sama, dan tunduk pada semua syarat (termasuk pembayaran premi yang jatuh tempo), **Manfaat** dan pengecualian yang ditetapkan dalam **Polis Grup** ini.

**Tanggal Masuk**

Tanggal yang ditunjukkan pada **Sertifikat Asuransi** dimana **Tertanggung** disertakan dalam **Polis Grup** ini. **Kami** sudah harus menerima pembayaran premi agar **Manfaat Anda** dimulai.

**Darurat**

**Kondisi Medis** akut mendadak, serius, dan tak terduga atau cedera yang memerlukan **Pengobatan** medis segera, yang tanpa **Pengobatan** dimulai dalam waktu 48 jam semenjak kejadian darurat tersebut bisa mengakibatkan kematian atau kerusakan serius fungsi tubuh.

**Layanan Evakuasi atau Repatriasi**

Memindahkan **Anda** ke **Rumah Sakit** yang memiliki fasilitas medis **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** yang diperlukan baik di negara di mana **Anda** jatuh sakit atau di negara terdekat lainnya (evakuasi) atau membawa **Anda** kembali ke **Negara Kewarganegaraan** utama **Anda** atau **Negara Tempat Tinggal Anda** (repatriasi). Layanan ini mencakup setiap **Pengobatan** yang **secara Medis Diperlukan** yang diberikan oleh perusahaan bantuan internasional yang ditunjuk oleh **Kami** saat mereka memindahkan **Anda**.

**Ekspatriat**

Setiap orang yang tinggal dan/atau bekerja di luar negeri yang mereka pegang paspornya. Biasanya untuk jangka waktu lebih dari 180 hari per **Masa Pertanggungan**.

**Daerah Geografis**

Daerah geografis digunakan untuk menghitung premi yang akan dikenakan pada **Anda** berdasarkan **Negara Tempat Tinggal Utama Anda** pada **Tanggal Mulai** atau **Tanggal Pembaharuan** berikutnya dari **Polis Grup** in

| | |
|---|---|
| **Polis Grup** | Kontrak antara **Pemegang Polis** dan **Kami** yang menetapkan ketentuan dan persyaratan pertanggungan yang disediakan. Persyaratan dan ketentuan lengkap terdiri dari formulir permohonan seleksi risiko medis penuh Karyawan Grup (jika ada), **Sertifikat Asuransi, Ikhtisar Manfaat** dan buku panduan peserta ini. |
| **Rumah Sakit** | Setiap lembaga, yang diberi izin sebagai rumah sakit medis atau bedah berdasarkan hukum negara di mana ia beroperasi. Lembaga berikut tidak dianggap sebagai rumah sakit: rumah istirahat dan panti jompo, spa, pusat penyembuhan dan resort kesehatan. |
| **Akomodasi Rumah Sakit** | Mengacu pada akomodasi pribadi atau semi-pribadi standar seperti ditunjukkan dalam **Ikhtisar Manfaat**. Kamar deluxe, executive dan VIP suite tidak ditanggung. |
| **Penyedia Medis dalam Jaringan** | Penyedia medis dalam jaringan adalah penyedia medis yang mengadakan kontrak dengan **Polis Grup** untuk menyediakan layanan kepada peserta **Polis Grup** dengan tarif tertentu yang telah dinegosiasikan sebelumnya. |
| **Pasien Rawat Inap** | Pasien yang dirawat di **Rumah Sakit** dan yang menempati tempat tidur semalam atau lebih lama, karena alasan medis. |
| **Tertanggung/Anda** | **Anda** dan/atau **Tanggungan** yang disebutkan pada **Sertifikat Asuransi** yang ditanggung menurut **Polis Grup** ini. |
| **Operasi Elektif Utama** | Operasi Elektif Utama melibatkan prosedur yang kompleks, invasif pada organ vital (kepala, dada, perut, anggota tubuh) yang membutuhkan anestesi, manipulasi jaringan yang signifikan, rawat inap dirumah sakit, dan pemulihan yang lebih lama, memiliki resiko lebih tinggi terhadap komplikasi serius atau berdampak pada kehidupan/sistem tubuh utama.<br>**Operasi Elektif Utama yang memenuhi syarat:**<br>• Operasi Jantung Elektif<br>• Mastektomi dengan rekonstruksi<br>• Penggantian sendi pinggul dan lutut, perbaikan ligament lutut dan Operasi bahu<br>• Operasi Otak dan Tulang Belakang (kraniotomi, fusi tulang belakang, lakinektomi, disektomi, foraminotomi)<br>• Operasi vaskular utama (perbaikan aneurisma aorta, endarterektomi karotis, bypass vaskular perifer, rekonstruksi arteri mesenterika/ginjal, trombektomi, varises)<br>• Operasi katarak |
| **Kondisi Medis** | Setiap penyakit, cedera atau kesakitan, termasuk **Penyakit Kejiwaan**. |
| **Praktisi Medis** | Seorang yang telah mencapai gelar utama dalam bidang kedokteran atau bedah sesudah belajar di sekolah kedokteran yang diakui oleh **WHO** dan yang diberi izin untuk berpraktik kedokteran oleh lembaga yang berwenang di negara di mana **Pengobatan** diberikan. Yang **Kami** maksud dengan "sekolah kedokteran yang diakui" adalah sekolah kedokteran, yang tercantum dalam Direktori Dunia Sekolah Medis saat ini yang diterbitkan oleh **WHO**. |
| **Secara Medis Diperlukan** | **Pengobatan**, yang menurut pendapat dari **Praktisi Medis** yang memenuhi syarat, tepat dan sesuai dengan diagnosa dan yang sesuai dengan standar medis yang berlaku umum tidak boleh dihilangkan tanpa secara merugikan mempengaruhi kondisi **Tertanggung** atau kualitas perawatan medis yang diberikan. **Pengobatan** tersebut harus diperlukan untuk alasan selain kenyamanan pasien atau **Praktisi Medis** dan disediakan hanya untuk durasi waktu yang tepat. Sebagaimana digunakan dalam definisi ini, istilah "tepat" berarti mempertimbangkan keselamatan pasien dan efektivitas biaya. Bila secara khusus diterapkan pada **Pengobatan Rawat Inap**, secara medis diperlukan juga berarti bahwa diagnosis tidak dapat dibuat, atau **Pengobatan** tidak dapat diberikan secara aman dan efektif secara **Rawat Jalan**. |
| **Bayi Baru Lahir** | Bayi yang berumur 16 minggu pertama sesudah lahir. |
| **Jaringan Penyedia** | Daftar penyedia medis yang **Kami** terbitkan dimana **Kami** mempunyai **Perjanjian Penagihan Langsung**. |

| | |
|---|---|
| **Biaya risiko sendiri per kunjungan Rawat jalan** | Jumlah tidak ditanggung yang dibayar oleh **Tertanggung** sehubungan biaya **Rawat Jalan** sebelum **Manfaat** dibayar berdasarkan **Polis**, sebagaimana ditentukan dalam **Sertifikat Asuransi Anda**. Setiap kunjungan berlaku untuk setiap konsultasi. Biaya **Risiko Sendiri** per **kunjungan Rawat Jalan** berlaku per **Tertanggung**, per **konsultasi Rawat Jalan**, ketika **Anda** menerima **Perawatan Rawat Jalan** memenuhi syarat di dalam dan di luar **Jaringan Penyedia Now Health International**. |
| **Penyedia Medis di Luar Jaringan** | Penyedia di luar jaringan adalah penyedia medis yang tidak mengadakan kontrak dengan **Polis Grup Anda.** |
| **Pasien Rawat Jalan** | Pasien yang mendatangi **Rumah Sakit**, ruang konsultasi, Konsultasi Telemedis atau klinik rawat jalan dan tidak dirawat sebagai **Pasien Rawat Sehari** atau **Pasien Rawat Inap**. |
| **Penagihan Langsung Rawat Jalan** | Daftar penyedia medis yang **Kami** terbitkan dimana **Kami** mempunyai **Jaringan Penyedia Penagihan** Langsung. |
| **Masa Pertanggungan** | Masa pertanggungan yang ditetapkan dalam **Sertifikat Asuransi**. Ini adalah masa 12 bulan mulai dari **Tanggal Mulai** atau **Tanggal Pembaharuan** berikutnya yang berlaku. |
| **Fisioterapis** | Fisioterapis praktik yang terdaftar dan mendapat izin untuk berpraktik di negara di mana **Pengobatan** disediakan. |
| **Pra-Otorisasi** | Berarti suatu proses di mana **Tertanggung** meminta persetujuan dari **Kami** sebelum menjalani **Pengobatan** apapun atau mengeluarkan biaya. **Manfaat** yang mensyaratkan pra-otorisasi dari **Kami** tersebut akan menunjukkan **Pra-Otorisasi** ☎dalam **Ikhtisar Manfaat** dan seperti yang dijelaskan pada bab 4. |
| **Administrator Polis** | Orang yang ditunjuk oleh **Pemegang Polis** untuk mengurus **Polis Grup** dari **Tertanggung**, dan untuk bertindak sebagai koordinator dengan **Kami**. |
| **Pemegang Polis** | **Tertanggung** pertama yang disebutkan dalam Sertifikat Asuransi, atau perusahaan. |
| **Kehamilan** | Mengacu pada kurun waktu dari tanggal diagnosa pertama sampai melahirkan. |
| **Ruang Pribadi** | Akomodasi hunian sendiri di **Rumah Sakit** swasta. Kamar deluxe, executive dan VIP suite tidak ditanggung. |
| **Penyakit Kejiwaan** | Kelainan mental atau saraf yang memenuhi kriteria untuk diklasifikasikan menurut sistem klasifikasi internasional seperti Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) atau International Classification of Diseases (ICD). Kelainan harus terkait dengan kesulitan saat ini, atau gangguan yang cukup besar dalam hal kemampuan individu untuk berfungsi dalam aktivitas hidup utama (misalnya kerja). Kondisi tersebut harus menunjukaan secara klinis, bukan sekedar tanggapan yang diperkirakan terhadap kejadian tertentu seperti berkabung, masalah hubungan atau masalah akademik dan akulturasi. |
| **Kondisi Terkait** | **Kondisi Terkait** adalah penyakit, cedera atau kesakitan termasuk **Penyakit Kejiwaan** yang disebabkan oleh **Kondisi Medis yang Sudah Diderita** atau diakibatkan oleh penyebab dasar yang sama dengan **Kondisi Medis yang Sudah Diderita**. |
| **Perawat Berijazah** | Perawat yang namanya saat ini tercantum dalam setiap buku daftar pencatatan atau daftar nama perawat, dikelola oleh Badan Registrasi Perawat Resmi di negara di mana **Pengobatan** disediakan. |

| | |
|---|---|
| **Biaya Wajar dan Layak** | Biaya standar yang biasanya akan dikeluarkan dalam hal biaya **Pengobatan Anda**, di negara dimana **Anda** mendapat **Pengobatan**. **Kami** mungkin mensyaratkan biaya tersebut harus dibenarkan oleh pihak ketiga yang independen, misalnya Dokter Bedah praktik/Dokter/**Dokter Spesialis** atau departemen kesehatan pemerintah. |
| **Pertanggungan Regional: Asia Tenggara (Kecuali Singapura)** | Pilihan daerah geografis yang tersedia untuk penduduk di Asia Tenggara (kecuali Singapura).<br>Jika **Anda** telah memilih opsi ini, kami akan membayar klaim yang memenuhi syarat yang terjadi di Asia Tenggara (kecuali Singapura), Australia, dan Selandia baru.<br>Asia Tenggara (kecuali Singapura) berarti:<br>Burma/Myanmar, Brunei, Kamboja, Pulau Christmas, Pulau Cocos, Timor Leste, Indonesia, Laos, Malaysia, Filipina, Thailand, dan Vietnam. |
| **Rehabilitasi** | **Pengobatan yang secara Medis Diperlukan** yang dimaksudkan untuk memulihkan kegiatan yang dapat berdiri sendiri untuk kehidupan sehari-hari dan bentuk dan/atau fungsi normal dari **Tertanggung** setelah **Kondisi Medis**. |
| **Tanggal Pembaharuan** | Ulang tahun **Tanggal Mulai Polis Grup.** |
| **Ruang Semi-Pribadi** | Akomodasi hunian berdua di **Rumah Sakit** swasta. Kamar deluxe, executive dan VIP suite tidak ditanggung. |
| **Dokter Spesialis** | Dokter bedah, dokter anestesi atau dokter yang telah mencapai gelar utama dalam bidang kedokteran atau bedah sesudah mengikuti sekolah kedokteran yang diakui **WHO** dan yang mendapat izin untuk berpraktik kedokteran dari instansi yang berwenang di negara di mana **Pengobatan** diberikan, dan diakui memiliki kualifikasi khusus dalam bidang atau keahlian **Pengobatan** penyakit, kesakitan atau cedera yang sedang diobati. Yang **Kami** maksud dengan "sekolah kedokteran yang diakui" adalah sekolah kedokteran yang tercantum dalam Direktori Dunia Sekolah Medis saat ini yang diterbitkan oleh **WHO**. |
| **Tanggal Mulai** | Tanggal mulai yang ditunjukkan pada **Sertifikat Asuransi Anda**. |
| **Prosedur Bedah** | Operasi yang membutuhkan sayatan jaringan atau intervensi bedah invasif lainnya. |
| **Terminal** | Setelah diagnosa bahwa kondisinya terminal dan **Pengobatan** tidak bisa lagi diharapkan untuk menyembuhkan kondisi tersebut dengan kematian diperkirakan terjadi dalam waktu 12 bulan setelah diagnosa. |
| **Obat Cina Tradisional dan Pengobatan Ayurveda** | Obat Cina Tradisional (TCM) and Pengobatan Ayurveda ada di luar lembaga dimana pengobatan konvensi diajarkan. Lembaga tersebut adalah sistem penyembuhan holistik yang berfokus pada individu daripada penyakit. Kedua sistem menggunakan berbagai intervensi, termasuk herbal, diet dan perubahan gaya hidup. |
| **Pengobatan** | Layanan bedah atau medis (termasuk **Tes Diagnostik**) yang diperlukan untuk mendiagnosa, meringankan atau menyembuhkan **Kondisi Medis**. |
| **Penanggung** | Perusahaan-perusahaan asuransi yang disebutkan sebagai penanggung dalam **Sertifikat Asuransi**. PT Sompo Insurance Indonesia adalah penanggung asuransinya. |
| **Vaksinasi** | Mengacu pada semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang dipersyaratkan dalam peraturan negara di mana **Pengobatan** yang diberikan, setiap vaksinasi perjalanan yang secara **Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria. |
| **Masa Tunggu** | Adalah kurun waktu yang dimulai pada **Tanggal Masuk Tertanggung**, di mana **Tertanggung** tidak berhak atas pertanggungan untuk **Manfaat** tertentu. **Ikhtisar Manfaat Anda** akan menunjukkan **Manfaat** apa saja yang tunduk pada masa tunggu. |
| **Kami** | PT Sompo Insurance Indonesia |
| **WHO** | Organisasi Kesehatan Dunia. |

# 2. Mengelola Polis Grup anda secara online

## Panduan ke area portofolio online yang aman

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

### Tentang saya

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

### Polis Saya

**Anda** dapat melihat rincian **Polis Anda** dan mengunduh **Sertifikat Asuransi Anda**, buku Panduan peserta, dan formulir klaim dari sini. **Anda** dapat menggunakan portofolio online aman **Anda** untuk melihat dan mengunduh dokumen **Polis Anda**.

### Klaim Anda

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

### Fitur lainnya

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

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

### Unduh aplikasi mobile kami

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

Download on the App Store

ANDROID APP ON Google play

# 3. Cara mengajukan klaim

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

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

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

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

## 3.1 Mengajukan klaim untuk Pengobatan yang Anda telah bayar

### *Langkah 1*

**Pilih cara pengajuan klaim yang Anda inginkan**

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

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

### *Langkah 2*

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

***Gunakan formulir klaim (cetak atau pdf):***
Lengkapi bagian 1 dan 2 formulir tersebut, tandatangani dan kirim kepada **Kami** beserta kwitansi-kwitansi dan informasi terkait lainnya seperti laporan diagnostik, laporan keluar rumah sakit dan laporan medis.

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

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

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

### *Langkah 2*

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

***Gunakan formulir klaim (cetak atau pdf):***
**Anda** dan Praktisi Medis **Anda** harus melengkapi semua bagian yang relevan sebelum **Anda** mengajukan klaim **Anda**. Tandatangani formulir klaim dan kirim kepada **Kami** beserta kwitansi-kwitansi dan informasi terkait lainnya seperti laporan diagnostik, laporan keluar rumah sakit dan laporan medis.

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

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

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

### *Langkah 3*

**Kami** akan menilai klaim **Anda**. Dengan catatan **Kami** memiliki semua informasi yang **Kami** butuhkan, **Kami** akan memproses semua klaim yang **Memenuhi Syarat** dalam waktu lima hari kerja setelah diterima. **Anda** mungkin perlu memberikan waktu tambahan bagi bank untuk memproses penggantian **Anda**.

### *Langkah 4*

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

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

**Catatan penting:**

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

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

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

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

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

Harap dicatat bahwa process diatas berlaku untuk klaim terhadap **Manfaat** persalinan, perawatan gigi, **Pemeriksaan Kesehatan**, **Optik dan Vaksinasi** jika **Anda** telah memilih **Polis Grup** dengan **Manfaat-Manfaat** tersebut.

## 3.2 Mengurus Penyelesaian Langsung

### 3.2.1 Untuk Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari

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

#### *Langkah 1*

Lima hari kerja sebelum **Anda** dirawat (atau bila memungkinkan), hubungi tim layanan pelanggan **Kami** di
Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | 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 medis pada hari **Pengobatan Anda**, tunjukkan kartu kepesertaan **Anda** dan beritahu mereka bahwa **Penagihan Langsung** telah diurus.

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

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

#### *Langkah 4*

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

**Catatan penting:**

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

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

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

## 3.2 Mengurus Penyelesaian Langsung

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

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

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

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

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

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

#### *Langkah1*

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

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

**Anda** dapat menghubungi tim ini di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | ClinicalService@now-health.com.

#### *Langkah2*

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

#### *Langkah 3*

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

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

#### *Langkah 4*

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

#### *Langkah 5*

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

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

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

**Penagihan Langsung Rawat Jalan tidak** tersedia untuk Psikiatri, Obat Alternatif, Terapi Penggantian Hormon, vitamin, mineral, Perawatan gigi, persalinan, pemeriksaan kesehatan, optik dan Manfaat **Vaksinasi** kecuali ditentukan pada Kartu kepesertaan **Anda**.

## 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.
Layanan ini tersedia 24 jam sehari, 365 hari setahun.

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

### *Langkah 2*

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

### *Langkah 3*

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

### *Langkah 4*

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

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

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

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

### *Langkah 5*

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

**Catatan penting:**

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

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

## 3.4 Mengakses Pengobatan Elektif di Amerika Serikat

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

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

### *Langkah 1*

Lima hari kerja sebelum **Pengobatan Anda** (atau sedini mungkin), hubungi tim layanan nasabah **Kami** di
Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | ClinicalService@now-health.com.

Seorang Penasihat Klinis akan memverifikasi hak **Anda** atas **Manfaat** untuk **Pengobatan** yang diusulkan dan memberi **Anda** rincian tentang cara mengajukan klaim.

Beritahu **Kami** nama fasilitas medis, nomor telepon, nomor faks, nama kontak dan nama **Praktisi Medis**.

### *Langkah 2*

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

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

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

### *Langkah 3*

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

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

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

### *Langkah 4*

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

**Catatan penting:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 3.6 Apakah saya perlu memberikan informasi lain?

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

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

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

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

**Kami** hanya akan membayar klaim apabila:

- Klaim telah diajukan ke **Polis** asuransi yang lain tapi klaimnya tidak dibayarkan / tidak dibayarkan secara penuh karena tidak memenuhi syarat atau batas manfaat telah habis dalam polis asuransi lain, dan
- Jumlah klaim yang tidak dibayarkan dianggap sebagain klaim yang memenuhi syarat dalam **Polis** ini.

### 3.7.1 Asuransi Kesehatan Nasional Indonesia

Jika **Anda** mengikuti program penagihan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Indonesia Diagnosis-Related Groups (IDRG), pihak asuransi akan membayarkan sampai batas maksimal 250% x total tagihan/klaim IDRG, sesuai dengan peraturan BPJS yang berlaku. Penerapan mekanisme Koordinasi Manfaat (COB) BPJS tergantung pada jadwal kebijakan BPJS, pengaturan operasional, dan fasilitas perawatan kesehatan yang berpartisipasi.

**Polis** ini tidak ikut program BPJS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 3.10 Bagaimana penggantian biaya klaim akan dihitung?

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

## 3.11 Dalam mata uang apa klaim dapat diajukan?

**Anda** memiliki pilihan penggantian klaim baik dalam mata uang dari **Polis Grup Anda**, mata uang 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**.

## 3.12 Berapa lama maksimum resep yang dapat saya klaim pada satu waktu?

Obat-obatan yang memenuhi syarat yang diresepkan oleh Praktisi Medis **Anda** akan dibayarkan hingga 3 bulan atau hingga akhir tanggal polis **Anda**, mana yang lebih awal.

# Informasi Produk

# 4. Manfaat: Apa saja yang ditanggung?

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

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

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

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

## 4.1 Ikhtisar Worldcare

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

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

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

**Kami** memberikan pertanggungan regional berdasarkan **Negara Tempat Tinggal Anda**.
**Opsi pertanggungan yang tersedia adalah:**

Pertanggungan regional : Asia Tenggara (kecuali Singapura)

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

| | |
|---|---|
| **Perawatan Ko-Asuransi Pengobatan Rawat Jalan** | Jika memilih opsi ini, biaya yang berkaitan dengan **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat** dengan 10% **Ko-Asuransi**. |
| **Perawatan Ko-Asuransi Pengobatan Rawat Jalan** – Opsi 2 | Jika memilih opsi ini, biaya yang berkaitan dengan **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat** dengan 20% **Ko-Asuransi**. |
| **Biaya Rawat Jalan** (Hanya Essential) | Penambahan **Manfaat Rawat Jalan** pada opsi **Polis** Essential. |
| **Biaya Rawat Jalan** – Opsi 2 (Hanya Essential) | Sama dengan Biaya **Rawat Jalan** tetapi mencakup Pemeliharaan **Kondisi Medis Kronis** dalam sub-batas **Manfaat**. |
| **Biaya Rawat Jalan** – Opsi 3 (Hanya Essential) | Menambahkan **Rawat Jalan** kecelakaan dan Darurat dan penambahan **Manfaat** Pra-Operasi dan Pasca Rawat Inap ke dalam **Polis** Essential. |
| **Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan Rawat Jalan** | Pilihan ini tersedia untuk Advance, Excel, dan Apex. **Anda** dapat memilih untuk membayar USD 25 atau USD 15 untuk resiko sendiri setiap kali **Anda** melakukan konsultasi **Rawat Jalan**. Harap dicatat bahwa jika anda memilih **Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan Rawat Jalan**, **Anda** harus membayar terlebih dahulu USD 25 atau USD 15 untuk klaim **Rawat Jalan yang memenuhi syarat**. |

| | |
|---|---|
| **Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi** | Pilihan ini tersedia untuk Esential dimana Biaya **Rawat Jalan** atau Biaya **Rawat Jalan** – opsi 2 terlah dipilih, atau pada Advance, Excel, dan Apex **Polis**. Pilihan ini memungkinkan **Anda** untuk menerima pertanggungan terbatas untuk pemerikasaan kesehatan, optik dan **Vaksinasi**. |
| **Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi** – Opsi 2 | Pilihan ini tersedia untuk Advance, Excel, dan Apex **Polis**. Pilihan ini memungkinkan **Anda** untuk menerima Pertanggungan terbatas untuk **Pemerikasaan Kesehatan**, **Optik dan Vaksinasi**. |
| **Pemeriksaan Kesehatan dan Vaksinasi** – Opsi 3 | Pilihan ini tersedia untuk Essential dimana Biaya **Rawat Jalan** atau Biaya **Rawat Jalan** – Opsi 2 telah dipilih, atau pada Advance, Excel, dan Apex. Pilihan ini memungkinkan **Anda** untuk menerima Pertanggungan terbatas untuk **Pemerikasaan Kesehatan dan Vaksinasi**. |
| **Pengobatan** Elektif di Amerika Serikat | Biaya yang terkait dengan **Pengobatan Rawat Inap**, **Rawat Sehari** dan **Pengobatan Rawat Jalan** di Amerika Serikat akan dibayarkan penuh bila **Pengobatan** diterima di jaringan Penyedia **Kami**. |
| **Risiko Sendiri Polis Pilihan Anda** | **Risiko Sendiri** berlaku untuk **Pengobatan Rawat Inap, Rawat Sehari, Evakuasi atau Perluasan Evakuasi** per tertanggung, per **Masa Pertanggungan** |

Diatas adalah ikhtisar dari hanya beberapa **Manfaat** dari **Polis Grup**. Untuk rincian lengkap **Manfaat** dan pengecualiannya, sangat penting bagi **Anda** untuk membaca buku panduan ini secara lengkap. Untuk **Ikhtisar Manfaat** lengkap, silahkan membaca bab 4.3

## 4.2 Pra-Otorisasi

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

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

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

**Anda** harus menghubungi tim layanan nasabah **Kami** di
Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639

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

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

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

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

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

## 4.3 WorldCare

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

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

## 4.3.1 WorldCare Essential

| Manfaat | Essential |
|---|---|
| **Batas Maksimum Tahunan Polis Grup**<br>***Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup*** | **USD 3 jt** |
| **1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:**<br>*Pemeliharaan **Kondisi Medis** kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan **Obat-obatan dan Perban** dan/atau tes sampai batas **Manfaat** sesudah **Tanggal Masuk Anda**. **Manfaat** ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam **Manfaat** 6. Klaim untuk **Kanker** akan masuk dalam **Manfaat** 8.* | *Tidak ditanggung* |
| **2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:**<br>*(i) Biaya untuk **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** yang dilakukan oleh **Rumah Sakit** termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); **Tes Diagnostik;** Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh **Perawat Berijazah**; **Obat dan Perban** yang diresepkan oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis;** dan peralatan bedah yang digunakan oleh **Praktisi Medis** selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.*<br>*(ii) Peralatan Medis Tahan Lama, Prostetik dan Perlengkapan Ortotik (DMEPOS) Ketika disediakan dalam waktu 6 bulan setelah pengobatan **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** di **Rumah Sakit** untuk **kondisi medis** yang **memenuhi syarat**, yang diresepkan **oleh dokter** yang menangani Anda. **Kami** akan menanggung biaya untuk hal-hal berikut:*<br>*i. Pembelian atau penyewaan kruk, Sepatu bot udara, dan pembelian atau penyewaan awal kursi roda (kursi roda yang digerakan sendiri)*<br>*ii. Sistem pengiriman untuk obat-obatan dan perban yang diresepkan*<br>*iii. Perlengkapan ortotik seperti sol kaki dan penopang ortotik*<br>*iv. Prostetik eksternal yang dibutuhkan setelah operasi. Hal ini termasuk penyangga dan alat bantu berjalan, pembelian dan pemasangan awal anggota tubuh buatan dan mata buatan. Tidak termasuk alat bantu pendengaran.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh **Pra-Otorisasi untuk (i)** ☎*<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 2,000 per **Kondisi Medis*** |
| **3. Prosedur Diagnostik:**<br>*Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang **Secara Medis Diperlukan** diterima sebagai pasien **Rawat Inap, Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan.*** | ***Pra-Otorisasi untuk PET, MRI, CT*** ☎ ▶ *Pengembalian penuh* |
| **4. Transportasi Ambulans Darurat:**<br>*Biaya transportasi ambulans darat **Darurat** ke atau antar **Rumah Sakit**, atau bila dianggap **Secara Medis Diperlukan** oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis**.* | ▶ *Pengembalian penuh* |
| **5. Akomodasi Orangtua:**<br>*Biaya satu orang tua untuk tinggal di **Rumah Sakit** semalam dengan **Tertanggung** yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien **Rawat Inap** untuk **Pengobatan** yang **Memenuhi Syarat.*** | ▶ *Pengembalian penuh* |
| **6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:**<br>*(i) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Inap**.*<br>*(ii) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh untuk **Perawatan Rawat Inap** pra dan pasca perawatan operasi*<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 50.000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **7. Transplantasi Organ:**<br>*(i) **Pengobatan** untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan **Tertanggung** sebagai penerima.*<br>*Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggungan akan disediakan berdasarkan **Manfaat** 12 tetapi dikecualikan dari **Manfaat** 7 – Transplantasi Organ.*<br>*(ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari**, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.*<br>***Kami** hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman **WHO**.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 50.000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **8. Pengobatan Kanker:**<br>***Pengobatan** yang diberikan untuk **Kanker** yang diterima sebagai pasien **Rawat Inap, Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan.** Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.* | ▶ *Pengembalian penuh* |

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

| Manfaat | Essential |
|---|---|
| **9. Kondisi Medis Kehamilan:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang timbul selama tahapan antenatal* ***Kehamilan****, atau* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang timbul saat melahirkan.* ***Kami*** *akan mengizinkan* ***Pengobatan*** *berikut sebagai* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *berdasarkan* ***Manfaat*** *ini:*<br>• ***Kehamilan*** *Ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)*<br>• *Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)*<br>• *Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)*<br>• *Plasenta previa*<br>• *Eklampsia (koma atau kejang selama* ***Kehamilan*** *dan setelah pre-eklampsia)*<br>• *Diabetes (Jika* ***Anda*** *memiliki pengecualian karena riwayat medis* ***Anda*** *di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka* ***Anda*** *tidak akan ditanggung untuk setiap* ***Pengobatan*** *untuk diabetes selama Kehamilan)*<br>• *Perdarahan pasca-persalinan (pendarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)*<br>• *Keguguran yang memerlukan* ***Pengobatan*** *bedah segera*<br>***Manfaat*** *ini tidak memberikan tanggungan apa pun untuk prosedur operasi caesar atas permintaan sendiri atau* ***Darurat*** *atau 'kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan' kecuali untuk salah satu dari* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang* ***dinyatakan*** *di atas.*<br>***Masa Tunggu****: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak* ***Tanggal Masuk*** *sang Ibu dikecualikan.* | *Pengembalian penuh* |
| **10. Pertanggungan untuk Bayi Baru Lahir:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau* ***Kondisi Akut*** *yang diderita oleh bayi* ***Baru Lahir*** *dari* ***Tertanggung*** *yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi* ***Baru Lahir*** *ditambahkan ke dalam* ***Polis Grup*** *dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.*<br>*Bilamana* ***Kami*** *meminta rincian tentang riwayat kesehatan* ***Bayi Baru Lahir*** *sebelum bayi ditambahkan ke dalam* ***Polis****,* ***Kami*** *berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungan yang akan* ***Kami*** *tawarkan.*<br>*Untuk rinciannya, Silahkan lihat Bab 6.5 - Menambahkan* ***Bayi Baru Lahir*** *dari Buku Panduan Peserta ini.* | *Hingga USD 100.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:**<br>*Biaya* ***Akomodasi Rumah Sakit*** *yang berkaitan dengan bayi* ***Baru Lahir*** *(sampai umur 16 minggu) untuk menemani ibunya (yang menjadi* ***Tertanggung****) saat ia mendapat* ***Pengobatan*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *sebagai Pasien* ***Rawat Inap*** *di* ***Rumah Sakit****.* | *Pengembalian penuh* |
| **12. Kelainan Bawaan:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk* ***Kelainan Bawaan****. Dalam keadaan di mana* ***Kelainan Bawaan*** *muncul pada bayi* ***Baru Lahir*** *dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungan untuk* ***Kondisi Medis*** *tersebut akan diberikan berdasarkan* ***Manfaat*** *10 tetapi dikecualikan dari* ***Manfaat*** *12 –* ***Kelainan Bawaan.*** | *Hingga USD 100.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **13. Bedah Rekonstruksi:**<br>*Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah* ***Kecelakaan*** *atau sesudah* ***Prosedur Bedah*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat,*** *yang terjadi setelah* ***Tanggal Masuk*** *atau* ***Tanggal Mulai Tertanggung*** *yang mana yang paling akhir.* | *Pengembalian penuh* |
| **14. Rehabilitasi:**<br>*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:*<br>*(i) Penggunaan kamar* ***Pengobatan*** *khusus*<br>*(ii) Biaya terapi fisik*<br>*(iii) Biaya terapi wicara*<br>*(iv) Biaya terapi okupasi* | *Pengembalian penuh untuk* ***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *hanya sampai 30 hari per* ***Kondisi Medis*** |
| **15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:**<br>*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.*<br>***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:*<br>• *Jika* ***Pengobatan*** *meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan,* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Layak untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.*<br>• *Jika implan dibutuhkan secara klinis* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.*<br>***Manfaat*** *ini juga menanggung perbaikan atau rekonstruksi gigi palsu yang rusak setelah suatu* ***Kecelakaan*** *yang mengharuskan* ***Tertanggung*** *masuk ke* ***Rumah Sakit*** *selama satu malam, asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat* ***Kecelakaan.*** | *Pengembalian penuh* |
| **16. Pengobatan Jiwa Rawat Inap:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *di unit jiwa yang diakui di* ***Rumah Sakit****. Semua* ***Pengobatan*** *harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari psikiater yang Terdaftar.* | ***Pra-Otorisasi*** ☎<br>*Pengembalian penuh yang dibatasi sampai 30 hari per* ***Masa Pertanggungan*** |

Pengembalian penuh  Tidak ditanggung  Sesuai dengan batas  Pilihan

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

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

| Manfaat | Essential |
|---|---|
| **21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:**<br>***i)*** ***Manfaat*** *ini dibayarkan ketika* ***Tertanggung*** *menerima* ***Pengobatan Rawat Inap*** *dan hanya jika* ***Tertanggung*** *dirawat untuk* ***Pengobatan Rawat Inap*** *sebelum tengah malam, dan* ***Pengobatan*** *yang diterima secara gratis yang dinyatakan* ***memenuhi syarat*** *untuk* ***Manfaat*** *Pribadi dibawah* ***Polis*** *ini.*<br>***Manfaat*** *ini tidak dibayarkan jika tertanggung memenuhi syarat untuk* ***Manfaat Tunai Rumah Sakit*** *ii) Operasi Elektif Utama.* ***Manfaat*** *ini terbatas hingga minimum 30 hari antara masuk ke rumah sakit yang* ***memenuhi syarat****, dan hingga batas maksimum 5 kali masuk ke rumah sakit per tahun polis.*<br>***ii)*** ***Manfaat*** *ini dibayarkan ketika* ***Tertanggung*** *menjalani* ***Operasi Elektif Utama*** *dan hanya jika* ***Tertanggung*** *dirawat untuk* ***Pengobatan Rawat Inap*** *sebelum tengah malam, dan* ***pengobatan*** *diterima secara gratis yang dinyatakan* ***memenuhi syarat*** *untuk* ***Manfaat*** *Pribadi dalam* ***Polis*** *ini.*<br>***Manfaat*** *ini memerlukan persetujuan diawal dan berlaku minimum 30 hari antara masuk ke rumah sakit yang* ***memenuhi syarat****, dan hingga maksimum 3 kali masuk ke rumah sakit per tahun polis.*<br>*Untuk* ***Manfaat*** *ini, pengecualian 5.10 tidak berlaku.*<br>***Manfaat*** *ini tidak dibayarkan jika Anda masuk ke rumah sakit dan* ***Manfaat*** *ini tidak mendapatkan persetujuan diawal.* ***Manfaat*** *ini* ***tidak berlaku*** *jika Anda* ***dirawat*** *karena* ***Kecelakaan*** *dan* ***Darurat****.*<br>***Masa tunggu****: Pertanggungan hanya berlaku setelah Sembilan bulan keanggotaan berkelanjutan.* | ***Pra-otorisasi*** ☎<br>▶<br>*i) USD 200 per* ***masuk rumah sakit***<br>*ii) USD 1,000 per* ***operasi elektif utama*** |
| **22. Biaya Rawat Jalan:**<br>*(i) Biaya* ***Praktisi Medis*** *termasuk konsultasi, Biaya* ***Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban*** *yang diresepkan.*<br>*(ii) Telekonsultasi (Perjanjian Dokter secara virtual melalui sarana elektronik)*<br>*Biaya-biaya yang berhubungan dengan* ***Pengobatan*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *akan dibayar secara penuh dimana* ***Pengobatan*** *telah diterima dari* ***Penyedia Medis*** *yang terdaftar pada* ***Jaringan Penyedia Now Health International****.*<br>***Pengobatan*** *yang tidak dilakukan pada* ***Jaringan Penyedia Now Health International*** *akan dibayarkan secara* ***Biaya Wajar dan Umum****.*<br>*Tidak ada* ***Ko-asuransi Rawat Jalan*** *atau* ***Biaya Resiko Sendiri Per kunjugan Rawat Jalan*** *yang berlaku.*<br>*(iii)* ***Vitamin dan Mineral***<br>*Vitamin dan Mineral yang diresepkan oleh* ***Praktisi Medis****. Vitamin, mineral, dan pelumas mata yang diresepkan untuk defisiensi yang terdiagnosa akan dibayarkan dalam* ***Manfaat Rawat Jalan****.*<br>*Setiap konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayarkan menurut* ***Manfaat*** *ini.* | *(i) dan (ii)* ▶<br>*Konsultasi pra-operasi dalam15 hari sejak masuk rumah sakit dan konsultasi pasca rawat inap dalam 30 hari setelah keluar dari* ***Rumah Sakit*** *Hingga maksimal USD 2.000 per* ***Kondisi Medis*** *per* ***Masa Pertanggungan***<br>*(iii)* ▶<br>*Tidak ditanggung* |
| **23. Terapi Penggantian Hormon Menopause:**<br>*Biaya Terapi Penggantian Hormon saat diperlukan untuk meringankan gejala dari tahap awal menopause dimana tanggal permulaan dan* ***Pengobatan*** *dimulai dibawah usia 40 tahun.* | ▶<br>*Tidak ditanggung* |
| **24. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:**<br>*Biaya* ***Pengobatan*** *untuk* ***Prosedur Bedah*** *yang dilakukan di tempat praktek dokter,* ***Rumah Sakit****, fasilitas perawatan sehari atau atau instalasi* ***Rawat Jalan****. Setiap konsultasi pra-atau pasca-operasi dibayar berdasarkan* ***Manfaat*** *22 – biaya* ***Rawat Jalan****.* | ▶<br>*Pengembalian penuh* |
| **25. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:**<br>***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang diberikan oleh Psikolog Terdaftar dan/atau Psikiater Terdaftar, sesuai dengan 10 sesi dan batas biaya menurut bab ini.*<br>*Untuk 5 sesi pertama* ***Anda*** *dapat langsung memilih untuk mengunjungi Psikolog terdaftar tanpa perlu rujukan. Namun, setiap sesi berikutnya dengan Psikolog Terdaftar memerlukan rujukan dan rencana* ***Pengobatan*** *dengan dengan* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Dokter Spesialis****.* | ▶<br>*Tidak ditanggung* |
| **26. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif:**<br>*(i) Fisioterapi oleh* ***Fisioterapis*** *Terdaftar.*<br>*(ii) Obat dan* ***Pengobatan*** *Pelengkap oleh terapis.* ***Manfaat*** *ini meluas ke osteopathi, chiropody dan podiatry, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan* ***Pengobatan*** *akupunktur selain tenaga* ***Fisioterapi*** *yang ditanggung di dalam butir (i).*<br>***Anda*** *dapat memilih 5 sesi untuk setiap kombinasi* ***Manfaat*** *secara agregat selama* ***Masa Pertanggungan*** *untuk* ***Manfaat*** *(i) dan (ii) kecuali ahli gizi tanpa perlu rujukan; sesi selanjutnya harus dirujuk oleh* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Dokter Spesialis****.*<br>*Harap dicatat bahwa sesi harus dilakukan di fasilitas medis yang diakui atau pusat layanan Kesehatan yang disetujui. Sesi yang dilakukan dirumah tidak akan ditanggung.* | *(i)* ▶<br>*Hingga 5 sesi dalam waktu 30 hari setelah rawat inap*<br>*(ii)* ▶<br>*Tidak ditanggung* |

| Manfaat | Essential |
|---|---|
| **27. Rawat Jalan Obat Cina Tradisional dan Pengobatan Ayurveda:**<br>***Pengobatan Rawat Jalan*** *untuk terapi dilakukan oleh* ***Praktisi Medis*** *Cina yang diakui atau* ***Praktisi Medis*** *Ayurveda.*<br>*Semua klaim untuk memberikan diagnosa, biaya konsultasi, jenis* ***Perawatan****, biaya* ***Perawatan****, resep termasuk perincian pengobatan dan jumlah dosis.*<br>*Pengecualian 5.35 berlaku.* | ▶ *Tidak ditanggung* |
| **28. Perawatan di Rumah:**<br>*(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****.*<br>*(ii) Kunjungan ke rumah oleh* ***Praktisi Medis*** *(dokter umum) untuk panggilan* ***Darurat*** *di luar jam klinik normal.* | ***Pra-Otorisasi*** ☎<br>*(i)* ▶ *Hingga USD 100 per hari, hingga 30 hari per* ***Kondisi medis***<br>*(ii)* ▶ *Tidak ditanggung* |
| **29. AIDS:**<br>*Biaya medis, yang timbul dari atau dengan cara apapun yang berhubungan dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau penyakit terkait HIV, termasuk Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau AIDS Related Complex (ARC) dan/atau turunan mutan atau variasinya. Akibat dari* ***Kecelakaan*** *kerja yang terbukti* atau transfusi darah**. Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin untuk kondisi ini,* ***Obat-Obatan dan Perban*** *(kecuali percobaan atau yang belum terbukti),* ***Akomodasi Rumah Sakit*** *dan biaya keperawatan.*<br>* *Bagi peserta layanan darurat, profesi medis atau gigi, asisten laboratorium, apoteker atau pegawai di fasilitas medis yang memberikan bukti bahwa mereka tertular infeksi HIV tanpa sengaja saat melaksanakan tugas normal dari pekerjaan mereka; dan mereka tertular infeksi HIV tiga tahun setelah* ***Tanggal Masuk*** *atau* ***Tanggal Mulai****, mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan* ***Tertanggung****; dan tes yang menunjukkan tidak ada HIV atau antibodi terhadap virus tersebut dilakukan dalam waktu lima hari setelah kejadian; dan tes HIV positif terjadi dalam waktu 12 bulan dari* ***Kecelakaan*** *kerja yang dilaporkan.*<br>** *Selama transfusi darah diterima sebagai* ***Pasien Rawat*** *Inap sebagai bagian dari* ***Pengobatan*** *yang* ***Secara Medis Diperlukan.***<br>***Masa Tunggu:*** *Pertanggungan hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.* | ***Pra-Otorisasi*** ☎<br>▶ ***Pengobatan Rawat Inap*** *dan* ***Rawat Sehari yang Memenuhi Syarat*** *hanya sampai USD 25.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |

| Pilihan untuk Manfaat Utama | Essential |
|---|---|
| **30. Perawatan Gigi:**<br>*(i)* ***Pengobatan*** *gigi rutin: Biaya* ***Praktisi Gigi*** *terdaftar yang melaksanakan* ***Pengobatan*** *gigi rutin di tempat praktek gigi.* ***Pengobatan*** *gigi rutin berarti:*<br>*– Skrining (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan gigi tambalan, termasuk sinar-X bila diperlukan,*<br>*– Pembersihan karang gigi prefentif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (dua kali per tahun),*<br>*– Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan,*<br>*–* ***Pengobatan*** *saluran akar (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah* ***Pengobatan*** *saluran akar), dan*<br>*– Obat-obatan dan perban yang diresepkan.*<br>*Tidak ada* ***Pengobatan*** *lain yang ditanggung berdasarkan* ***Manfaat Pengobatan*** *gigi rutin.*<br>***Masa Tunggu****: Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari* ***Tanggal Masuk*** *dikecualikan.*<br>***Ko-Asuransi*** *20% berlaku.*<br>*Untuk* ***Manfaat*** *ini* ***Risiko Sendiri*** *atau* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *tidak berlaku.* | *(i)* ▶ *Hingga USD 250 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| *(ii)* ***Pengobatan*** *Gigi Kompleks: Biaya* ***Praktisi Gigi*** *terdaftar dan biaya terkait untuk prosedur berikut:* ***Pengobatan*** *Gigi Kompleks yang* ***Memenuhi Syarat****: termasuk misalnya:* ***Apikoektomi*** *yang dilakukan untuk mengobati berikut – Fraktur akar gigi; akar gigi sangat melengkung; gigi dengan mahkota gigi tiruan; Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar; Perforasi akar; Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, inlay dan jembatan gigi. Rasa sakit berulang dan infeksi; Gejala yang terus menerus yang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X. Pengapuran; Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi; Implan gigi; obat-obatan dan perban yang diresepkan.*<br>*Tidak ada* ***Pengobatan*** *lain (termasuk ortodontik) yang ditanggung berdasarkan* ***Manfaat*** *ini.*<br>***Masa Tunggu****: Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari* ***Tanggal Masuk*** *dikecualikan.*<br>***Ko-Asuransi*** *20% berlaku.*<br>*Untuk* ***Manfaat*** *ini* ***Risiko Sendiri*** *atau* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *tidak berlaku.*<br>*Harap dicatat bahwa* ***Manfaat*** *ini hanya tersedia apabila* ***Biaya Rawat Jalan*** *atau Biaya* ***Rawat Jalan*** *Opsi 2 (Manfaat 32 atau 33) dipilih.* | *(ii)* ▶ *Hingga USD 1.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **31. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:**<br>*(i) Biaya yang terkait dengan* ***Pengobatan Rawat Inap*** *dan* ***Rawat Sehari*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila* ***Pengobatan*** *diterima di Rumah Sakit yang tercantum dalam* ***Jaringan Penyedia.***<br>*(ii) Biaya yang terkait dengan* ***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *di Amerika Serikat akan dibayar hingga batas* ***biaya Rawat Jalan pada Polis anda.***<br>***Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari*** *yang tidak di terima di* ***jaringan penyedia Now Health International*** *akan dikenakan 50%* ***ko-asuransi***<br>*Pilihan ini tidak tersedia jika* ***Anda*** *telah memilih pilihan* ***Pertanggungan Regional****.* | ***Pra-Otorisasi untuk diagnosa dan operasi Rawat Jalan, dan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari*** ☎<br>▶ *Pilihan*<br>*Hingga USD 1,5 jt per* ***Tertanggung*** *per* ***Masa Pertanggungan*** |

| Pilihan untuk Manfaat Utama | Essential |
|---|---|
| **32. Biaya Rawat Jalan:** | |
| *(i) Biaya **Praktisi Medis** termasuk konsultasi, Biaya **Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban** yang diresepkan.* | *(i) dan (ii)* ▶ *Pilihan Hingga USD 5.000 per **Masa Pertanggungan** secara agregat* |
| *(ii) Telekonsultasi (Perjanjian Dokter secara virtual melalui sarana elektronik).* | |
| *Biaya-biaya yang berhubungan dengan **Pengobatan** yang **Memenuhi Syarat** akan dibayar secara penuh dimana **Pengobatan** telah diterima dari **Penyedia Medis** yang terdaftar pada **Jaringan Penyedia Now Health International**.* | |
| *__Pengobatan__ yang tidak dilakukan pada **Jaringan Penyedia Now Health International** akan dibayarkan secara **Biaya Wajar dan Umum**.* | |
| *Tidak ada **Ko-asuransi Rawat Jalan** atau **Biaya Resiko Sendiri Per kunjungan Rawat Jalan** yang berlaku.* | |
| *(iii) **Vitamin dan Mineral**:* | *(iii)* ▶ *Pilihan Hingga USD 150 per **Masa Pertanggungan** secara agregat dari keseluruhan batas **Manfaat Biaya Rawat Jalan*** |
| *Vitamin dan Mineral yang diresepkan oleh **Praktisi Medis**. Vitamin, mineral, dan pelumas mata yang diresepkan untuk defisiensi yang terdiagnosa akan dibayarkan dalam **Manfaat Rawat Jalan**.* | |
| ***Manfaat** ini (i)(ii)(iii) menggantikan **Manfaat** 22 – **Biaya Rawat Jalan**.* | *Kombinasi batas **Manfaat Biaya Rawat Jalan** hingga USD 5.000 per **Masa Pertanggungan** untuk (i), (ii), & (iii)* |
| *(iv) a. Fisioterapi oleh **Fisioterapis** Terdaftar.* | *(iv)* ▶ *Pengembalian penuh hingga maksimal 10 sesi per **Masa Pertanggungan** secara agregat. Fisioterapi terbatas hingga 10 sesi dan tidak ditambahkan dalam **Manfaat** 26* |
| *b. Obat dan **Pengobatan** Pelengkap oleh terapis. **Manfaat** ini meluas ke osteopathi, chiropody dan podiatry, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan **Pengobatan** akupunktur selain tenaga **Fisioterapi** yang ditanggung dalam butir (i).* | |
| *c. **Pengobatan Rawat Jalan** untuk terapi yang dilakukan oleh **Praktisi Medis** tradisional Cina yang diakui atau **Praktisi Medis** Ayurveda. Semua klaim untuk memberikan diagnosa, biaya konsultasi, jenis **Pengobatan**, biaya **Pengobatan**, resep termasuk perincian pengobatain dan jumlah dosis.* | |
| ***Anda** dapat memilih 5 sesi untuk setiap kombinasi **Manfaat** secara agregat selama **Masa Pertanggungan** untuk **Manfaat** (iv)a. dan (iv)b. kecuali ahli gizi tanpa perlu surat rujukan; sesi selanjutnya harus dirujuk oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis**.* | |
| ***Manfaat** ini menggantikan **Manfaat** 26 – **Rawat Jalan** Fisioterapi dan **Terapi Alternatif**.* | |
| *Setiap konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayarkan menurut **Manfaat** ini.* | |
| *Harap dicatat bahwa sesi harus dilakukan di fasilitas medis yang diakui atau pusat layanan Kesehatan yang disetujui. Sesi yang dilakukan dirumah tidak akan ditanggung.* | *(v)* ▶ *Pilihan Hingga USD 500 dan maksimal 10 sesi per **Masa Pertanggungan** secara agregat* |
| *(v) **Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan*** | |
| *__Pengobatan Rawat Jalan__ yang diberikan oleh Psikolog Terdaftar dan/atau Psikiater Terdaftar, sesuai dengan 10 sesi dan batas biaya menurut bab ini.* | |
| *Untuk 5 sesi pertama **Anda** dapat langsung memilih untuk mengunjungi Psikolog terdaftar tanpa perlu rujukan. Namun, setiap sesi berikutnya dengan Psikolog Terdaftar memerlukan surat rujukan dan **rencana Pengobatan** dengan **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis**.* | |
| ***Manfaat** ini menggantikan **Manfaat** 25 – **Rawat Jalan** Penyakit Kejiwaan.* | *(vi)* ▶ *Pilihan Hingga USD 400 per **Masa Pertanggungan*** |
| *(vi) **Terapi Penggantian Hormon Menopause*** | |
| *Biaya Terapi Penggantian Hormon saat diperlukan untuk meringankan gejala dari tahap awal menopause dimana tanggal permulaan dan **Pengobatan** dimulai dibawah usia 40 tahun.* | |
| ***Manfaat** ini menggantikan **Manfaat** 23 – Terapi Penggantian Hormon Menopause.* | |
| *Harap dicatat bahwa jika opsi ini dipilih, satu-satunya Opsi **Risiko Sendiri** yang dapat dipilih adalah USD 150, USD 250, USD 500, USD 1.000, USD 2.500 atau USD 5.000.* | |
| *Jika **Anda** memilih **Resiko Sendiri** opsional, **Anda** juga harus memilih Opsi **Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi**.* | |

## Pilihan untuk Manfaat Utama

## Essential

### 33. Biaya Rawat Jalan Pilihan 2:

***Biaya Rawat Jalan*** *termasuk biaya yang terkait dengan pemeliharaan* ***Kondisi Medis****.*

*(i) Biaya* ***Praktisi Medis*** *termasuk konsultasi, Biaya* ***Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban*** *yang diresepkan.*

*(ii) Telekonsultasi (Perjanjian Dokter secara virtual melalui sarana elektronik).*

*Biaya-biaya yang berhubungan dengan* ***Pengobatan*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *akan dibayar secara penuh dimana* ***Pengobatan*** *telah diterima dari* ***Penyedia Medis*** *yang terdaftar pada* ***Jaringan Penyedia Now Health International****.*

***Pengobatan*** *yang tidak dilakukan pada* ***Jaringan Penyedia Now Health International*** *akan dibayarkan secara* ***Biaya Wajar dan Umum****.*

*Tidak ada* ***Ko-asuransi Rawat Jalan*** *atau* ***Biaya Resiko Sendiri Per kunjugan Rawat Jalan*** *yang berlaku.*

*(i) dan (ii)*

*Pilihan*

*Hingga USD 5.000 per* ***Masa Pertanggungan*** *secara agregat*

*(iii)* ***Vitamin dan Mineral****:*

*Vitamin dan Mineral yang diresepkan oleh* ***Praktisi Medis****. Vitamin, mineral, dan pelumas mata yang diresepkan untuk defisiensi yang terdiagnosa akan dibayarkan dalam* ***Manfaat Rawat Jalan****.*

*(iii)*

*Pilihan*

*Hingga USD 150 per* ***Masa Pertanggungan*** *secara agregat dari keseluruhan batas* ***Manfaat Biaya Rawat Jalan***

*Kombinasi batas* ***Manfaat Biaya Rawat Jalan*** *hingga USD 5.000 per* ***Masa Pertanggungan*** *untuk (i), (ii), & (iii)*

***Manfaat*** *ini (i)(ii)(iii) menggantikan* ***Manfaat*** *22 –* ***Biaya Rawat Jalan****.*

*(iv) a. Fisioterapi oleh* ***Fisioterapis*** *Terdaftar.*

*b. Obat dan* ***Pengobatan*** *Pelengkap oleh terapis.* ***Manfaat*** *ini meluas ke osteopathi, chiropody dan podiatry, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan* ***Pengobatan*** *akupunktur selain tenaga* ***Fisioterapi*** *yang ditanggung dalam butir (i).*

*c.* ***Pengobatan Rawat Jalan*** *untuk terapi yang dilakukan oleh* ***Praktisi Medis*** *tradisional Cina yang diakui atau* ***Praktisi Medis*** *Ayurveda. Semua klaim untuk memberikan diagnosa, biaya konsultasi, jenis* ***Pengobatan****, biaya* ***Pengobatan****, resep termasuk perincian pengobatain dan jumlah dosis.*

***Anda*** *dapat memilih 5 sesi untuk setiap kombinasi* ***Manfaat*** *secara agregat selama* ***Masa Pertanggungan*** *untuk* ***Manfaat*** *(iv)a. dan (iv)b. kecuali ahli gizi tanpa perlu surat rujukan; sesi selanjutnya harus dirujuk oleh* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Dokter Spesialis****.*

***Manfaat*** *ini menggantikan* ***Manfaat*** *26 –* ***Rawat Jalan*** *Fisioterapi dan* ***Terapi Alternatif****.*

*Setiap konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayarkan menurut* ***Manfaat*** *ini.*

*(iv)*

*Pengembalian penuh hingga maksimal 10 sesi per* ***Masa Pertanggungan*** *secara agregat. Fisioterapi terbatas hingga 10 sesi dan tidak ditambahkan dalam* ***Manfaat*** *26*

*Harap dicatat bahwa sesi harus dilakukan di fasilitas medis yang diakui atau pusat layanan Kesehatan yang disetujui. Sesi yang dilakukan dirumah tidak akan ditanggung.*

*(v)* ***Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan***

***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang diberikan oleh Psikolog Terdaftar dan/atau Psikiater Terdaftar, sesuai dengan 10 sesi dan batas biaya menurut bab ini.*

*Untuk 5 sesi pertama* ***Anda*** *dapat langsung memilih untuk mengunjungi Psikolog terdaftar tanpa perlu rujukan. Namun, setiap sesi berikutnya dengan Psikolog Terdaftar memerlukan surat rujukan dan* ***rencana Pengobatan*** *dengan* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Dokter Spesialis****.*

*(v)*

*Pilihan*

*Hingga USD 500 dan maksimal 10 sesi per* ***Masa Pertanggungan*** *secara agregat*

***Manfaat*** *ini menggantikan* ***Manfaat*** *25 –* ***Rawat Jalan*** *Penyakit Kejiwaan.*

*(vi)* ***Terapi Penggantian Hormon Menopause***

*Biaya Terapi Penggantian Hormon saat diperlukan untuk meringankan gejala dari tahap awal menopause dimana tanggal permulaan dan* ***Pengobatan*** *dimulai dibawah usia 40 tahun.*

***Manfaat*** *ini menggantikan* ***Manfaat*** *23 – Terapi Penggantian Hormon Menopause.*

*(vi)*

*Pilihan*

*Hingga USD 400 per* ***Masa Pertanggungan***

*Harap dicatat bahwa jika opsi ini dipilih, satu-satunya Opsi* ***Risiko Sendiri*** *yang dapat dipilih adalah USD 150, USD 250, USD 500, USD 1.000, USD 2.500 atau USD 5.000.*

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

| Pilihan untuk Manfaat Utama | Essential |
|---|---|
| **34. Biaya Rawat Jalan Pilihan 3:**<br>*(i)* ***Manfaat Rawat Jalan Darurat**:*<br>*Biaya untuk **Perawatan Darurat** yang diterima sebagai pengobatan **Rawat Jalan** dalam department kecelakaan dan darurat penyedia medis termasuk:*<br>*Biaya **Praktisi Medis** termasuk konsultansi; Biaya **Dokter Spesialis; Tes Diagnostik, Obat-obatan dan Perban** yang diresepkan.*<br>*(ii)* ***Pra dan Pasca Operasi Biaya Rawat Jalan**:*<br>*a. Biaya **Praktisi Medis** termasuk konsultasi, Biaya **Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban** yang diresepkan.*<br>*b. Telekonsultasi (Perjanjian Dokter secara virtual melalui sarana elektronik)*<br>*Biaya-biaya yang berhubungan dengan **Pengobatan** yang **Memenuhi Syarat** akan dibayar secara penuh dimana **Pengobatan** telah diterima dari **Penyedia Medis** yang terdaftar pada **Jaringan Penyedia Now Health International**.*<br>***Pengobatan** yang tidak dilakukan pada **Jaringan Penyedia Now Health International** akan dibayarkan secara **Biaya Wajar dan Umum**.*<br>*c. Fisioterapi oleh **Fisioterapis** Terdaftar.*<br>*Setiap konsultasi pra-operasi dan konsultasi pasca-rawat inap dibayarkan menurut **Manfaat** ini.*<br>*Biaya yang berhubungan dengan konsultasi pra-operasi dalam 60 hari sejak masuk Rumah sakit dan konsultasi pasca rawat inap dalam 90 dari setelah keluar dari **Rumah Sakit**.*<br>***Manfaat** ini menggantikan **Manfaat** 22 – **Biaya Rawat Jalan** dan **Manfaat** 26 – Fisioterapi **Rawat Jalan** dan **Terapi Alternatif**.*<br>*Harap dicatat bahwa sesi harus dilakukan di fasilitas medis yang diakui atau pusat layanan Kesehatan yang disetujui. Sesi yang dilakukan dirumah tidak akan ditanggung* | *(i)* ▶ *Pilihan*<br>*Hingga maksimal USD 300 per **Masa Pertanggungan** secara agregat dan sesuai dengan **Biaya Resiko Sendiri Per Kunjungan Rawat Jalan** USD 25*<br>*(ii)* ▶ *Pilihan*<br>*Hingga maksimal USD 3.500 per **Kondisi Medis** per **Masa Pertanggungan** secara agregat.*<br>*Fisioterapi terbatas hingga 5 sesi* |
| **35. Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi:**<br>***Ko-Asuransi** 10% akan berlaku bagi semua **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat**. Jika **Polis Grup Anda** mencakup **Manfaat** perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan **Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi** yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar **Manfaat Anda.***<br>*Harap dicatat bahwa **Ko-Asuransi** tidak akan berlaku untuk **Pengobatan** yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, **Kanker** atau Transplantasi Organ.* | ▶ *Pilihan* |
| **36. Opsi Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi 2:**<br>***Ko-Asuransi** 20% akan berlaku untuk semua **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat.** Jika **Polis Grup Anda** mencakup **Manfaat** perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan **Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi** yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar **Manfaat Anda**.*<br>*Harap dicatat bahwa **Ko-Asuransi** tidak akan berlaku untuk **Pengobatan** yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal**, Kanker** atau Transplantasi Organ.* | ▶ *Pilihan* |
| **37. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi:**<br>*(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker**, BRCA I & II (jika ada riwayat keturunan), densitometri tulang (setiap lima tahun sekali untuk wanita berusia 50+), pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urin, kolesterol). Pemeriksaan Kesehatan Anak (sampai dengan usia 5 tahun)).*<br>*dan/atau*<br>*(ii) **Manfaat** Optikal: **Manfaat** ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dan operasi laser mata dan komplikasi apapun, dalam batas **Manfaat** yang dikombinasikan hingga maksimum USD 300 per **Masa Pertanggungan** untuk klaim optik.*<br>*Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi.*<br>*dan/atau*<br>*(iii) **Vaksinasi**: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.*<br>*Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.*<br>***Manfaat** ini hanya dapat diambil pada WorldCare Essential jika **Anda** memilih pilihan Biaya **Rawat Jalan** atau Biaya **Rawat Jalan** – Opsi 2.* | ▶ *Pilihan*<br>▶ *Batas yang dikombinasikan Hingga USD 500 per **Masa Pertanggungan*** |

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

| Pilihan untuk Manfaat Utama | Essential |
|---|---|
| **38. Pemeriksaan Kesehatan dan Vaksinasi Opsi 3:**<br>(i) *Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker**, BRCA I & II (jika ada riwayat keturunan), densitometri tulang (setiap lima tahun sekali untuk wanita berusia 50+), pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urin, kolesterol). Pemeriksaan Kesehatan Anak (sampai dengan usia 5 tahun)). dan/atau*<br>(ii) ***Vaksinasi**: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan pr ofilaksis malaria.*<br>*Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.*<br>***Manfaat** ini hanya dapat diambil pada WorldCare Essential jika **Anda** memilih pilihan Biaya **Rawat Jalan** atau Biaya **Rawat Jalan** – Opsi 2.* | *Pilihan*<br>*Batas yang dikombinasikan Hingga USD 250 per **Masa Pertanggungan*** |
| **39. Pengabaian Riwayat Kesehatan:**<br>*Harap dicatat bahwa Masa Tunggu tidak berlaku untuk **Manfaat Kondisi Medis Persalinan** perawatan gigi atau **Manfaat** tunai rumah sakit (ii) jika pengabaian riwayat kesehatan dipilih.* | *Pilihan*<br>***Untuk Polis Grup***<br>*Wajib 10+ Karyawan* |
| **40. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura:**<br>*Seperti dijelaskan dalam **Manfaat** 2. i), tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi **Rumah Sakit** pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk **Rumah Sakit** di Indonesia dan Singapura.*<br>*Memilih pilihan ini berarti bahwa kamar **Rumah Sakit** akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura Kamar **Rumah Sakit** di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.* | *Pilihan* |
| **41. Opsi Pertanggungan Regional: Asia Tenggara (kecuali Singapura):**<br>***Manfaat** 18 Pertanggungan untuk **Pengobatan** Non-Elektif di luar Wilayah Pertanggungan kalimat Polis diubah sebagai berikut:*<br>*Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. **Pengobatan** oleh **Praktisi Medis** atau Dokter **Spesialis** yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian **Darurat**, yang diperlukan sebagai akibat dari **Kecelakaan** atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan **Kondisi Medis** yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan Tertanggung.*<br>*Biaya yang terkait dengan **Kehamilan** rutin dan **Kondisi Medis Kehamilan** secara khususnya dikecualikan dari **Manfaat** ini.*<br>***Pertanggungan Regional (Asia Tenggara (kecuali Singapura)*** | *Pilihan*<br>***Kecelakaan:** Pengembalian penuh untuk **Kecelakaan** yang memerlukan perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari***<br>***Sakit:** Perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** hingga USD 25,000 per **Masa Pertanggungan***<br>***Pengobatan Rawat Jalan** dibagian **Kecelakaan** dan **Gawat Darurat** di **Rumah Sakit** hinga USD 500 per **Masa Pertanggungan*** |

| Pilihan Tambahan untuk Polis Grup | Essential |
|---|---|
| **42. Perluasan Evakuasi dan Repatriasi:** | |
| **Evakuasi** | |
| *Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan **Tertanggung** yang memiliki **Kondisi Medis** kritis dan mengancam jiwa yang **Memenuhi Syarat** ke fasilitas medis terdekat, **Negara Tempat Tinggal, Negara Kewarganegaraan** atau negara **Anggota Tertanggung** terdekat untuk tujuan masuk ke **Rumah Sakit** sebagai pasien **Rawat Inap** atau pasien **Rawat Sehari.*** | ***Pra-Otorisasi*** ☎ |
| *Biaya yang wajar untuk:* | |
| *(i) Biaya transportasi dari **Tertanggung** bilamana terjadi **Pengobatan Darurat** dan transportasi dan perawatan yang **Secara Medis Diperlukan** tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh* |
| *(ii) Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika **Pengobatan** diterima sebagai Pasien **Rawat Sehari**.* | *(ii)* ▶ *Pengembalian penuh* |
| *(iii) Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari **Rumah Sakit** untuk mengunjungi **Tertanggung** sesudah masuk sebagai Pasien **Rawat Inap**.* | *(iii)* ▶ *Pengembalian penuh* |
| *(iv) Biaya yang wajar untuk **Akomodasi** non **Rumah Sakit** hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk **Rumah Sakit** asalkan **Tertanggung** sedang dirawat oleh **Dokter Spesialis.*** | *(iv)* ▶ *Hingga USD 200 per hari hingga USD 7.500 per orang, per **Evakuasi*** |
| *Biaya **Evakuasi** tidak mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di Gunung, yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.* | |
| *Negara pilihan **Tertanggung** bergantung pada ketersediaan fasilitas medis yang tepat di tempat (kejadian). Penasehat medis **Kami** akan menentukan apakah negara yang dipilih itu memiliki fasilitas medis yang cocok untuk mengobati **Kondisi Medis Tertanggung** yang memenuhi syarat. Penasihat medis **Kami** akan memutuskan metode transportasi yang paling tepat untuk evakuasi dan **Manfaat** ini tidak akan menanggung perjalanan jika perjalanan ini tidak sesuai dengan saran dari penasehat medis **Kami** atau bilamana fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati **Kondisi Medis yang memenuhi syarat.*** | |
| **Repatriasi** | |
| *Setelah pertangungan **Evakuasi** dari **Kami**, tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan **Tertanggung** dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi **Pengobatan** atau **Negara Kewarganegaraan** utama atau **Negara Tempat Tinggal** utama **Tertanggung**, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah **Pengobatan** selesai. Biaya wajar di atas akan dibayar penuh.* | ***Pra-Otorisasi*** ☎ ▶ *Pengembalian penuh* |
| ***Kami** tidak menanggung repatriasi terpisah.* | |
| *Biaya yang terkait dengan **Kehamilan** rutin secara khusus dikecualikan dari **Manfaat** ini.* | |

| Opsi Risiko Sendiri | Essential |
|---|---|
| **Risiko Sendiri Standar** | *Nihil* |
| **Risiko Sendiri Opsional:** | *USD 150* |
| | *USD 250* |
| | *USD 500* |
| | *USD 1.000* |
| | *USD 2.500* |
| | *USD 5.000* |
| | *USD 10.000* |
| | *USD 15.000* |
| *Harap dicatat:* | |
| ***Risiko Sendiri** akan berlaku untuk setiap **Pengobatan** yang **Diperlukan secara medis** yang diperlukan menurut **Manfaat** 19 dan **Manfaat** 42.* | |

## 4.3.2 WorldCare Advance

| Manfaat | Advance |
|---|---|
| **Batas Maksimum Tahunan Polis Grup**<br>***Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup*** | **USD 3 jt** |
| **1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:**<br>*Pemeliharaan **Kondisi Medis** kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan **Obat-obatan dan Perban** dan/atau tes sampai batas **Manfaat** sesudah **Tanggal Masuk Anda**. **Manfaat** ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam **Manfaat** 6. Klaim untuk **Kanker** akan masuk dalam **Manfaat** 8.* | ▶ *Pengembalian penuh* |
| **2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:**<br>*(i) Biaya untuk **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** yang dilakukan oleh **Rumah Sakit** termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); **Tes Diagnostik;** Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh **Perawat Berijazah**; **Obat dan Perban** yang diresepkan oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis;** dan peralatan bedah yang digunakan oleh **Praktisi Medis** selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.*<br>*(ii) Peralatan Medis Tahan Lama, Prostetik dan Perlengkapan Ortotik (DMEPOS) Ketika disediakan dalam waktu 6 bulan setelah pengobatan **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** di **Rumah Sakit** untuk **kondisi medis** yang **memenuhi syarat**, yang diresepkan **oleh dokter** yang menangani Anda. **Kami** akan menanggung biaya untuk hal-hal berikut:*<br>*i. Pembelian atau penyewaan kruk, Sepatu bot udara, dan pembelian atau penyewaan awal kursi roda (kursi roda yang digerakan sendiri)*<br>*ii. Sistem pengiriman untuk obat-obatan dan perban yang diresepkan*<br>*iii. Perlengkapan ortotik seperti sol kaki dan penopang ortotik*<br>*iv. Prostetik eksternal yang dibutuhkan setelah operasi. Hal ini termasuk penyangga dan alat bantu berjalan, pembelian dan pemasangan awal anggota tubuh buatan dan mata buatan. Tidak termasuk alat bantu pendengaran.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>***Pra-Otorisasi untuk (i)*** ☎<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 2,000 per **Kondisi Medis*** |
| **3. Prosedur Diagnostik:**<br>*Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang **Secara Medis Diperlukan** diterima sebagai pasien **Rawat Inap, Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan.*** | ***Pra-Otorisasi untuk PET, MRI, CT*** ☎<br>▶ *Pengembalian penuh* |
| **4. Transportasi Ambulans Darurat:**<br>*Biaya transportasi ambulans darat **Darurat** ke atau antar **Rumah Sakit**, atau bila dianggap **Secara Medis Diperlukan** oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis**.* | ▶ *Pengembalian penuh* |
| **5. Akomodasi Orangtua:**<br>*Biaya satu orang tua untuk tinggal di **Rumah Sakit** semalam dengan **Tertanggung** yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien **Rawat Inap** untuk **Pengobatan** yang **Memenuhi Syarat**.* | ▶ *Pengembalian penuh* |
| **6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:**<br>*(i) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Inap.***<br>*(ii) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 100.000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **7. Transplantasi Organ:**<br>*(i) **Pengobatan** untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan **Tertanggung** sebagai penerima.*<br>*Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggungan akan disediakan berdasarkan **Manfaat** 12 tetapi dikecualikan dari **Manfaat** 7 – Transplantasi Organ.*<br>*(ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari**, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.*<br>***Kami** hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman **WHO**.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 50.000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **8. Pengobatan Kanker:**<br>***Pengobatan** yang diberikan untuk **Kanker** yang diterima sebagai pasien **Rawat Inap**, **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.* | ▶ *Pengembalian penuh* |

| Manfaat | Advance |
|---|---|
| **9. Kondisi Medis Kehamilan:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang timbul selama tahapan antenatal* ***Kehamilan****, atau* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang timbul saat melahirkan.* ***Kami*** *akan mengizinkan* ***Pengobatan*** *berikut sebagai* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *berdasarkan* ***Manfaat*** *ini:*<br>• ***Kehamilan*** *Ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)*<br>• *Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)*<br>• *Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)*<br>• *Plasenta previa*<br>• *Eklampsia (koma atau kejang selama* ***Kehamilan*** *dan setelah pre-eklampsia)*<br>• *Diabetes (Jika* ***Anda*** *memiliki pengecualian karena riwayat medis* ***Anda*** *di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka* ***Anda*** *tidak akan ditanggung untuk setiap* ***Pengobatan*** *untuk diabetes selama Kehamilan)*<br>• *Perdarahan pasca-persalinan (pendarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)*<br>• *Keguguran yang memerlukan* ***Pengobatan*** *bedah segera*<br>***Manfaat*** *ini tidak memberikan tanggungan apa pun untuk prosedur operasi caesar atas permintaan sendiri atau* ***Darurat*** *atau 'kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan' kecuali untuk salah satu dari* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang* ***dinyatakan*** *di atas.*<br>***Masa Tunggu****: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak* ***Tanggal Masuk*** *sang Ibu dikecualikan.* | *Pengembalian penuh* |
| **10. Pertanggungan untuk Bayi Baru Lahir:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau* ***Kondisi Akut*** *yang diderita oleh bayi* ***Baru Lahir*** *dari* ***Tertanggung*** *yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi* ***Baru Lahir*** *ditambahkan ke dalam* ***Polis Grup*** *dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.*<br>*Bilamana* ***Kami*** *meminta rincian tentang riwayat kesehatan* ***Bayi Baru Lahir*** *sebelum bayi ditambahkan ke dalam* ***Polis****,* ***Kami*** *berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungan yang akan* ***Kami*** *tawarkan.*<br>*Untuk rinciannya, Silahkan lihat Bab 6.5 - Menambahkan* ***Bayi Baru Lahir*** *dari Buku Panduan Peserta ini.* | *Hingga USD 100.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:**<br>*Biaya* ***Akomodasi Rumah Sakit*** *yang berkaitan dengan bayi* ***Baru Lahir*** *(sampai umur 16 minggu) untuk menemani ibunya (yang menjadi* ***Tertanggung****) saat ia mendapat* ***Pengobatan*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *sebagai Pasien* ***Rawat Inap*** *di* ***Rumah Sakit.*** | *Pengembalian penuh* |
| **12. Kelainan Bawaan:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk* ***Kelainan Bawaan****. Dalam keadaan di mana* ***Kelainan Bawaan*** *muncul pada bayi* ***Baru Lahir*** *dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungan untuk* ***Kondisi Medis*** *tersebut akan diberikan berdasarkan* ***Manfaat*** *10 tetapi dikecualikan dari* ***Manfaat*** *12 –* ***Kelainan Bawaan****.* | *Hingga USD 100.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **13. Bedah Rekonstruksi:**<br>*Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah* ***Kecelakaan*** *atau sesudah* ***Prosedur Bedah*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat,*** *yang terjadi setelah* ***Tanggal Masuk*** *atau* ***Tanggal Mulai Tertanggung*** *yang mana yang paling akhir.* | *Pengembalian penuh* |
| **14. Rehabilitasi:**<br>*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:*<br>*(i) Penggunaan kamar* ***Pengobatan*** *khusus*<br>*(ii) Biaya terapi fisik*<br>*(iii) Biaya terapi wicara*<br>*(iv) Biaya terapi okupasi* | *Pengembalian penuh sampai 180 hari per* ***Kondisi Medis*** |
| **15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:**<br>*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.*<br>***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:*<br>• *Jika* ***Pengobatan*** *meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan,* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Layak untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama*<br>• *Jika implan dibutuhkan secara klinis* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.*<br>***Manfaat*** *ini juga menanggung perbaikan atau rekonstruksi gigi palsu yang rusak setelah suatu* ***Kecelakaan*** *yang mengharuskan* ***Tertanggung*** *masuk ke* ***Rumah Sakit*** *selama satu malam, asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat* ***Kecelakaan.*** | *Pengembalian penuh* |

Pengembalian penuh  Tidak ditanggung  Sesuai dengan batas  Pilihan

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

| Manfaat | Advance |
|---|---|
| **20. Biaya Kematian:**<br>*Dalam hal kematian karena **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat**, **Biaya yang Wajar dan Layak** untuk:*<br>*(i) Biaya transportasi jenazah atau abu **Tertanggung** ke **Negara Kewarganegaraan** atau **Negara Tempat Tinggal**-nya, atau*<br>*(ii) Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak.* | ***Pra-Otorisasi*** ☎<br>*(i)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 10.000* |
| **21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:**<br>***i)** **Manfaat** ini dibayarkan ketika **Tertanggung** menerima **Pengobatan Rawat Inap** dan hanya jika **Tertanggung** dirawat untuk **Pengobatan Rawat Inap** sebelum tengah malam, dan **Pengobatan** yang diterima secara gratis yang dinyatakan **memenuhi syarat** untuk **Manfaat** Pribadi dibawah **Polis** ini.*<br>***Manfaat** ini tidak dibayarkan jika tertanggung memenuhi syarat untuk **Manfaat Tunai Rumah Sakit** ii) Operasi Elektif Utama. **Manfaat** ini terbatas hingga minimum 30 hari antara masuk ke rumah sakit yang **memenuhi syarat**, dan hingga batas maksimum 5 kali masuk ke rumah sakit per tahun polis.*<br>***ii)** **Manfaat** ini dibayarkan ketika **Tertanggung** menjalani **Operasi Elektif Utama** dan hanya jika **Tertanggung** dirawat untuk **Pengobatan Rawat Inap** sebelum tengah malam, dan **pengobatan** diterima secara gratis yang dinyatakan **memenuhi syarat** untuk **Manfaat** Pribadi dalam **Polis** ini.*<br>***Manfaat** ini memerlukan persetujuan diawal dan berlaku minimum 30 hari antara masuk ke rumah sakit yang **memenuhi syarat**, dan hingga maksimum 3 kali masuk ke rumah sakit per tahun polis.*<br>*Untuk **Manfaat** ini, pengecualian 5.10 tidak berlaku.*<br>***Manfaat** ini tidak dibayarkan jika Anda masuk ke rumah sakit dan **Manfaat** ini tidak mendapatkan persetujuan diawal. **Manfaat** ini **tidak berlaku** jika Anda **dirawat** karena **Kecelakaan** dan **Darurat**.*<br>***Masa tunggu**: Pertanggungan hanya berlaku setelah Sembilan bulan keanggotaan berkelanjutan.* | ***Pra-otorisasi*** ☎<br>▶<br>*i) USD 200 per **masuk rumah sakit***<br>*ii) USD 1,000 per **operasi elektif utama*** |
| **22. Biaya Rawat Jalan:**<br>*(i) Biaya **Praktisi Medis** termasuk konsultasi, Biaya **Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban** yang diresepkan.*<br>*(ii) Telekonsultasi (Perjanjian Dokter secara virtual melalui sarana elektronik)*<br>*Biaya-biaya yang berhubungan dengan **Pengobatan** yang **Memenuhi Syarat** akan dibayar secara penuh dimana **Pengobatan** telah diterima dari **Penyedia Medis** yang terdaftar pada **Jaringan Penyedia Now Health International**.*<br>***Pengobatan** yang tidak dilakukan pada **Jaringan Penyedia Now Health International** akan dibayarkan secara **Biaya Wajar dan Umum**.*<br>*Tidak ada **Ko-asuransi Rawat Jalan** atau **Biaya Resiko Sendiri Per kunjungan Rawat Jalan** yang berlaku.*<br>*(iii) **Vitamin dan Mineral***<br>*Vitamin dan Mineral yang diresepkan oleh **Praktisi Medis**. Vitamin, mineral, dan pelumas mata yang diresepkan untuk defisiensi yang terdiagnosa akan dibayarkan dalam **Manfaat Rawat Jalan**.*<br>*Setiap konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayarkan menurut **Manfaat** ini.* | *(i) dan (ii)*<br>▶<br>*Pengembalian penuh*<br>*(iii)* ▶ *Hingga USD 150 per **Masa Pertanggungan*** |
| **23. Terapi Penggantian Hormon Menopause:**<br>*Biaya Terapi Penggantian Hormon saat diperlukan untuk meringankan gejala dari tahap awal menopause dimana tanggal permulaan dan **Pengobatan** dimulai dibawah usia 40 tahun.* | ▶<br>*Hingga USD 500 per **Masa Pertanggungan*** |
| **24. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:**<br>*Biaya **Pengobatan** untuk **Prosedur Bedah** yang dilakukan di tempat praktek dokter, **Rumah Sakit**, fasilitas perawatan sehari atau instalasi **Rawat Jalan.** Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan **Manfaat** 22 – biaya **Rawat Jalan**.* | ▶<br>*Pengembalian penuh* |
| **25. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:**<br>***Pengobatan Rawat Jalan** yang diberikan oleh Psikolog Terdaftar dan/atau Psikiater Terdaftar, sesuai dengan 10 sesi dan batas biaya menurut bab ini.*<br>*Untuk 5 sesi pertama **Anda** dapat langsung memilih untuk mengunjungi Psikolog terdaftar tanpa perlu rujukan. Namun, setiap sesi berikutnya dengan Psikolog Terdaftar memerlukan rujukan dan rencana **Pengobatan** dengan dengan **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis**.* | ▶<br>*Hingga USD 2.500 dan tunduk pada jumlah maksimal 10 sesi per **Masa Tanggungan*** |

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

| Manfaat | Advance |
|---|---|
| **26. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif:**<br>*(i) Fisioterapi oleh **Fisioterapis** Terdaftar.*<br>*(ii) **Obat dan Pengobatan Pelengkap** oleh terapis. **Manfaat** ini meluas ke osteopathi, chiropody dan podiatry, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan **Pengobatan** akupunktur selain tenaga **Fisioterapi** yang ditanggung di dalam butir (i).*<br>***Anda** dapat memilih 5 sesi untuk setiap kombinasi **Manfaat** secara agregat selama **Masa Pertanggungan** untuk **Manfaat** (i) dan (ii) kecuali ahli gizi tanpa perlu rujukan; sesi selanjutnya harus dirujuk oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis**.*<br>*Harap dicatat bahwa sesi harus dilakukan di fasilitas medis yang diakui atau pusat layanan Kesehatan yang disetujui. Sesi yang dilakukan dirumah tidak akan ditanggung.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh hingga maksimal 30 sesi per **Masa Pertanggungan***<br>*(ii)* ▶ *Pengembalian penuh hingga maksimal 30 kunjungan per **Masa Pertanggungan***<br>***Pra-Otorisasi untuk (i) dan (ii) sesudah setiap 10 kunjungan ☎*** |
| **27. Rawat Jalan Obat Cina Tradisional dan Pengobatan Ayurveda:**<br>***Pengobatan Rawat Jalan** untuk terapi dilakukan oleh **Praktisi Medis** Cina yang diakui atau **Praktisi Medis** Ayurveda.*<br>*Semua klaim untuk memberikan diagnosa, biaya konsultasi, jenis **Perawatan**, biaya **Perawatan**, resep termasuk perincian pengobatan dan jumlah dosis.*<br>*Pengecualian 5.35 berlaku.* | ▶ *Hingga USD 1,000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **28. Perawatan di Rumah:**<br>*(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.***<br>*(ii) Kunjungan ke rumah oleh **Praktisi Medis** (dokter umum) untuk panggilan **Darurat** di luar jam klinik normal.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh hingga 45 hari per **Kondisi Medis***<br>***Pra-Otorisasi untuk (i) ☎***<br>*(ii)* ▶ *Tidak ditanggung* |
| **29. AIDS:**<br>*Biaya medis, yang timbul dari atau dengan cara apapun yang berhubungan dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau penyakit terkait HIV, termasuk Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau AIDS Related Complex (ARC) dan/atau turunan mutan atau variasinya. Akibat dari **Kecelakaan** kerja yang terbukti* atau transfusi darah**. Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin untuk kondisi ini, **Obat-Obatan dan Perban** (kecuali percobaan atau yang belum terbukti), **Akomodasi Rumah Sakit** dan biaya keperawatan.*<br>** Bagi peserta layanan darurat, profesi medis atau gigi, asisten laboratorium, apoteker atau pegawai di fasilitas medis yang memberikan bukti bahwa mereka tertular infeksi HIV tanpa sengaja saat melaksanakan tugas normal dari pekerjaan mereka; dan mereka tertular infeksi HIV tiga tahun setelah **Tanggal Masuk** atau **Tanggal Mulai,** mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan **Tertanggung**; dan tes yang menunjukkan tidak ada HIV atau antibodi terhadap virus tersebut dilakukan dalam waktu lima hari setelah kejadian; dan tes HIV positif terjadi dalam waktu 12 bulan dari **Kecelakaan** kerja yang dilaporkan.*<br>*** Asalkan transfusi darah diterima sebagai Pasien **Rawat Inap** sebagai bagian dari **Pengobatan** yang **Secara Medis Diperlukan**.*<br>***Masa Tunggu:** Pertanggungan hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.* | ***Pra-Otorisasi ☎***<br>▶ *Hingga USD 25.000 per **Masa Pertanggungan*** |

| Pilihan untuk Manfaat Utama | Advance |
|---|---|
| **30. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:**<br>(i) *Biaya yang terkait dengan **Pengobatan Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** yang **Memenuhi Syarat** di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila **Pengobatan** diterima di Rumah Sakit yang tercantum dalam **Jaringan Penyedia.***<br>(ii) *Biaya yang terkait dengan **Pengobatan Rawat Jalan** yang **Memenuhi Syarat** di Amerika Serikat akan dibayar hingga batas **biaya Rawat Jalan pada Polis anda.***<br>***Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari** yang tidak di terima di **jaringan penyedia Now Health International** akan dikenakan 50% **ko-asuransi***<br>*Pilihan ini tidak tersedia jika **Anda** telah memilih pilihan **Pertanggungan Regional**.* | ***Pra-Otorisasi untuk diagnostik dan operasi Rawat Jalan, dan Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari*** ☎<br>▶ *Pilihan*<br>*Hingga USD 1,5 jt per **Tertanggung** per **Masa Pertanggungan*** |
| **31. Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi:**<br>***Ko-Asuransi** 10% akan berlaku bagi semua **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat**. Jika **Polis Grup Anda** mencakup **Manfaat** perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan **Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi** yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar **Manfaat Anda.***<br>*Harap dicatat bahwa **Ko-Asuransi** tidak akan berlaku untuk **Pengobatan** yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, **Kanker** atau Transplantasi Organ.* | ▶ *Pilihan* |
| **32. Opsi Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi 2:**<br>***Ko-Asuransi** 20% akan berlaku untuk semua **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat.** Jika **Polis Grup Anda** mencakup **Manfaat** perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan **Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi** yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar **Manfaat Anda**.*<br>*Harap dicatat bahwa **Ko-Asuransi** tidak akan berlaku untuk **Pengobatan** yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, **Kanker** atau Transplantasi Organ.* | ▶ *Pilihan* |

| Pilihan Tambahan untuk Polis Grup | Advance |
|---|---|
| **33. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi:**<br>*(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker,** BRCA I & II (jika ada riwayat keturunan), densitometri tulang (setiap lima tahun sekali untuk wanita berusia 50+), pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urin, kolesterol). Pemeriksaan Kesehatan Anak (sampai dengan usia 5 tahun). dan/atau*<br>*(ii) **Manfaat** Optikal: **Manfaat** ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dan operasi laser mata dan komplikasi apapun, dalam batas **Manfaat** yang dikombinasikan hingga maksimum USD 300 per **Masa Pertanggungan** untuk klaim optik.*<br>*Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi.*<br>*dan/atau*<br>*(iii) **Vaksinasi**: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.*<br>*Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup** Wajib 3+ karyawan*<br>*Batas yang dikombinasikan Hingga USD 500 per **Masa Pertanggungan*** |
| **34. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi Pilihan 2:**<br>*(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker**, BRCA I & II (jika ada riwayat keturunan), densitometri tulang (setiap lima tahun sekali untuk wanita berusia 50+), pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urin, kolesterol). Pemeriksaan Kesehatan Anak (sampai dengan usia 5 tahun). dan/atau*<br>*(ii) **Manfaat** Optikal: **Manfaat** ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dan operasi laser mata dan komplikasi apapun, dalam batas **Manfaat** yang dikombinasikan hingga maksimum USD 600 per **Masa Pertanggungan** untuk klaim optik.*<br>*Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi.*<br>*dan/atau*<br>*(iii) **Vaksinasi:** Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.*<br>*Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup** Wajib 3+ Karyawan*<br>*Batas yang dikombinasikan Hingga USD 1.000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **35. Pemeriksaan Kesehatan dan Vaksinasi Opsi 3:**<br>*(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker**, BRCA I & II (jika ada riwayat keturunan), densitometri tulang (setiap lima tahun sekali untuk wanita berusia 50+), pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urin, kolesterol). Pemeriksaan Kesehatan Anak (sampai dengan usia 5 tahun)). dan/atau*<br>*(ii) **Vaksinasi**: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.*<br>*Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.* | *Pilihan*<br>*Batas yang dikombinasikan Hingga USD 250 per **Masa Pertanggungan*** |
| **36. Pengabaian Riwayat Kesehatan:**<br>*Harap dicatat bahwa **Masa Tunggu** tidak berlaku untuk **Manfaat Kondisi Medis Persalinan** , perawatan gigi atau Manfaat tunai rumah sakit (ii) jika pengabaian riwayat kesehatan dipilih.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ Karyawan* |

| Pilihan Tambahan untuk Polis Grup | Advance |
|---|---|
| **37. Perawatan Gigi:**<br><br>*(i)* ***Pengobatan*** *gigi rutin: Biaya* ***Praktisi Gigi*** *terdaftar yang melaksanakan* ***Pengobatan*** *gigi rutin di tempat praktek gigi.* ***Pengobatan*** *gigi rutin berarti:*<br>– *Skrining (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan tambal gigi, termasuk sinar-X bila diperlukan,*<br>– *Pembersihan karang gigi preventif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (dua kali per tahun),*<br>– *Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan,*<br>– ***Pengobatan*** *saluran akar (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah* ***Pengobatan*** *saluran akar), dan*<br>– *Obat-obatan dan perban yang diresepkan.*<br><br>*Tidak ada* ***Pengobatan*** *lain yang ditanggung berdasarkan* ***Manfaat Pengobatan*** *gigi rutin.*<br><br>***Masa Tunggu:*** *Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari* ***Tanggal Masuk*** *dikecualikan.*<br><br>***Ko-Asuransi*** *20% berlaku.*<br><br>*Untuk* ***Manfaat*** *ini* ***Risiko Sendiri*** *atau* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *pada* ***Polis Grup*** *tidak berlaku.*<br><br>*(ii)* ***Pengobatan Gigi Kompleks:*** *Biaya* ***Praktisi Gigi*** *terdaftar dan biaya terkait untuk prosedur berikut:* ***Pengobatan*** *gigi kompleks yang* ***Memenuhi Syarat:*** *termasuk misalnya:* ***Apikoektomi*** *yang dilakukan untuk mengobati berikut – Fraktur akar gigi; akar gigi sangat melengkung; gigi dengan mahkota gigi tiruan; Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar; Perforasi akar; Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, inlay dan jembatan. Rasa sakit berulang dan infeksi; Gejala yang terus menerus/ang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X. Pengapuran; Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi; Implan gigi; obat-obatan dan perban yang diresepkan.*<br><br>*Tidak ada* ***Pengobatan*** *lain yang ditanggung berdasarkan* ***Manfaat*** *ini.*<br><br>***Masa Tunggu:*** *Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari* ***Tanggal Masuk*** *dikecualikan.*<br><br>***Ko-Asuransi*** *20% berlaku.*<br><br>***Ko-Asuransi*** *50% berlaku dalam hal* ***Pengobatan*** *ortodontik.*<br><br>*Untuk* ***Manfaat*** *ini* ***Risiko Sendiri*** *atau* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *pada* ***Polis Grup*** *tidak berlaku.* | *Pilihan*<br>*Untuk* ***Polis Grup***<br>*Wajib 10+ Karyawan*<br><br>*(i) Hingga USD 500 per* ***Masa Pertanggungan***<br><br>*(ii) Hingga USD 1.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **38. Persalinan (Tanpa Ko-Asuransi):**<br><br>*Biaya yang* ***Secara Medis Diperlukan*** *yang terjadi selama* ***Kehamilan*** *dan persalinan normal: termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahirkan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar atas permintaan sendiri atau darurat. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama/pemeriksaan bayi* ***Baru Lahir****, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Spesialis****. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.*<br><br>***Masa Tunggu****: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak* ***Tanggal Mulai*** *dikecualikan.*<br><br>*Harap dicatat,* ***Kami*** *tidak akan membayar untuk kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.*<br><br>*Klaim untuk operasi caesar hanya dapat penggantian dari kami jika Anda memiliki* ***Manfaat*** *kehamilan sebagai bagian dari polis Anda. Mereka tidak ditanggung dalam* ***Manfaat*** *lainnya.*<br><br>***Risiko Sendiri*** *pada* ***Polis Grup*** *tidak berlaku.* | *Pilihan*<br>*Untuk* ***Polis Grup***<br>*Wajib10+ Karyawan*<br><br>*Hingga batas USD 8.500 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **39. Persalinan (Ko-Asuransi 20%):**<br><br>*Biaya yang* ***Secara Medis Diperlukan*** *yang terjadi selama* ***Kehamilan*** *dan persalinan normal: termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahirkan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar atas permintaan sendiri atau darurat. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama/pemeriksaan bayi* ***Baru Lahir****, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Spesialis****. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.*<br><br>***Masa Tunggu****: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak* ***Tanggal Mulai*** *dikecualikan.*<br><br>***Ko-Asuransi*** *20% berlaku.*<br><br>*Harap dicatat,* ***Kami*** *tidak akan membayar untuk kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.*<br><br>*Klaim untuk operasi caesar hanya dapat penggantian dari kami jika Anda memiliki* ***Manfaat*** *kehamilan sebagai bagian dari polis Anda. Mereka tidak ditanggung dalam* ***Manfaat*** *lainnya.*<br><br>***Risiko Sendiri*** *pada* ***Polis Grup*** *tidak berlaku.* | *Pilihan*<br>*Untuk* ***Polis Grup***<br>*Wajib 10+ Karyawan*<br><br>*Hingga batas USD 8.500 per* ***Masa Pertanggungan*** |

| Pilihan Tambahan untuk Polis Grup | Advance |
|---|---|
| **40. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura:**<br>*Seperti dijelaskan dalam **Manfaat** 2. i), tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi **Rumah Sakit** pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk **Rumah Sakit** di Indonesia dan Singapura.*<br>*Memilih pilihan ini berarti bahwa kamar **Rumah Sakit** akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura. Kamar **Rumah Sakit** di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.* | *Pilihan* |
| **41. Opsi Pertanggungan Regional: Asia Tenggara (kecuali Singapura):**<br>***Manfaat** 18 Pertanggungan untuk **Pengobatan** Non-Elektif di luar Wilayah Pertanggungan kalimat Polis diubah sebagai berikut:*<br>*Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. **Pengobatan** oleh **Praktisi Medis** atau Dokter **Spesialis** yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian **Darurat**, yang diperlukan sebagai akibat dari **Kecelakaan** atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan **Kondisi Medis** yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan Tertanggung.*<br>*Biaya yang terkait dengan **Kehamilan** rutin dan **Kondisi Medis Kehamilan** secara khususnya dikecualikan dari **Manfaat** ini.*<br>***Pertanggungan Regional (Asia Tenggara (kecuali Singapura)*** | *Pilihan*<br>***Kecelakaan:** Pengembalian penuh untuk **Kecelakaan** yang memerlukan perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari***<br>***Sakit:** Perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** hingga USD 25,000 per **Masa Pertanggungan***<br>***Pengobatan Rawat Jalan** dibagian **Kecelakaan** dan **Gawat Darurat** di **Rumah Sakit** hinga USD 500 per **Masa Pertanggungan*** |
| **42. Penghapusan Ko-Asuransi Perawatan Gigi:**<br>***Ko-Asuransi** tidak berlaku pada Perawatan Gigi.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ Karyawan* |
| **43. Perluasan Evakuasi dan Repatriasi:** | |
| **Evakuasi**<br>*Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan **Tertanggung** yang memiliki **Kondisi Medis** kritis dan mengancam jiwa yang **Memenuhi Syarat** ke fasilitas medis terdekat, **Negara Tempat Tinggal, Negara Kewarganegaraan** atau negara **Anggota Tertanggung** terdekat untuk tujuan masuk ke **Rumah Sakit** sebagai pasien **Rawat Inap** atau pasien **Rawat Sehari.***<br>*Biaya yang wajar untuk:*<br>*(i) Biaya transportasi dari **Tertanggung** bilamana terjadi **Pengobatan Darurat** dan transportasi dan perawatan yang **Secara Medis Diperlukan** tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.*<br>*(ii) Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika **Pengobatan** diterima sebagai Pasien **Rawat Sehari**.*<br>*(iii) Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari **Rumah Sakit** untuk mengunjungi **Tertanggung** sesudah masuk sebagai Pasien **Rawat Inap**.*<br>*(iv) Biaya yang wajar untuk **Akomodasi** non **Rumah Sakit** hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk **Rumah Sakit** asalkan **Tertanggung** sedang dirawat oleh **Dokter Spesialis.***<br>*Biaya **Evakuasi** tidak mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di Gunung, yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.*<br>*Negara pilihan **Tertanggung** bergantung pada ketersediaan fasilitas medis yang tepat di tempat (kejadian). Penasehat medis **Kami** akan menentukan apakah negara yang dipilih itu memiliki fasilitas medis yang cocok untuk mengobati **Kondisi Medis Tertanggung** yang memenuhi syarat. Penasihat medis **Kami** akan memutuskan metode transportasi yang paling tepat untuk **Evakuasi** dan **Manfaat** ini tidak akan menanggung perjalanan jika perjalanan ini tidak sesuai dengan saran dari penasehat medis **Kami** atau bilamana fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati **Kondisi Medis yang memenuhi syarat.***<br>**Repatriasi**<br>*Setelah pertangungan **Evakuasi** dari **Kami**, tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan **Tertanggung** dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi **Pengobatan** atau **Negara Kewarganegaraan** utama atau **Negara Tempat Tinggal** utama **Tertanggung**, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah **Pengobatan** selesai. Biaya wajar di atas akan dibayar penuh.*<br>***Kami** tidak menanggung repatriasi terpisah.*<br>*Biaya yang terkait dengan **Kehamilan** rutin secara khusus dikecualikan dari **Manfaat** ini.* | ***Pra-Otorisasi*** ☎<br>*Pilihan*<br>*(i) Pengembalian penuh*<br>*(ii) Pengembalian penuh*<br>*(iii) Pengembalian penuh*<br>*(iv) Hingga USD 200 per hari hingga USD 7.500 per orang, per **Evakuasi***<br>***Pra-Otorisasi*** ☎<br>*Pengembalian penuh* |

Pengembalian penuh | Tidak ditanggung | Sesuai dengan batas | Pilihan

| Opsi Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan | Advance |
|---|---|
| **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan:**<br>*USD 25* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *berlaku jika* ***Anda*** *menerima* ***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang memenuhi syarat di dalam dan di lua****r Jaringan Penyedia Now Health National****.*<br>*Harap Dicatat:*<br>*Jika* ***Polis Grup Anda*** *juga mencakup* ***Manfaat*** *perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar* ***Manfaat Anda****,* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *tidak berlaku.*<br>*Harap dicatat bahwa* ***Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan*** *tidak berlaku untuk konsultasi yang behubungan dengan cuci darah/gagal ginjal,* ***Kanker*** *atau transplantasi organ.* | ▶ *Pilihan*<br>*USD 25* |
| **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan Pilihan 2:**<br>*USD 15* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *berlaku jika* ***Anda*** *menerima* ***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang memenuhi syarat di dalam dan di lua****r Jaringan Penyedia Now Health National****.*<br>*Harap Dicatat:*<br>*Jika* ***Polis Grup Anda*** *juga mencakup* ***Manfaat*** *perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar* ***Manfaat Anda****,* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *tidak berlaku.*<br>*Harap dicatat bahwa* ***Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan*** *tidak berlaku untuk konsultasi yang behubungan dengan cuci darah/gagal ginjal,* ***Kanker*** *atau transplantasi organ.* | ▶ *Pilihan*<br>*USD 15* |

| Opsi Risiko Sendiri | Advance |
|---|---|
| **Risiko Sendiri Standar** | *Nihil* |
| **Risiko Sendiri Opsional:**<br>*Harap dicatat:*<br>*Jika* ***Anda*** *memilih opsi* ***Risiko Sendiri****,* ***Anda*** *juga harus memilih salah satu opsi dari* ***Ko-Asuransi Rawat Jalan*** *atau* ***Biaya Risiko Sendiri Rawat jalan*** *Per* ***Kunjungan****.*<br>***Risiko Sendiri*** *akan berlaku untuk setiap* ***Pengobatan*** *yang* ***Diperlukan secara medis*** *yang diperlukan menurut* ***Manfaat*** *19 dan* ***Manfaat*** *43.* | *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* |

## 4.3.3 WorldCare Excel

| Manfaat | Excel |
|---|---|
| **Batas Maksimum Tahunan Polis Grup**<br>***Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup*** | **USD 3 jt** |
| **1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:**<br>*Pemeliharaan **Kondisi Medis** kronis seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan, **Obat-obatan dan Perban** dan/atau percobaan sampai batas **Manfaat** sesudah **Tanggal Masuk Anda**. **Manfaat** ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam **Manfaat** 6. Klaim untuk **Kanker** akan masuk dalam **Manfaat** 8.* | ▶ *Pengembalian penuh* |
| **2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:**<br>*(i) Biaya untuk **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** yang dilakukan oleh **Rumah Sakit** termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); **Tes Diagnostik**; Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh **Perawat Berijazah; Obat dan Perban** yang diresepkan oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis**; dan peralatan bedah yang digunakan oleh **Praktisi Medis** selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra-dan pasca-operasi selama **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.*<br>*(ii) Peralatan Medis Tahan Lama, Prostetik dan Perlengkapan Ortotik (DMEPOS) Ketika disediakan dalam waktu 6 bulan setelah pengobatan **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** di **Rumah Sakit** untuk **kondisi medis** yang **memenuhi syarat**, yang diresepkan **oleh dokter** yang menangani Anda. **Kami** akan menanggung biaya untuk hal-hal berikut:*<br>*i. Pembelian atau penyewaan kruk, Sepatu bot udara, dan pembelian atau penyewaan awal kursi roda (kursi roda yang digerakan sendiri)*<br>*ii. Sistem pengiriman untuk obat-obatan dan perban yang diresepkan*<br>*iii. Perlengkapan ortotik seperti sol kaki dan penopang ortotik*<br>*iv. Prostetik eksternal yang dibutuhkan setelah operasi. Hal ini termasuk penyangga dan alat bantu berjalan, pembelian dan pemasangan awal anggota tubuh buatan dan mata buatan. Tidak termasuk alat bantu pendengaran.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh* ***Pra-Otorisasi untuk (i)*** ☎<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 3,000 per **Kondisi Medis*** |
| **3. Prosedur Diagnostik:**<br>*Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang **Secara Medis Diperlukan** diterima sebagai pasien **Rawat Inap**, **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**.* | ***Pra-Otorisasi untuk PET, MRI, CT*** ☎<br>▶ *Pengembalian penuh* |
| **4. Transportasi Ambulans Darurat:**<br>*Biaya transportasi ambulans darat **Darurat** ke atau antar **Rumah Sakit**, atau bila dianggap **Secara Medis Diperlukan** oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis**.* | ▶ *Pengembalian penuh* |
| **5. Akomodasi Orangtua:**<br>*Biaya satu orang tua untuk tinggal di **Rumah Sakit** semalam dengan **Tertanggung** yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien **Rawat Inap** untuk **Pengobatan** yang **Memenuhi Syarat**.* | ▶ *Pengembalian penuh* |
| **6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:**<br>*(i) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Inap**.*<br>*(ii) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 100.000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **7. Transplantasi Organ:**<br>*(i) **Pengobatan** untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan **Tertanggung** sebagai penerima.*<br>*Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggungan akan disediakan berdasarkan **Manfaat** 12 tetapi dikecualikan dari **Manfaat** 7 – Transplantasi Organ.*<br>*(ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari**, dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.*<br>***Kami** hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman **WHO**.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 50.000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **8. Pengobatan Kanker:**<br>***Pengobatan** yang diberikan untuk **Kanker** yang diterima sebagai pasien **Rawat Inap**, **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari sejak diagnosa.* | ▶ *Pengembalian penuh* |

| Manfaat | Excel |
|---|---|
| **9. Kondisi Medis Kehamilan:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang timbul selama tahapan antenatal* ***Kehamilan****, atau* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang timbul saat melahirkan.* ***Kami*** *akan mengizinkan* ***Pengobatan*** *berikut sebagai* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *berdasarkan* ***Manfaat*** *ini:*<br>• ***Kehamilan*** *Ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)*<br>• *Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)*<br>• *Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)*<br>• *Plasenta previa*<br>• *Eklampsia (koma atau kejang selama* ***Kehamilan*** *dan setelah pre-eklampsia)*<br>• *Diabetes (Jika* ***Anda*** *memiliki pengecualian karena riwayat medis* ***Anda*** *di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka* ***Anda*** *tidak akan ditanggung untuk setiap* ***Pengobatan*** *untuk diabetes selama Kehamilan)*<br>• *Perdarahan pasca-persalinan (pendarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)*<br>• *Keguguran yang memerlukan* ***Pengobatan*** *bedah segera*<br>***Manfaat*** *ini tidak memberikan tanggungan apa pun untuk prosedur operasi caesar atas permintaan sendiri atau* ***Darurat*** *atau 'kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan' kecuali untuk salah satu dari* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang* ***dinyatakan*** *di atas.*<br>***Masa Tunggu****: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak* ***Tanggal Masuk*** *sang Ibu dikecualikan.* | *Pengembalian penuh* |
| **10. Pertanggungan untuk Bayi Baru Lahir:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau* ***Kondisi Akut*** *yang diderita oleh bayi* ***Baru Lahir*** *dari* ***Tertanggung*** *yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi* ***Baru Lahir*** *ditambahkan ke dalam* ***Polis Grup*** *dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.*<br>*Bilamana* ***Kami*** *meminta rincian tentang riwayat kesehatan* ***Bayi Baru Lahir*** *sebelum bayi ditambahkan ke dalam* ***Polis****,* ***Kami*** *berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungan yang akan* ***Kami*** *tawarkan.*<br>*Untuk rinciannya, Silahkan lihat Bab 6.5 - Menambahkan* ***Bayi Baru Lahir*** *dari Buku Panduan Peserta ini.* | *Hingga USD 125.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:**<br>*Biaya* ***Akomodasi Rumah Sakit*** *yang berkaitan dengan bayi* ***Baru Lahir*** *(sampai umur 16 minggu) untuk menemani ibunya (yang menjadi* ***Tertanggung****) saat ia mendapat* ***Pengobatan*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *sebagai Pasien* ***Rawat Inap*** *di* ***Rumah Sakit.*** | *Pengembalian penuh* |
| **12. Kelainan Bawaan:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk* ***Kelainan Bawaan****. Dalam keadaan di mana* ***Kelainan Bawaan*** *muncul pada bayi* ***Baru Lahir*** *dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungan untuk* ***Kondisi Medis*** *tersebut akan diberikan berdasarkan* ***Manfaat*** *10 tetapi dikecualikan dari* ***Manfaat*** *12 –* ***Kelainan Bawaan.*** | *Hingga USD 125.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **13. Bedah Rekonstruksi:**<br>*Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah* ***Kecelakaan*** *atau sesudah* ***Prosedur Bedah*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat****, yang terjadi setelah* ***Tanggal Masuk*** *atau* ***Tanggal Mulai Tertanggung*** *yang mana yang paling akhir.* | *Pengembalian penuh* |
| **14. Rehabilitasi:**<br>*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:*<br>*(i) Penggunaan kamar* ***Pengobatan*** *khusus*<br>*(ii) Biaya terapi fisik*<br>*(iii) Biaya terapi wicara*<br>*(iv) Biaya terapi okupasi* | *Pengembalian penuh* |
| **15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:**<br>*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.*<br>***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:*<br>• *Jika* ***Pengobatan*** *meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisam atau gigi tiruan,* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Umum untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.*<br>• *Jika implan dibutuhkan secara klinis* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.*<br>***Manfaat*** *ini juga menanggung perbaikan atau rekonstruksi gigi palsu yang rusak setelah suatu* ***Kecelakaan*** *yang mengharuskan* ***Tertanggung*** *masuk ke* ***Rumah Sakit*** *selama satu malam, asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat* ***Kecelakaan.*** | *Pengembalian penuh* |
| **16. Rawat Inap Penyakit Kejiwaan:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *di unit kejiwaan yang diakui di* ***Rumah Sakit****. Semua* ***Pengobatan*** *harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater yang Terdaftar.* | ***Pra-Otorisasi ☎***<br>*Pengembalian penuh yang dibatasi sampai 30 hari per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **17. Penyakit Terminal:**<br>*Perawatan Paliatif dan Rawat Akhir: Saat didiagnosa menderita penyakit* ***Terminal,*** *biaya untuk setiap* ***Pengobatan Rawat Inap, Rawat Sehari*** *atau* ***Rawat Jalan*** *diberikan atas saran dari* ***Praktisi Medis atau Dokter Spesialis*** *untuk tujuan meringankan gejala secara sementara. Biaya untuk akomodasi di* ***Rumah Sakit*** *atau rawat akhir, asuhan keperawatan oleh* ***Perawat Berijazah*** *dan* ***Obat-obatan dan Perban*** *yang diresepkan ditanggung.* | *Hingga batas USD 75.000 seumur hidup* |

Pengembalian penuh | Tidak ditanggung | Sesuai dengan batas | Pilihan

| Manfaat | Excel |
|---|---|
| **18. Pertanggungan untuk Pengobatan Non-Elektif di luar Wilayah Pertanggungan:**<br>*Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari.* ***Pengobatan*** *oleh* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Dokter Spesialis*** *yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian* ***Darurat,*** *yang diperlukan sebagai akibat dari* ***Kecelakaan*** *atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan* ***Kondisi Medis*** *yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan* ***Tertanggung.***<br>*Biaya yang terkait dengan* ***Kehamilan*** *rutin secara khusus dikecualikan dari* ***Manfaat*** *ini.* | ▶ ***Kecelakaan:*** *Pengembalian penuh untuk* ***Kecelakaan*** *yang memerlukan perawatan* ***Rawat Inap*** *dan* ***Rawat Sehari***<br>▶ *Sakit: Perawatan* ***Rawat Inap*** *dan* ***Rawat Sehari*** *hingga USD 35.000 per* ***Masa Pertanggungan***<br>***Pengobatan Rawat Jalan*** *di* ***Bagian Kecelakaan*** *dan* ***Gawat Darurat*** *di* ***Rumah Sakit*** *hingga USD 500 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **19. Evakuasi dan Repatriasi:**<br>**Evakuasi**<br>*Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan* ***Tertanggung*** *yang memiliki* ***Kondisi Medis*** *kritis dan mengancam jiwa yang* ***Memenuhi Syarat*** *ke fasilitas medis terdekat untuk tujuan masuk ke* ***Rumah Sakit*** *sebagai pasien* ***Rawat Inap*** *atau pasien* ***Rawat Sehari.***<br>*Biaya yang wajar untuk:* | ***Pra-Otorisasi*** ☎ |
| *(i) Biaya transportasi dari* ***Tertanggung*** *dalam hal* ***Pengobatan Darurat*** *dan transportasi dan perawatan yang* ***Secara Medis Diperlukan*** *tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh* |
| *(ii) Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika* ***Pengobatan*** *diterima sebagai Pasien* ***Rawat Sehari.*** | *(ii)* ▶ *Pengembalian penuh* |
| *(iii) Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari* ***Rumah Sakit*** *untuk mengunjungi* ***Tertanggung*** *sesudah masuk sebagai Pasien* ***Rawat Inap****.* | *(iii)* ▶ *Pengembalian penuh* |
| *(iv) Biaya yang wajar untuk* ***Akomodasi*** *non* ***Rumah Sakit*** *hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk* ***Rumah Sakit*** *asalkan* ***Tertanggung*** *sedang dirawat oleh* ***Dokter Spesialis.*** | *(iv)* ▶ *Hingga USD 200 per hari hingga USD 7.500 per orang, per* ***Evakuasi*** |
| *Biaya* ***Evakuasi*** *tidak sampai mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di gunung yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.*<br>*Penasihat medis* ***Kami*** *akan menentukan metode transportasi yang paling tepat untuk* ***Evakuasi*** *dan* ***Manfaat*** *ini tidak akan mencakup perjalanan jika hal itu bertentangan dengan nasihat dari penasihat medis* ***Kami*** *atau bila fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat****.* | |
| **Repatriasi**<br>*Setelah pertangungan* ***Evakuasi*** *dari* ***Kami****, tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan* ***Tertanggung*** *dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi* ***Pengobatan*** *atau* ***Negara Kebangsaan*** *utama atau* ***Negara Tempat Tinggal*** *utama* ***Tertanggung****, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah* ***Pengobatan*** *selesai.* | ***Pra-Otorisasi*** ☎<br>▶ *Pengembalian penuh* |
| ***Kami*** *tidak menanggung repatriasi terpisah.*<br>*Biaya yang terkait dengan* ***Kehamilan*** *rutin secara khusus dikecualikan dari* ***Manfaat*** *ini.* | |
| **20. Biaya Kematian:**<br>*Dalam hal kematian karena* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat, Biaya yang Wajar dan Layak*** *untuk:* | ***Pra-Otorisasi*** ☎ |
| *(i) Biaya transportasi jenazah atau abu* ***Tertanggung*** *ke* ***Negara Kewarganegaraan*** *atau* ***Negara Tempat Tinggal****-nya, atau* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh* |
| *(ii) Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak.* | *(ii)* ▶ *Hingga USD 15.000* |

| Manfaat | Excel |
|---|---|
| **21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:**<br>**i)** ***Manfaat*** *ini dibayarkan ketika* ***Tertanggung*** *menerima* ***Pengobatan Rawat Inap*** *dan hanya jika* ***Tertanggung*** *dirawat untuk* ***Pengobatan Rawat Inap*** *sebelum tengah malam, dan* ***Pengobatan*** *yang diterima secara gratis yang dinyatakan* ***memenuhi syarat*** *untuk* ***Manfaat*** *Pribadi dibawah* ***Polis*** *ini.*<br>***Manfaat*** *ini tidak dibayarkan jika tertanggung memenuhi syarat untuk* ***Manfaat Tunai Rumah Sakit*** *ii) Operasi Elektif Utama.* ***Manfaat*** *ini terbatas hingga minimum 30 hari antara masuk ke rumah sakit yang* ***memenuhi syarat****, dan hingga batas maksimum 5 kali masuk ke rumah sakit per tahun polis.*<br>**ii)** ***Manfaat*** *ini dibayarkan ketika* ***Tertanggung*** *menjalani* ***Operasi Elektif Utama*** *dan hanya jika* ***Tertanggung*** *dirawat untuk* ***Pengobatan Rawat Inap*** *sebelum tengah malam, dan* ***pengobatan*** *diterima secara gratis yang dinyatakan* ***memenuhi syarat*** *untuk* ***Manfaat*** *Pribadi dalam* ***Polis*** *ini.*<br>***Manfaat*** *ini memerlukan persetujuan diawal dan berlaku minimum 30 hari antara masuk ke rumah sakit yang* ***memenuhi syarat****, dan hingga maksimum 3 kali masuk ke rumah sakit per tahun polis.*<br>*Untuk* ***Manfaat*** *ini, pengecualian 5.10 tidak berlaku.*<br>***Manfaat*** *ini tidak dibayarkan jika Anda masuk ke rumah sakit dan* ***Manfaat*** *ini tidak mendapatkan persetujuan diawal.* ***Manfaat*** *ini* ***tidak berlaku*** *jika Anda* ***dirawat*** *karena* ***Kecelakaan*** *dan* ***Darurat****.*<br>***Masa tunggu****: Pertanggungan hanya berlaku setelah Sembilan bulan keanggotaan berkelanjutan.* | ***Pra-otorisasi*** ☎<br>▶<br>*i) USD 200 per* ***masuk rumah sakit***<br>*ii) USD 1,000 per* ***operasi elektif utama*** |
| **22. Biaya Rawat Jalan:**<br>*(i) Biaya* ***Praktisi Medis*** *termasuk konsultasi, Biaya* ***Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban*** *yang diresepkan.*<br>*(ii) Telekonsultasi (Perjanjian Dokter secara virtual melalui sarana elektronik)*<br>*Biaya-biaya yang berhubungan dengan* ***Pengobatan*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *akan dibayar secara penuh dimana* ***Pengobatan*** *telah diterima dari* ***Penyedia Medis*** *yang terdaftar pada* ***Jaringan Penyedia Now Health International****.*<br>***Pengobatan*** *yang tidak dilakukan pada* ***Jaringan Penyedia Now Health International*** *akan dibayarkan secara* ***Biaya Wajar dan Umum****.*<br>*Tidak ada* ***Ko-asuransi Rawat Jalan*** *atau* ***Biaya Resiko Sendiri Per kunjugan Rawat Jalan*** *yang berlaku.*<br>*(iii)* ***Vitamin dan Mineral***<br>*Vitamin dan Mineral yang diresepkan oleh* ***Praktisi Medis****. Vitamin, mineral, dan pelumas mata yang diresepkan untuk defisiensi yang terdiagnosa akan dibayarkan dalam* ***Manfaat Rawat Jalan****.*<br>*Setiap konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayarkan menurut* ***Manfaat*** *ini.* | *(i) dan (ii)*<br>▶<br>*Pengembalian Penuh*<br>*(iii)*<br>▶<br>*Hingga USD 150 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **23. Terapi Penggantian Hormon Menopause:**<br>*Biaya Terapi Penggantian Hormon saat diperlukan untuk meringankan gejala dari tahap awal menopause dimana tanggal permulaan dan* ***Pengobatan*** *dimulai dibawah usia 40 tahun.* | ▶<br>*Hingga USD 600 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **24. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:**<br>*Biaya* ***Pengobatan*** *untuk* ***Prosedur Bedah*** *yang dilakukan di tempat praktek dokter,* ***Rumah Sakit****, fasilitas perawatan sehari atau instalasi* ***Rawat Jalan.*** *Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan* ***Manfaat*** *22 – biaya* ***Rawat Jalan****.* | ▶<br>*Pengembalian penuh* |
| **25. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:**<br>***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang diberikan oleh Psikolog Terdaftar dan/atau Psikiater Terdaftar, sesuai dengan 15 sesi dan batas biaya menurut bab ini.*<br>*Untuk 5 sesi pertama* ***Anda*** *dapat langsung memilih untuk mengunjungi Psikolog terdaftar tanpa perlu rujukan. Namun, setiap sesi berikutnya dengan Psikolog Terdaftar memerlukan rujukan dan rencana* ***Pengobatan*** *dengan dengan* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Dokter Spesialis****.* | ▶<br>*Hingga USD 5.000 dan tunduk pada jumlah maksimal 15 sesi per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **26. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif:**<br>*(i) Fisioterapi oleh* ***Fisioterapis*** *Terdaftar.*<br>*(ii)* ***Obat dan Pengobatan Pelengkap*** *oleh terapis.* ***Manfaat*** *ini meluas ke osteopathi, chiropody dan podiatry, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan* ***Pengobatan*** *akupunktur selain tenaga* ***Fisioterapi*** *yang ditanggung di dalam butir (i).*<br>***Anda*** *dapat memilih 5 sesi untuk setiap kombinasi* ***Manfaat*** *secara agregat selama* ***Masa Pertanggungan*** *untuk* ***Manfaat*** *(i) dan (ii) kecuali ahli gizi tanpa perlu rujukan; sesi selanjutnya harus dirujuk oleh* ***Praktisi Medis*** *atau* ***Dokter Spesialis****.*<br>*Harap dicatat bahwa sesi harus dilakukan di fasilitas medis yang diakui atau pusat layanan Kesehatan yang disetujui. Sesi yang dilakukan dirumah tidak akan ditanggung.* | *(i)*<br>▶<br>*Pengembalian penuh*<br>*(ii)*<br>▶<br>*Pengembalian penuh*<br>***Pra-Otorisasi untuk (i) dan (ii) sesudah setiap 10 kunjungan*** ☎ |

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

| Manfaat | Excel |
|---|---|
| **27. Rawat Jalan Obat Cina Tradisional dan Pengobatan Ayurveda:**<br>***Pengobatan Rawat Jalan*** *untuk terapi dilakukan oleh* ***Praktisi Medis*** *Cina yang diakui atau* ***Praktisi Medis*** *Ayurveda.*<br>*Semua klaim untuk memberikan diagnosa, biaya konsultasi, jenis* ***Perawatan****, biaya* ***Perawatan****, resep termasuk perincian pengobatan dan jumlah dosis.*<br>*Pengecualian 5.35 berlaku.* | *Hingga USD 1,500 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **28. Perawatan di Rumah:**<br>*(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****.*<br>*(ii) Kunjungan ke rumah oleh* ***Praktisi Medis*** *untuk panggilan* ***Darurat*** *di luar jam klinik normal.* | *(i) Pengembalian penuh hingga 60 hari per* ***Kondisi Medis***<br>***Pra-Otorisasi untuk (i) ☎***<br>*(ii) Tidak ditanggung* |
| **29. AIDS:**<br>*Biaya medis, yang timbul dari atau dengan cara apapun yang berhubungan dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau penyakit terkait HIV, termasuk Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau AIDS Related Complex (ARC) dan/atau turunan mutan atau variasinya. Akibat dari* ***Kecelakaan*** *kerja yang terbukti* atau transfusi darah**. Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin untuk kondisi ini,* ***Obat-Obatan dan Perban*** *(kecuali percobaan atau yang belum terbukti),* ***Akomodasi Rumah Sakit*** *dan biaya keperawatan.*<br>** Bagi peserta layanan darurat, profesi medis atau gigi, asisten laboratorium, apoteker atau pegawai di fasilitas medis yang memberikan bukti bahwa mereka tertular infeksi HIV tanpa sengaja saat melaksanakan tugas normal dari pekerjaan mereka; dan mereka tertular infeksi HIV tiga tahun setelah* ***Tanggal Masuk*** *atau* ***Tanggal Mulai****, mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan* ***Tertanggung****; dan tes yang menunjukkan tidak ada HIV atau antibodi terhadap virus tersebut dilakukan dalam waktu lima hari setelah kejadian; dan tes HIV positif terjadi dalam waktu 12 bulan dari* ***Kecelakaan*** *kerja yang dilaporkan.*<br>*** Asalkan transfusi darah diterima sebagai Pasien* ***Rawat Inap*** *sebagai bagian dari* ***Pengobatan*** *yang* ***Secara Medis Diperlukan****.*<br>***Masa Tunggu:*** *Pertanggungan hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.* | ***Pra-Otorisasi ☎***<br>*Hingga USD 40.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **30 . Perawatan Gigi:**<br>*(i)* ***Pengobatan*** *gigi rutin: Biaya* ***Praktisi Gigi*** *terdaftar yang melaksanakan* ***Pengobatan*** *gigi rutin di tempat praktek gigi.* ***Pengobatan*** *gigi rutin berarti:*<br>*– Skrining (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan gigi tambalan, termasuk sinar-X bila diperlukan,*<br>*– Pembersihan karang gigi prefentif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (dua kali per tahun),*<br>*– Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan,*<br>*–* ***Pengobatan*** *saluran akar (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah* ***Pengobatan*** *saluran akar), dan*<br>*– Obat-obatan dan perban yang diresepkan.*<br>*Tidak ada* ***Pengobatan*** *lain yang ditanggung berdasarkan* ***Manfaat Pengobatan*** *gigi rutin.*<br>***Masa Tunggu:*** *Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari* ***Tanggal Masuk*** *dikecualikan.*<br>***Ko-Asuransi*** *20% berlaku.*<br>*Untuk* ***Manfaat*** *ini* ***Risiko Sendiri*** *atau* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *pada* ***Polis Grup*** *tidak berlaku.*<br>*(ii)* ***Pengobatan*** *Gigi Kompleks: Biaya* ***Praktisi Gigi*** *terdaftar dan biaya terkait untuk prosedur berikut:* ***Pengobatan*** *gigi kompleks yang* ***Memenuhi Syarat****: termasuk misalnya:* ***Apikoektomi*** *yang dilakukan untuk mengobati berikut – Fraktur akar gigi; akar gigi sangat melengkung; gigi dengan mahkota gigi tiruan; Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar; Perforasi akar; Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, inlay dan jembatan gigi. Rasa sakit berulang dan infeksi; Gejala terus menerus yang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X. Pengapuran; Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi; Implan gigi; obat-obatan dan perban yang diresepkan.*<br>*Tidak ada* ***Pengobatan*** *lain yang ditanggung berdasarkan* ***Manfaat*** *ini.*<br>***Masa Tunggu:*** *Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari* ***Tanggal Masuk*** *dikecualikan.*<br>***Ko-Asuransi*** *20% berlaku.*<br>***Ko-Asuransi*** *50% berlaku dalam hal* ***Pengobatan*** *ortodontik.*<br>*Untuk* ***Manfaat*** *ini* ***Risiko Sendiri*** *atau* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *pada* ***Polis Grup*** *tidak berlaku.* | *(i) Hingga USD 1.000 per* ***Masa Pertanggungan***<br>*(ii) Hingga USD 2.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |

| Pilihan untuk Manfaat Utama | Excel |
|---|---|
| **31. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:**<br>*(i) Biaya yang terkait dengan **Pengobatan Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** yang **Memenuhi Syarat** di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila **Pengobatan** diterima di Rumah Sakit yang tercantum dalam **Jaringan Penyedia.***<br>*(ii) Biaya yang terkait dengan **Pengobatan Rawat Jalan** yang **Memenuhi Syarat** di Amerika Serikat akan dibayar hingga batas **biaya Rawat Jalan pada Polis anda.***<br>***Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari** yang tidak di terima di **jaringan penyedia Now Health International** akan dikenakan 50% **ko-asuransi***<br>*Pilihan ini tidak tersedia jika **Anda** telah memilih pilihan **Pertanggungan Regional**.* | ***Pra-Otorisasi untuk diagnostik dan operasi Rawat Jalan, Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari*** ☎<br>▶<br>*Pilihan*<br>*Hingga USD 1,5 jt per **Tertanggung** per **Masa Pertanggungan*** |
| **32. Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi:**<br>***Ko-Asuransi** 10% akan berlaku bagi semua **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat**. Jika **Polis Grup Anda** mencakup **Manfaat** perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan **Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi** yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar **Manfaat Anda.***<br>*Harap dicatat bahwa **Ko-Asuransi** tidak akan berlaku untuk **Pengobatan** yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, **Kanker** atau Transplantasi Organ.* | ▶<br>*Pilihan* |
| **33. Opsi Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi 2:**<br>***Ko-Asuransi** 20% akan berlaku untuk semua **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat.** Jika **Polis Grup Anda** mencakup **Manfaat** perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan **Manfaat Vaksinasi, Ko-Asuransi** yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar **Manfaat Anda**.*<br>*Harap dicatat bahwa **Ko-Asuransi** tidak akan berlaku untuk **Pengobatan** yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal**, Kanker** atau Transplantasi Organ.* | ▶<br>*Pilihan* |

| Pilihan Tambahan untuk Polis Grup | Excel |
|---|---|
| **34. Persalinan (Tanpa Ko-Asuransi):**<br><br>*Biaya yang **Secara Medis Diperlukan** yang terjadi selama **Kehamilan** dan persalinan normal: termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahirkan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar atas permintaan sendiri atau darurat. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama/pemeriksaan bayi **Baru Lahir**, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh **Praktisi Medis** atau **Spesialis**. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.*<br><br>***Masa Tunggu**: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak **Tanggal Mulai** dikecualikan.*<br><br>*Harap dicatat, **Kami** tidak akan membayar untuk kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.*<br><br>*Klaim untuk operasi caesar hanya dapat penggantian dari kami jika Anda memiliki **Manfaat** kehamilan sebagai bagian dari polis Anda. Mereka tidak ditanggung dalam **Manfaat** lainnya.*<br><br>***Risiko Sendiri** pada **Polis Grup** tidak berlaku.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup***<br>*Wajib 10+ Karyawan*<br><br>*Hingga batas*<br>*USD 12.500 per*<br>***Masa Pertanggungan*** |
| **35. Persalinan (Ko-Asuransi 20%):**<br><br>*Biaya yang **Secara Medis Diperlukan** yang terjadi selama **Kehamilan** dan persalinan normal: termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahirkan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar atas permintaan sendiri atau darurat. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama/pemeriksaan bayi **Baru Lahir**, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh **Praktisi Medis** atau **Spesialis**. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.*<br><br>***Masa Tunggu**: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak **Tanggal Mulai** dikecualikan.*<br><br>***Ko-Asuransi** 20% berlaku.*<br><br>*Harap dicatat, **Kami** tidak akan membayar untuk kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.*<br><br>*Klaim untuk operasi caesar hanya dapat penggantian dari kami jika Anda memiliki **Manfaat** kehamilan sebagai bagian dari polis Anda. Mereka tidak ditanggung dalam **Manfaat** lainnya.*<br><br>***Risiko Sendiri** pada **Polis Grup** tidak berlaku.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup***<br>*Wajib 10+ Karyawan*<br><br>*Hingga batas*<br>*USD 12.500 per*<br>***Masa Pertanggungan*** |
| **36. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi:**<br><br>*(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker,** BRCA I & II (jika ada riwayat keturunan), densitometri tulang (setiap lima tahun sekali untuk wanita berusia 50+), pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol). Pemeriksaan Kesehatan Anak (sampai dengan usia 5 tahun).*<br>*dan/atau*<br>*(ii) **Manfaa**t Optikal: **Manfaat** ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dan operasi laser mata dan komplikasi apapun, dalam batas **Manfaat** yang dikombinasikan hingga maksimum USD 300 per **Masa Pertanggungan** untuk klaim optik.*<br>*Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi.*<br>*dan/atau*<br>*(iii) **Vaksinasi:** Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.*<br><br>*Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup***<br>*Wajib 3+ Karyawan*<br><br>*Batas yang dikombinasikan Hingga USD 500 per **Masa Pertanggungan*** |
| **37. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi Opsi 2:**<br><br>*(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker,** BRCA I & II (jika ada riwayat keturunan), densitometri tulang (setiap lima tahun sekali untuk wanita berusia 50+), pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol). Pemeriksaan Kesehatan Anak (sampai dengan usia 5 tahun)*<br>*dan/atau*<br>*(ii) **Manfaat** Optikal: **Manfaat** ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dan operasi laser mata dan komplikasi apapun, dalam batas **Manfaat** yang dikombinasikan hingga maksimum USD 600 per **Masa Pertanggungan** untuk klaim optik.*<br>*Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi.*<br>*dan/atau*<br>*(iii) **Vaksinasi:** Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.*<br><br>*Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup***<br>*Wajib 3+ Karyawan*<br><br>*Batas yang dikombinasikan Hingga USD 1.000 per **Masa Pertanggungan*** |

| Pilihan Tambahan untuk Polis Grup | Excel |
|---|---|
| **38. Pemeriksaan Kesehatan dan Vaksinasi Opsi 3:**<br>*(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker**, BRCA I & II (jika ada riwayat keturunan), densitometri tulang (setiap lima tahun sekali untuk wanita berusia 50+), pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urin, kolesterol). Pemeriksaan Kesehatan Anak (sampai dengan usia 5 tahun)). dan/atau*<br>*(ii) **Vaksinasi**: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.*<br>*Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.* | *Pilihan*<br>*Batas yang dikombinasikan Hingga USD 250 per **Masa Pertanggungan*** |
| **39. Pengabaian Riwayat Kesehatan:**<br>*Harap dicatat bahwa **Masa Tunggu** tidak berlaku untuk **Manfaat Kondisi Medis Persalinan** perawatan gigi atau Manfaat tunai rumah sakit (ii) jika pengabaian riwayat kesehatan dipilih.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ Karyawan* |
| **40. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura:**<br>*Seperti dijelaskan dalam **Manfaat** 2. i), tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi **Rumah Sakit** pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk **Rumah Sakit** di Indonesia dan Singapura.*<br>*Memilih opsi ini berarti bahwa kamar **Rumah Sakit** akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura. Kamar **Rumah Sakit** di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.* | *Pilihan* |
| **41. Opsi Pertanggungan Regional: Asia Tenggara (kecuali Singapura):**<br>***Manfaat** 18 Pertanggungan untuk **Pengobatan** Non-Elektif di luar Wilayah Pertanggungan kalimat Polis diubah sebagai berikut:*<br>*Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. **Pengobatan** oleh **Praktisi Medis** atau Dokter **Spesialis** yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian **Darurat**, yang diperlukan sebagai akibat dari **Kecelakaan** atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan **Kondisi Medis** yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan Tertanggung.*<br>*Biaya yang terkait dengan **Kehamilan** rutin dan **Kondisi Medis Kehamilan** secara khususnya dikecualikan dari **Manfaat** ini.*<br>***Pertanggungan Regional (Asia Tenggara (kecuali Singapura)*** | *Pilihan*<br>***Kecelakaan:** Pengembalian penuh untuk **Kecelakaan** yang memerlukan perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari***<br>***Sakit:** Perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** hingga USD 35,000 per **Masa Pertanggungan***<br>***Pengobatan Rawat Jalan** dibagian **Kecelakaan** dan **Gawat Darurat** di **Rumah Sakit** hinga USD 500 per **Masa Pertanggungan*** |
| **42. Penghapusan Ko-Asuransi Perawatan Gigi:**<br>***Ko-Asuransi** tidak berlaku pada Perawatan Gigi.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ Karyawan* |

Pengembalian penuh | Tidak ditanggung | Sesuai dengan batas | Pilihan

## Pilihan Tambahan untuk Polis Grup

**Excel**

### 43. Perluasan Evakuasi dan Repatriasi:

#### Evakuasi

**Pra-Otorisasi ☎**

*Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan **Tertanggung** yang memiliki **Kondisi Medis** kritis dan mengancam jiwa yang **Memenuhi Syarat** ke fasilitas medis terdekat, **Negara Tempat Tinggal, Negara Kewarganegaraan** atau negara **Anggota Tertanggung** terdekat untuk tujuan masuk ke **Rumah Sakit** sebagai pasien **Rawat Inap** atau pasien **Rawat Sehari.***

Pilihan

*Biaya yang wajar untuk:*

*(i) Biaya transportasi dari **Tertanggung** bilamana terjadi **Pengobatan Darurat** dan transportasi dan perawatan yang **Secara Medis Diperlukan** tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.*

(i) Pengembalian penuh

*(ii) Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika **Pengobatan** diterima sebagai Pasien **Rawat Sehari**.*

(ii) Pengembalian penuh

*(iii) Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari **Rumah Sakit** untuk mengunjungi **Tertanggung** sesudah masuk sebagai Pasien **Rawat Inap**.*

(iii) Pengembalian penuh

*(iv) Biaya yang wajar untuk **Akomodasi** non **Rumah Sakit** hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk **Rumah Sakit** asalkan **Tertanggung** sedang dirawat oleh **Dokter Spesialis.***

(iv) Hingga USD 200 per hari hingga USD 7.500 per orang, per **Evakuasi**

*Biaya **Evakuasi** tidak mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di Gunung, yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.*

*Negara pilihan **Tertanggung** bergantung pada ketersediaan fasilitas medis yang tepat di tempat (kejadian). Penasehat medis **Kami** akan menentukan apakah negara yang dipilih itu memiliki fasilitas medis yang cocok untuk mengobati **Kondisi Medis Tertanggung** yang memenuhi syarat. Penasihat medis **Kami** akan memutuskan metode transportasi yang paling tepat untuk evakuasi dan **Manfaat** ini tidak akan menanggung perjalanan jika perjalanan ini tidak sesuai dengan saran dari penasehat medis **Kami** atau bilamana fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati **Kondisi Medis yang memenuhi syarat.***

#### Repatriasi

**Pra-Otorisasi ☎**

*Setelah pertangungan Evakuasi dari Kami, tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan **Tertanggung** dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi **Pengobatan** atau **Negara Kewarganegaraan** utama atau **Negara Tempat Tinggal** utama **Tertanggung**, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah **Pengobatan** selesai. Biaya wajar di atas akan dibayar penuh.*

Pengembalian penuh

***Kami** tidak menanggung repatriasi terpisah.*

*Biaya yang terkait dengan **Kehamilan** rutin secara khusus dikecualikan dari **Manfaat** ini.*

| Opsi Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan | Excel |
|---|---|
| **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan:**<br>*USD 25* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *berlaku jika* ***Anda*** *menerima* ***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang memenuhi syarat di dalam dan di lua****r Jaringan Penyedia Now Health National****.*<br>*Harap Dicatat:*<br>*Jika* ***Polis Grup Anda*** *juga mencakup* ***Manfaat*** *perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar* ***Manfaat Anda****,* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *tidak berlaku.*<br>*Harap dicatat bahwa* ***Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan*** *tidak berlaku untuk konsultasi yang behubungan dengan cuci darah/gagal ginjal,* ***Kanker*** *atau transplantasi organ.* | ▶ *Pilihan*<br>*USD 25* |
| **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan Pilihan 2:**<br>*USD 15* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *berlaku jika* ***Anda*** *menerima* ***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang memenuhi syarat di dalam dan di lua****r Jaringan Penyedia Now Health National****.*<br>*Harap Dicatat:*<br>*Jika* ***Polis Grup Anda*** *juga mencakup* ***Manfaat*** *perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar* ***Manfaat Anda****,* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *tidak berlaku.*<br>*Harap dicatat bahwa* ***Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan*** *tidak berlaku untuk konsultasi yang behubungan dengan cuci darah/gagal ginjal,* ***Kanker*** *atau transplantasi organ.* | ▶ *Pilihan*<br>*USD 15* |

| Opsi Risiko Sendiri | Excel |
|---|---|
| **Risiko Sendiri Standar** | *Nihil* |
| **Risiko Sendiri Opsional:**<br>*Harap dicatat:*<br>*Jika* ***Anda*** *memilih opsi* ***Risiko Sendiri****,* ***Anda*** *juga harus memilih salah satu opsi dari* ***Ko-Asuransi Rawat Jalan*** *atau* ***Biaya Risiko Sendiri Rawat jalan*** *Per* ***Kunjungan****.*<br>***Risiko Sendiri*** *akan berlaku untuk setiap* ***Pengobatan*** *yang* ***Diperlukan secara medis*** *yang diperlukan menurut* ***Manfaat*** *19 dan* ***Manfaat*** *43.* | *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* |

## 4.3.4 WorldCare Apex

| Manfaat | Apex |
|---|---|
| **Batas Maksimum Tahunan Polis Grup**<br>***Saluran bantuan 24 jam seminggu dan layanan bantuan yang tersedia dalam semua Polis Grup*** | **USD 3 jt** |
| **1. Pemeliharaan Kondisi Medis Kronis:**<br>*Pemeliharaan Kondisi **Medis kronis** seperti namun tidak terbatas pada asma, diabetes dan hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang atau terus-menerus melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan, **Obat-obatan dan Perban** dan/atau percobaan sampai batas **Manfaat** sesudah **Tanggal Masuk Anda. Manfaat** ini tidak menanggung gagal ginjal dan cuci darah. Klaim untuk ini akan masuk dalam **Manfaat** 6. Klaim untuk **Kanker** akan masuk dalam **Manfaat** 8.* | ▶ *Pengembalian penuh* |
| **2. Biaya Rumah Sakit, Biaya Praktisi Medis dan Dokter Spesialis:**<br>*(i) Biaya untuk **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** yang dilakukan oleh **Rumah Sakit** termasuk biaya untuk akomodasi (bangsal/semi-pribadi atau pribadi); **Tes Diagnostik;** Biaya ruang operasi termasuk biaya dokter bedah dan anestesi; dan biaya untuk asuhan keperawatan oleh **Perawat Berijazah; Obat dan Perban** yang diresepkan oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis;** dan peralatan bedah yang digunakan oleh **Praktisi Medis** selama operasi. Ini termasuk konsultasi pra- dan pasca-operasi selama **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** dan termasuk biaya untuk perawatan intensif.*<br>*(ii) Peralatan Medis Tahan Lama, Prostetik dan Perlengkapan Ortotik (DMEPOS) Ketika disediakan dalam waktu 6 bulan setelah pengobatan **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** di **Rumah Sakit** untuk **kondisi medis** yang **memenuhi syarat**, yang diresepkan **oleh dokter** yang menangani Anda. **Kami** akan menanggung biaya untuk hal-hal berikut:*<br>*i. Pembelian atau penyewaan kruk, Sepatu bot udara, dan pembelian atau penyewaan awal kursi roda (kursi roda yang digerakan sendiri)*<br>*ii. Sistem pengiriman untuk obat-obatan dan perban yang diresepkan*<br>*iii. Perlengkapan ortotik seperti sol kaki dan penopang ortotik*<br>*iv. Prostetik eksternal yang dibutuhkan setelah operasi. Hal ini termasuk penyangga dan alat bantu berjalan, pembelian dan pemasangan awal anggota tubuh buatan dan mata buatan. Tidak termasuk alat bantu pendengaran.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>***Pra-Otorisasi untuk (i) ☎***<br><br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 4,000 per **Kondisi Medis*** |
| **3. Prosedur Diagnostik:**<br>*Pemindaian diagnostik magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET) dan computerised tomography (CT) yang **Secara Medis Diperlukan** diterima sebagai pasien **Rawat Inap, Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan.*** | ***Pra-Otorisasi untuk PET, MRI, CT ☎***<br>▶ *Pengembalian penuh* |
| **4. Transportasi Ambulans Darurat:**<br>*Biaya transportasi ambulans darat **Darurat** ke atau antar **Rumah Sakit**, atau bila dianggap **Secara Medis Diperlukan** oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis.*** | ▶ *Pengembalian penuh* |
| **5. Akomodasi Orangtua:**<br>*Biaya satu orang tua untuk tinggal di **Rumah Sakit** semalam dengan **Tertanggung** yang berusia di bawah 18 tahun saat anak dirawat sebagai pasien **Rawat Inap** untuk **Pengobatan** yang **Memenuhi Syarat.*** | ▶ *Pengembalian penuh* |
| **6. Gagal Ginjal dan Cuci Darah:**<br>*(i) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Inap**.*<br>*(ii) **Pengobatan** gagal ginjal, termasuk Cuci Darah secara **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan.*** | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 100.000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **7. Transplantasi Organ:**<br>*(i) **Pengobatan** untuk dan dalam hubungannya dengan transplantasi organ manusia yakni ginjal, pankreas, hati, jantung, paru-paru, sumsum tulang, kornea, atau jantung dan paru-paru, sehubungan dengan **Tertanggung** sebagai penerima.*<br>*Dalam keadaan di mana transplantasi organ diperlukan sebagai akibat dari kelainan bawaan, pertanggungan akan disediakan berdasarkan **Manfaat** 12 tetapi dikecualikan dari **Manfaat** 7 – Transplantasi Organ.*<br>*(ii) Biaya medis yang berkaitan dengan donor sebagai pasien **Rawat Inap** atau **Rawat Sehari,** dengan pengecualian biaya pencarian organ donor.*<br>***Kami** hanya membayar untuk transplantasi yang dilakukan di lembaga berakreditasi internasional oleh dokter bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organnya sesuai dengan pedoman **WHO**.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>*(ii)* ▶ *Hingga USD 50.000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **8. Pengobatan Kanker:**<br>***Pengobatan** yang diberikan untuk **Kanker** yang diterima sebagai pasien **Rawat Inap**, **Rawat Sehari** atau **Rawat Jalan**. Meliputi biaya dokter onkologi, bedah, radioterapi dan kemoterapi, sendiri-sendiri atau dalam kombinasi, dari titik diagnosis.* | ▶ *Pengembalian penuh* |

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

| Manfaat | Apex |
|---|---|
| **9. Kondisi Medis Kehamilan:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang timbul selama tahapan antenatal* ***Kehamilan****, atau* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang timbul saat melahirkan.* ***Kami*** *akan mengizinkan* ***Pengobatan*** *berikut sebagai* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *berdasarkan* ***Manfaat*** *ini:*<br>• ***Kehamilan*** *Ektopik (di mana janin tumbuh di luar rahim)*<br>• *Mola hidatidosa (pertumbuhan sel abnormal pada rahim)*<br>• *Plasenta/Ari-ari yang tertinggal (tertahan dalam rahim setelah melahirkan)*<br>• *Plasenta previa*<br>• *Eklampsia (koma atau kejang selama* ***Kehamilan*** *dan setelah pre-eklampsia)*<br>• *Diabetes (Jika* ***Anda*** *memiliki pengecualian karena riwayat medis* ***Anda*** *di masa lampau yang berhubungan dengan diabetes, maka* ***Anda*** *tidak akan ditanggung untuk setiap* ***Pengobatan*** *untuk diabetes selama Kehamilan)*<br>• *Perdarahan pasca-persalinan (pendarahan berat pada jam dan hari sesaat setelah melahirkan)*<br>• *Keguguran yang memerlukan* ***Pengobatan*** *bedah segera*<br>***Manfaat*** *ini tidak memberikan tanggungan apa pun untuk prosedur operasi caesar atas permintaan sendiri atau* ***Darurat*** *atau 'kegagalan untuk melanjutkan dalam persalinan' kecuali untuk salah satu dari* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *yang* ***dinyatakan*** *di atas.*<br>***Masa Tunggu****: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak* ***Tanggal Masuk*** *sang Ibu dikecualikan.* | *Pengembalian penuh* |
| **10. Pertanggungan untuk Bayi Baru Lahir:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk kelahiran prematur (yaitu sebelum usia 37 minggu kehamilan) atau* ***Kondisi Akut*** *yang diderita oleh bayi* ***Baru Lahir*** *dari* ***Tertanggung*** *yang muncul dalam waktu 30 hari setelah kelahiran. Asalkan bayi* ***Baru Lahir*** *ditambahkan ke dalam* ***Polis Grup*** *dalam waktu 30 hari dari kelahiran dan premi dibayarkan. Pertanggungan untuk kelahiran kembar akan ditanggung sampai batas yang sama yang ditunjukkan.*<br>*Bilamana* ***Kami*** *meminta rincian tentang riwayat kesehatan* ***Bayi Baru Lahir*** *sebelum bayi ditambahkan ke dalam* ***Polis****,* ***Kami*** *berhak untuk memberlakukan pembatasan tertentu terhadap pertanggungan yang akan* ***Kami*** *tawarkan.*<br>*Untuk rinciannya, Silahkan lihat Bab 6.5 - Menambahkan* ***Bayi Baru Lahir*** *dari Buku Panduan Peserta ini.* | *Hingga USD 150.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **11. Akomodasi Rumah Sakit untuk Bayi Baru Lahir yang Menemani Ibunya:**<br>*Biaya* ***Akomodasi Rumah Sakit*** *yang berkaitan dengan bayi* ***Baru Lahir*** *(sampai umur 16 minggu) untuk menemani ibunya (yang menjadi* ***Tertanggung****) saat ia mendapat* ***Pengobatan*** *yang* ***Memenuhi Syarat*** *sebagai Pasien* ***Rawat Inap*** *di* ***Rumah Sakit****.* | *Pengembalian penuh* |
| **12. Kelainan Bawaan:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *untuk* ***Kelainan Bawaan****. Dalam keadaan di mana* ***Kelainan Bawaan*** *muncul pada bayi* ***Baru Lahir*** *dalam waktu 30 hari setelah kelahiran, pertanggungan untuk* ***Kondisi Medis*** *tersebut akan diberikan berdasarkan* ***Manfaat*** *10 tetapi dikecualikan dari* ***Manfaat*** *12 –* ***Kelainan Bawaan****.* | *Hingga USD 150.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| **13. Bedah Rekonstruksi:**<br>*Bedah rekonstruksi yang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi alami atau penampilan sesudah* ***Kecelakaan*** *atau sesudah* ***Prosedur Bedah*** *untuk* ***Kondisi Medis*** *yang* ***Memenuhi Syarat****, yang terjadi setelah* ***Tanggal Masuk*** *atau* ***Tanggal Mulai Tertanggung*** *yang mana yang paling akhir.* | *Pengembalian penuh* |
| **14. Rehabilitasi:**<br>*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:*<br>*(i) Penggunaan kamar* ***Pengobatan*** *khusus*<br>*(ii) Biaya terapi fisik*<br>*(iii) Biaya terapi wicara*<br>*(iv) Biaya terapi okupasi* | *Pengembalian penuh* |
| **15. Pengobatan Gigi Darurat Rawat Inap:**<br>*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.*<br>***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:*<br>• *Jika* ***Pengobatan*** *meliputi penggantian mahkota, jembatan gigi, lapisan atau gigi tiruan,* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang Wajar dan Layak untuk pengganti dari jenis atau kualitas yang sama.*<br>• *Jika implan dibutuhkan secara klinis* ***Kami*** *akan membayar hanya biaya yang seharusnya dikeluarkan, jika pemasangan gigi palsu yang setara dilakukan.*<br>***Manfaat*** *ini juga menanggung perbaikan atau rekonstruksi gigi palsu yang rusak setelah suatu* ***Kecelakaan*** *yang mengharuskan* ***Tertanggung*** *masuk ke* ***Rumah Sakit*** *selama satu malam, asalkan gigi palsu tersebut sedang dipakai pada saat* ***Kecelakaan.*** | *Pengembalian penuh* |
| **16. Rawat Inap Penyakit Kejiwaan:**<br>***Pengobatan Rawat Inap*** *di unit jiwa yang diakui di* ***Rumah Sakit.*** *Semua* ***Pengobatan*** *harus diberikan di bawah pengawasan langsung dari Psikiater yang Terdaftar.* | ***Pra-Otorisasi*** ☎<br>*Pengembalian penuh yang dibatasi sampai 30 hari per* ***Masa Pertanggungan*** |

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

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

| Manfaat | Apex |
|---|---|
| **20. Biaya Kematian:**<br>*Dalam hal kematian karena **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat**, **Biaya yang Wajar dan Layak** untuk:*<br>*(i) Biaya transportasi tubuh atau abu **Tertanggung** ke **Negara Kewarganegaraan** atau **Negara Tempat Tinggal**-nya, atau*<br>*(ii) Biaya penguburan atau kremasi di tempat kematian sesuai dengan praktek yang wajar dan layak.* | ***Pra-Otorisasi*** ☎<br>*(i)* ▶<br>*Pengembalian penuh*<br>*(ii)* ▶<br>*Hingga USD 20.000* |
| **21. Manfaat Tunai di Rumah Sakit:**<br>***i)** **Manfaat** ini dibayarkan ketika **Tertanggung** menerima **Pengobatan Rawat Inap** dan hanya jika **Tertanggung** dirawat untuk **Pengobatan Rawat Inap** sebelum tengah malam, dan **Pengobatan** yang diterima secara gratis yang dinyatakan **memenuhi syarat** untuk **Manfaat** Pribadi dibawah **Polis** ini.*<br>***Manfaat** ini tidak dibayarkan jika tertanggung memenuhi syarat untuk **Manfaat Tunai Rumah Sakit** ii) Operasi Elektif Utama. **Manfaat** ini terbatas hingga minimum 30 hari antara masuk ke rumah sakit yang **memenuhi syarat**, dan hingga batas maksimum 5 kali masuk ke rumah sakit per tahun polis.*<br>***ii) Manfaat** ini dibayarkan ketika **Tertanggung** menjalani **Operasi Elektif Utama** dan hanya jika **Tertanggung** dirawat untuk **Pengobatan Rawat Inap** sebelum tengah malam, dan **pengobatan** diterima secara gratis yang dinyatakan **memenuhi syarat** untuk **Manfaat** Pribadi dalam **Polis** ini.*<br>***Manfaat** ini memerlukan persetujuan diawal dan berlaku minimum 30 hari antara masuk ke rumah sakit yang **memenuhi syarat**, dan hingga maksimum 3 kali masuk ke rumah sakit per tahun polis.*<br>*Untuk **Manfaat** ini, pengecualian 5.10 tidak berlaku.*<br>***Manfaat** ini tidak dibayarkan jika Anda masuk ke rumah sakit dan **Manfaat** ini tidak mendapatkan persetujuan diawal. **Manfaat** ini **tidak berlaku** jika Anda **dirawat** karena **Kecelakaan** dan **Darurat**.*<br>***Masa tunggu**: Pertanggungan hanya berlaku setelah Sembilan bulan keanggotaan berkelanjutan.* | ***Pra-otorisasi*** ☎<br>▶<br>*i) USD 200 per **masuk rumah sakit***<br>*ii) USD 1,000 per **operasi elektif utama*** |
| **22. Biaya Rawat Jalan:**<br>*(i) Biaya **Praktisi Medis** termasuk konsultasi, Biaya **Dokter Spesialis, Tes Diagnostik, Obat-Obatan dan Perban** yang diresepkan.*<br>*(ii) Telekonsultasi (Perjanjian Dokter secara virtual melalui sarana elektronik)*<br>*Biaya-biaya yang berhubungan dengan **Pengobatan** yang **Memenuhi Syarat** akan dibayar secara penuh dimana **Pengobatan** telah diterima dari **Penyedia Medis** yang terdaftar pada **Jaringan Penyedia Now Health International**.*<br>***Pengobatan** yang tidak dilakukan pada **Jaringan Penyedia Now Health International** akan dibayarkan secara **Biaya Wajar dan Umum**.*<br>*Tidak ada **Ko-asuransi Rawat Jalan** atau **Biaya Resiko Sendiri Per kunjugan Rawat Jalan** yang berlaku.*<br>*(iii) **Vitamin dan Mineral***<br>*Vitamin dan Mineral yang diresepkan oleh **Praktisi Medis**. Vitamin, mineral, dan pelumas mata yang diresepkan untuk defisiensi yang terdiagnosa akan dibayarkan dalam **Manfaat Rawat Jalan**.*<br>*Setiap konsultasi pra-operasi dan pasca rawat inap dibayarkan menurut **Manfaat** ini.* | *(i) dan (ii)*<br>▶<br>*Pengembalian Penuh*<br>*(iii)*<br>▶<br>*Hingga USD 150 per **Masa Pertanggungan*** |
| **23. Terapi Penggantian Hormon Menopause:**<br>*Biaya Terapi Penggantian Hormon saat diperlukan untuk meringankan gejala dari tahap awal menopause dimana tanggal permulaan dan **Pengobatan** dimulai dibawah usia 40 tahun.* | ▶<br>*Hingga USD 750 per **Masa Pertanggungan*** |
| **24. Bedah Rawat Sehari atau Rawat Jalan:**<br>*Biaya **Pengobatan** untuk **Prosedur Bedah** yang dilakukan di tempat praktek dokter, **Rumah Sakit**, fasilitas perawatan sehari atau instalasi **Rawat Jalan.** Setiap konsultasi pra- atau pasca-operasi dibayar berdasarkan **Manfaat** 22 – biaya **Rawat Jalan.*** | ▶<br>*Pengembalian penuh* |
| **25. Rawat Jalan Penyakit Kejiwaan:**<br>***Pengobatan Rawat Jalan** yang diberikan oleh Psikolog Terdaftar dan/atau Psikiater Terdaftar, sesuai dengan 20 sesi dan batas biaya menurut bab ini.*<br>*Untuk 5 sesi pertama **Anda** dapat langsung memilih untuk mengunjungi Psikolog terdaftar tanpa perlu rujukan. Namun, setiap sesi berikutnya dengan Psikolog Terdaftar memerlukan rujukan dan rencana **Pengobatan** dengan dengan **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis**.* | ▶<br>*Hingga USD 7.500 dan tunduk pada jumlah maksimal 20 sesi per **Masa Pertanggungan*** |

| Manfaat | Apex |
|---|---|
| **26. Rawat Jalan Fisioterapi dan Terapi Alternatif:**<br>*(i) Fisioterapi oleh **Fisioterapis** Terdaftar.*<br>*(ii) **Obat dan Pengobatan Pelengkap** oleh terapis. **Manfaat** ini meluas ke osteopathi, chiropody dan podiatry, chiropraktor, homeopathi, ahli gizi dan **Pengobatan** akupunktur selain tenaga **Fisioterapi** yang ditanggung di dalam butir (i).*<br>***Anda** dapat memilih 5 sesi untuk setiap kombinasi **Manfaat** secara agregat selama **Masa Pertanggungan** untuk **Manfaat** (i) dan (ii) kecuali ahli gizi tanpa perlu rujukan; sesi selanjutnya harus dirujuk oleh **Praktisi Medis** atau **Dokter Spesialis**.*<br>*Harap dicatat bahwa sesi harus dilakukan di fasilitas medis yang diakui atau pusat layanan Kesehatan yang disetujui. Sesi yang dilakukan dirumah tidak akan ditanggung.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>*(ii)* ▶ *Pengembalian penuh*<br>***Pra-Otorisasi untuk (i) dan (ii) sesudah setiap 10 kunjungan ☎*** |
| **27. Rawat Jalan Obat Cina Tradisional dan Pengobatan Ayurveda:**<br>***Pengobatan Rawat Jalan** untuk terapi dilakukan oleh **Praktisi Medis** Cina yang diakui atau **Praktisi Medis** Ayurveda.*<br>*Semua klaim untuk memberikan diagnosa, biaya konsultasi, jenis **Perawatan**, biaya **Perawatan**, resep termasuk perincian pengobatan dan jumlah dosis.*<br>*Pengecualian 5.35 berlaku.* | ▶ *Hingga USD 3,000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **28. Perawatan di Rumah:**<br>*(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.***<br>*(ii) Kunjungan ke rumah oleh **Praktisi Medis** untuk panggilan **Darurat** di luar jam normal klinik.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh hingga 120 hari per **Kondisi Medis** **Pra-Otorisasi untuk (i) ☎***<br>*(ii)* ▶ *Hingga lima kunjungan per **Masa Pertanggungan*** |
| **28. AIDS:**<br>*Biaya medis, yang timbul dari atau dengan cara apapun yang berhubungan dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau penyakit terkait HIV, termasuk Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau AIDS Related Complex (ARC) dan/atau turunan mutan atau variasinya. Akibat dari **Kecelakaan** kerja yang terbukti* atau transfusi darah**. Biaya terbatas untuk konsultasi pra- dan pasca-diagnosa, pemeriksaan rutin rutin untuk kondisi ini, **Obat-Obatan dan Perban** (kecuali percobaan atau yang belum terbukti), **Akomodasi Rumah Sakit** dan biaya keperawatan.*<br>** Bagi peserta layanan **Darurat**, profesi medis atau gigi, asisten laboratorium, apoteker atau pegawai di fasilitas medis yang memberikan bukti bahwa mereka tertular infeksi HIV tanpa sengaja saat melaksanakan tugas normal dari pekerjaan mereka; dan mereka tertular infeksi HIV tiga tahun setelah **Tanggal Masuk** atau **Tanggal Mulai,** mana yang lebih akhir; dan kejadian yang menyebabkan mereka tertular infeksi HIV dilaporkan, diselidiki dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur normal untuk pekerjaan **Tertanggung;** dan tes yang menunjukkan tidak ada HIV atau antibodi terhadap virus tersebut dilakukan dalam waktu lima hari setelah kejadian; dan tes HIV positif terjadi dalam waktu 12 bulan dari **Kecelakaan** kerja yang dilaporkan.*<br>*** Asalkan transfusi darah diterima sebagai Pasien **Rawat Inap** sebagai bagian dari **Pengobatan** yang **Secara Medis Diperlukan.***<br>***Masa Tunggu:** Pertanggungan hanya tersedia setelah tiga tahun menjadi peserta terus-menerus.* | ***Pra-Otorisasi ☎***<br>▶ *Hingga USD 50.000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **30. Persalinan (Tanpa Ko-Asuransi):**<br>*Biaya yang **Secara Medis Diperlukan** yang terjadi selama **Kehamilan** dan persalinan normal: termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahirkan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar atas permintaan sendiri atau darurat. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama/pemeriksaan bayi **Baru Lahir**, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh **Praktisi Medis** atau **Spesialis**. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.*<br>***Masa Tunggu**: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak **Tanggal Mulai** dikecualikan.*<br>*Harap dicatat, **Kami** tidak akan membayar untuk kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.*<br>*Klaim untuk operasi caesar hanya dapat penggantian dari kami jika Anda memiliki **Manfaat** kehamilan sebagai bagian dari polis Anda. Mereka tidak ditanggung dalam **Manfaat** lainnya.*<br>***Risiko Sendiri** pada **Polis Grup** tidak berlaku.* | ▶ *Hingga USD 17.500 per **Masa Pertanggungan*** |

| Manfaat | Apex |
|---|---|
| **31. Perawatan Gigi:** | |
| *(i)* ***Pengobatan*** *gigi rutin: Biaya* ***Praktisi Gigi*** *terdaftar yang melaksanakan* ***Pengobatan*** *gigi rutin di tempat praktek gigi.* ***Pengobatan*** *gigi rutin berarti:*<br>*– Skrining (dua kali per tahun), yaitu penilaian terhadap gigi yang sakit, gigi tanggal dan gigi tambalan, termasuk sinar-X bila diperlukan,*<br>*– Pembersihan karang gigi prefentif, pengkilapan gigi, dan penambalan gigi (dua kali per tahun),*<br>*– Penambalan (tambalan amalgam atau komposit standar) dan pencabutan,*<br>*–* ***Pengobatan*** *saluran akar (tetapi bukan pemasangan mahkota sesudah* ***Pengobatan*** *saluran akar), dan*<br>*– Obat-obatan dan perban yang diresepkan.*<br><br>*Tidak ada* ***Pengobatan*** *lain yang ditanggung berdasarkan* ***Manfaat Pengobatan*** *gigi rutin.*<br>***Masa Tunggu:*** *Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari* ***Tanggal Masuk*** *dikecualikan.*<br>***Ko-Asuransi*** *20% berlaku.*<br>*Untuk* ***Manfaat*** *ini* ***Risiko Sendiri*** *atau* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *pada* ***Polis Grup*** *tidak berlaku.* | *(i)* ▶ *Hingga USD 1.500 per* ***Masa Pertanggungan*** |
| *(ii)* ***Pengobatan*** *Gigi Kompleks: Biaya* ***Praktisi Gigi*** *terdaftar dan biaya terkait untuk prosedur berikut:* ***Pengobatan*** *gigi kompleks yang* ***Memenuhi Syarat****: termasuk misalnya:* ***Apikoektomi*** *yang dilakukan untuk mengobati berikut – Fraktur akar gigi; akar gigi sangat melengkung; gigi dengan mahkota gigi tiruan; Kista atau infeksi yang tidak dapat diobati dengan terapi saluran akar; Perforasi akar; Baru atau perbaikan mahkota, gigi palsu, inlay dan bridge. Rasa sakit berulang dan infeksi; Gejala terus menerus/ang tidak menunjukkan masalah berdasarkan sinar-X. Pengapuran; Kerusakan permukaan akar dan tulang sekitarnya yang membutuhkan operasi; Implan gigi; obat-obatan dan perban yang diresepkan.*<br><br>*Tidak ada* ***Pengobatan*** *lain yang ditanggung berdasarkan* ***Manfaat*** *ini.*<br>***Masa Tunggu:*** *Biaya yang terjadi dalam waktu sembilan bulan dari* ***Tanggal Masuk*** *dikecualikan.*<br>***Ko-Asuransi*** *20% berlaku.*<br>***Ko-Asuransi*** *50% berlaku dalam hal* ***Pengobatan*** *ortodontik.*<br>*Untuk* ***Manfaat*** *ini* ***Risiko Sendiri*** *atau* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *pada* ***Polis Grup*** *tidak berlaku.* | *(ii)* ▶ *Hingga USD 3.000 per* ***Masa Pertanggungan*** |

| Pilihan untuk Manfaat Utama | Apex |
|---|---|
| **31. Pengobatan Elektif di Amerika Serikat:**<br>*(i) Biaya yang terkait dengan **Pengobatan Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** yang **Memenuhi Syarat** di Amerika Serikat akan dibayar penuh bila **Pengobatan** diterima di Rumah Sakit yang tercantum dalam **Jaringan Penyedia.***<br>*(ii) Biaya yang terkait dengan **Pengobatan Rawat Jalan** yang **Memenuhi Syarat** di Amerika Serikat akan dibayar hingga batas **biaya Rawat Jalan pada Polis anda.***<br>***Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari** yang tidak di terima di **jaringan penyedia Now Health International** akan dikenakan 50% **ko-asuransi***<br>*Pilihan ini tidak tersedia jika **Anda** telah memilih pilihan **Pertanggungan Regional**.* | ***Pra-Otorisasi untuk diagnostik dan operasi Rawat Jalan, Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari ☎***<br>*Pilihan*<br>*Hingga USD 1,5 jt per **Tertanggung** per **Masa Pertanggungan*** |
| **33. Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi:**<br>***Ko-Asuransi** 10% akan berlaku bagi semua **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat**. Jika **Polis Grup Anda** mencakup **Manfaat** perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan **Manfaat Vaksinasi**, **Ko-Asuransi** yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar **Manfaat Anda.***<br>*Harap dicatat bahwa **Ko-Asuransi** tidak akan berlaku untuk **Pengobatan** yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal, **Kanker** atau Transplantasi Organ.* | *Pilihan* |
| **34. Opsi Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi 2:**<br>***Ko-Asuransi** 20% akan berlaku untuk semua **Pengobatan Rawat Jalan yang memenuhi syarat.** Jika **Polis Grup Anda** mencakup **Manfaat** perawatan Persalinan, perawatan gigi atau Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan **Manfaat Vaksinasi**, **Ko-Asuransi** yang berlaku akan dijelaskan secara rinci dalam Ikhtisar **Manfaat Anda**.*<br>*Harap dicatat bahwa **Ko-Asuransi** tidak akan berlaku untuk **Pengobatan** yang berkaitan dengan cuci darah ginjal/Gagal ginjal**, Kanker** atau Transplantasi Organ.* | *Pilihan* |

| Pilihan Tambahan untuk Polis Grup | Apex |
|---|---|
| **35. Persalinan (Ko-Asuransi 20%):**<br><br>*Biaya yang **Secara Medis Diperlukan** yang terjadi selama **Kehamilan** dan persalinan normal: termasuk pemeriksaan pra- dan pasca-kelahiran sampai enam minggu setelah melahirkan, pemindaian dan biaya persalinan untuk kelahiran alami atau operasi caesar atas permintaan sendiri atau darurat. Biaya dokter anak untuk pemeriksaan pertama/pemeriksaan bayi **Baru Lahir**, jika pemeriksaan dilakukan dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan pemeriksaan bayi sampai ulang tahun kedua anak dan sebagaimana direkomendasikan oleh **Praktisi Medis** atau **Spesialis**. Ini termasuk pemeriksaan fisik, pengukuran, skrining sensoris, evaluasi neuropsikiatrik, skrining perkembangan, serta skrining keturunan dan metabolik, imunisasi, analisis urin, tes tuberkulin dan hematokrit, hemoglobin dan tes darah lainnya, termasuk tes untuk skrining haemoglobinopati sabit.*<br><br>***Masa Tunggu**: Biaya yang terjadi dalam waktu 12 bulan sejak **Tanggal Mulai** dikecualikan.*<br><br>***Ko-Asuransi** 20% berlaku.*<br><br>*Harap dicatat, **Kami** tidak akan membayar untuk kelas parenting atau kelas pengajaran lainnya karena ini adalah masalah pilihan pribadi.*<br><br>*Klaim untuk operasi caesar hanya dapat penggantian dari kami jika Anda memiliki **Manfaat** kehamilan sebagai bagian dari polis Anda. Mereka tidak ditanggung dalam **Manfaat** lainnya.*<br><br>***Risiko Sendiri** pada **Polis Grup** tidak berlaku.* | *Hingga USD 17.500 per **Masa Pertanggungan*** |
| **36. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi:**<br><br>*(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker,** BRCA I & II (jika ada riwayat keturunan), densitometri tulang (setiap lima tahun sekali untuk wanita berusia 50+), pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol). Pemeriksaan Kesehatan Anak (sampai dengan usia 5 tahun).*<br>*dan/atau*<br>*(ii) **Manfaat** Optikal: **Manfaat** ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dan operasi laser mata dan komplikasi apapun, dalam batas **Manfaat** yang dikombinasikan hingga maksimum USD 300 per **Masa Pertanggungan** untuk klaim optik.*<br><br>*Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi.*<br><br>*dan/atau*<br><br>*(iii) **Vaksinasi:** Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.*<br><br>*Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.* | *Pilihan Untuk **Polis Grup** Wajib 3+ Karyawan*<br><br>*Batas yang dikombinasikan Hingga USD 500 per **Masa Pertanggungan*** |
| **37. Pemeriksaan Kesehatan, Optik dan Vaksinasi Opsi 2:**<br><br>*(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker,** BRCA I & II (jika ada riwayat keturunan), densitometri tulang (setiap lima tahun sekali untuk wanita berusia 50+), pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urinalisis, kolesterol). Pemeriksaan Kesehatan Anak (sampai dengan usia 5 tahun).*<br>*dan/atau*<br>*(ii) **Manfaat** Optikal: **Manfaat** ini juga menyediakan kontribusi terhadap biaya ahli kacamata termasuk pemeriksaan mata tahunan yang dilakukan oleh Ahli Kacamata, kacamata yang diresepkan termasuk bingkai dan lensa; dan/atau lensa kontak apabila resep ahli telah berubah, dan operasi laser mata dan komplikasi apapun, dalam batas **Manfaat** yang dikombinasikan hingga maksimum USD 600 per **Masa Pertanggungan** untuk klaim optik.*<br><br>*Harap dicatat bahwa tidak ada pertanggungan untuk kacamata hitam atau lensa transisi.*<br><br>*dan/atau*<br><br>*(iii) **Vaksinasi:** Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.*<br><br>*Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.* | *Pilihan Untuk **Polis Grup** Wajib 3+ Karyawan*<br><br>*Batas yang dikombinasikan Hingga USD 1.000 per **Masa Pertanggungan*** |
| **38. Pemeriksaan Kesehatan dan Vaksinasi Opsi 3:**<br><br>*(i) Pemeriksaan Kesehatan: **Manfaat** ini dibayar sebagai kontribusi terhadap biaya pemeriksaan kesehatan rutin termasuk skrining **Kanker**, BRCA I & II (jika ada riwayat keturunan), densitometri tulang (setiap lima tahun sekali untuk wanita berusia 50+), pemeriksaan kardiovaskular, pemeriksaan neurologis, tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah, indeks massa tubuh, urin, kolesterol). Pemeriksaan Kesehatan Anak (sampai dengan usia 5 tahun)).*<br>*dan/atau*<br>*(ii) **Vaksinasi**: Biaya obat dan konsultasi untuk memberikan semua imunisasi dasar dan suntikan penguat yang **Secara Medis Diperlukan** dan setiap **Vaksinasi** perjalanan yang **Secara Medis Diperlukan** dan profilaksis malaria.*<br><br>*Untuk **Manfaat** ini pengecualian 5.10 tidak berlaku.* | *Pilihan*<br><br>*Batas yang dikombinasikan Hingga USD 250 per **Masa Pertanggungan*** |

| Pilihan Tambahan untuk Polis Grup | Apex |
|---|---|
| **39. Pengabaian Riwayat Kesehatan:**<br>*Harap dicatat bahwa **Masa Tunggu** tidak berlaku untuk **Manfaat Kondisi Medis Persalinan** perawatan gigi atau Manfaat tunai rumah sakit (ii) jika pengabaian riwayat kesehatan dipilih.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ Karyawan* |
| **40. Pembatasan kamar Rumah Sakit untuk warga di Indonesia dan Singapura:**<br>*Seperti dijelaskan dalam **Manfaat** 2. i), tetapi dengan pembatasan yang membatasi akomodasi **Rumah Sakit** pada bangsal atau kamar semi-pribadi untuk masuk **Rumah Sakit** di Indonesia dan Singapura.*<br>*Memilih opsi ini berarti bahwa kamar **Rumah Sakit** akan dibatasi pada bangsal atau kamar semi-pribadi di Indonesia dan Singapura. Kamar **Rumah Sakit** di luar Indonesia dan Singapura tetap di tingkat pribadi standar.* | *Pilihan* |
| **41. Opsi Pertanggungan Regional: Asia Tenggara (kecuali Singapura):**<br>***Manfaat** 18 Pertanggungan untuk **Pengobatan** Non-Elektif di luar Wilayah Pertanggungan kalimat Polis diubah sebagai berikut:*<br>*Untuk perjalanan yang direncanakan hingga berdurasi 30 hari. **Pengobatan** oleh **Praktisi Medis** atau Dokter **Spesialis** yang dimulai dalam waktu 24 jam dari kejadian **Darurat**, yang diperlukan sebagai akibat dari **Kecelakaan** atau permulaan mendadak dari penyakit parah yang mengakibatkan **Kondisi Medis** yang menghadirkan ancaman langsung terhadap kesehatan Tertanggung.*<br>*Biaya yang terkait dengan **Kehamilan** rutin dan **Kondisi Medis Kehamilan** secara khususnya dikecualikan dari **Manfaat** ini.*<br>***Pertanggungan Regional (Asia Tenggara (kecuali Singapura)*** | *Pilihan*<br>***Kecelakaan:** Pengembalian penuh untuk **Kecelakaan** yang memerlukan perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari***<br>***Sakit:** Perawatan **Rawat Inap** dan **Rawat Sehari** hingga USD 50,000 per **Masa Pertanggungan***<br>***Pengobatan Rawat Jalan** dibagian **Kecelakaan** dan **Gawat Darurat** di **Rumah Sakit** hinga USD 500 per **Masa Pertanggungan*** |
| **42. Penghapusan Ko-Asuransi Perawatan Gigi:**<br>***Ko-Asuransi** tidak berlaku pada Perawatan Gigi.* | *Pilihan*<br>*Untuk **Polis Grup** Wajib 10+ Karyawan* |

| Pilihan Tambahan untuk Polis Grup | Apex |
|---|---|
| **43. Perluasan Evakuasi dan Repatriasi:** | |
| **Evakuasi** | |
| *Pengurusan akan dilakukan untuk memindahkan **Tertanggung** yang memiliki **Kondisi Medis** kritis dan mengancam jiwa yang **Memenuhi Syarat** ke fasilitas medis terdekat, **Negara Tempat Tinggal, Negara Kewarganegaraan** atau negara **Anggota Tertanggung** terdekat untuk tujuan masuk ke **Rumah Sakit** sebagai pasien **Rawat Inap** atau pasien **Rawat Sehari.*** | ***Pra-Otorisasi*** ☎ ▶ *Pilihan* |
| *Biaya yang wajar untuk:* | |
| *(i) Biaya transportasi dari **Tertanggung** bilamana terjadi **Pengobatan Darurat** dan transportasi dan perawatan yang **Secara Medis Diperlukan** tidak tersedia di tempat kejadian. Ini mencakup tiket pesawat kelas ekonomi untuk pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping.* | *(i)* ▶ *Pengembalian penuh* |
| *(ii) Biaya perjalanan lokal yang wajar ke dan dari janji pemeriksaan medis jika **Pengobatan** diterima sebagai Pasien **Rawat Sehari**.* | *(ii)* ▶ *Pengembalian penuh* |
| *(iii) Biaya perjalanan yang wajar untuk pendamping lokal untuk mengadakan perjalanan ke dan dari **Rumah Sakit** untuk mengunjungi **Tertanggung** sesudah masuk sebagai Pasien **Rawat Inap**.* | *(iii)* ▶ *Pengembalian penuh* |
| *(iv) Biaya yang wajar untuk **Akomodasi** non **Rumah Sakit** hanya untuk masa sesaat sebelum dan sesudah masuk **Rumah Sakit** asalkan **Tertanggung** sedang dirawat oleh **Dokter Spesialis.*** | *(iv)* ▶ *Hingga USD 300 per hari hingga USD 10.000 per orang, per **Evakuasi*** |
| *Biaya **Evakuasi** tidak mencakup biaya penyelamatan di udara-laut atau penyelamatan di Gunung, yang tidak dikeluarkan di wisata ski yang diakui atau wisata olahraga musim dingin serupa.*<br>*Negara pilihan **Tertanggung** bergantung pada ketersediaan fasilitas medis yang tepat di tempat (kejadian). Penasehat medis **Kami** akan menentukan apakah negara yang dipilih itu memiliki fasilitas medis yang cocok untuk mengobati **Kondisi Medis Tertanggung** yang memenuhi syarat. Penasihat medis **Kami** akan memutuskan metode transportasi yang paling tepat untuk **Evakuasi** dan **Manfaat** ini tidak akan menanggung perjalanan jika perjalanan ini tidak sesuai dengan saran dari penasehat medis **Kami** atau bilamana fasilitas medis tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk mengobati **Kondisi Medis yang memenuhi syarat.*** | |
| **Repatriasi** | |
| *Setelah pertangungan **Evakuasi** dari **Kami**, tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan **Tertanggung** dan pendamping lokal yang telah melakukan perjalanan sebagai pendamping ke lokasi **Pengobatan** atau **Negara Kewarganegaraan** utama atau **Negara Tempat Tinggal** utama **Tertanggung**, asalkan perjalanan tersebut dilakukan dalam waktu satu bulan sesudah **Pengobatan** selesai. Biaya wajar di atas akan dibayar penuh.*<br>***Kami** tidak menanggung repatriasi terpisah.*<br>*Biaya yang terkait dengan **Kehamilan** rutin secara khusus dikecualikan dari **Manfaat** ini.* | ***Pra-Otorisasi*** ☎ ▶ *Pengembalian penuh* |
| **44. Penghapusan Persalinan:** | |
| *Jika **Anda** memilih **Manfaat** ini, tidak ada **Manfaat** yang akan dibayarkan pada **Manfaat** 30 – **Manfaat** Persalinan.* | ▶ *Pilihan* |

| Opsi Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan | Apex |
|---|---|
| **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan:**<br>*USD 25* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *berlaku jika* ***Anda*** *menerima* ***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang memenuhi syarat di dalam dan di luar* ***Jaringan Penyedia Now Health National****.*<br>*Harap Dicatat:*<br>*Jika* ***Polis Grup Anda*** *juga mencakup* ***Manfaat*** *perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar* ***Manfaat Anda****,* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *tidak berlaku.*<br>*Harap dicatat bahwa* ***Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan*** *tidak berlaku untuk konsultasi yang behubungan dengan cuci darah/gagal ginjal,* ***Kanker*** *atau transplantasi organ.* | ▶ *Pilihan*<br>*USD 25* |
| **Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan Pilihan 2:**<br>*USD 15* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *berlaku jika* ***Anda*** *menerima* ***Pengobatan Rawat Jalan*** *yang memenuhi syarat di dalam dan di luar* ***Jaringan Penyedia Now Health National****.*<br>*Harap Dicatat:*<br>*Jika* ***Polis Grup Anda*** *juga mencakup* ***Manfaat*** *perawatan Gigi sebagaimana dijelaskan dalam Ikhtisar* ***Manfaat Anda****,* ***Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan*** *tidak berlaku.*<br>*Harap dicatat bahwa* ***Biaya Risiko Sendiri Per Kunjungan*** *tidak berlaku untuk konsultasi yang behubungan dengan cuci darah/gagal ginjal,* ***Kanker*** *atau transplantasi organ.* | ▶ *Pilihan*<br>*USD 15* |

| Opsi Risiko Sendiri | Apex |
|---|---|
| **Risiko Sendiri Standar** | *Nihil* |
| **Risiko Sendiri Opsional:**<br>*Harap dicatat:*<br>*Jika* ***Anda*** *memilih opsi* ***Risiko Sendiri****,* ***Anda*** *juga harus memilih salah satu opsi dari* ***Ko-Asuransi Rawat Jalan*** *atau* ***Biaya Risiko Sendiri Rawat jalan*** *Per* ***Kunjungan****.*<br>***Risiko Sendiri*** *akan berlaku untuk setiap* ***Pengobatan*** *yang* ***Diperlukan secara medis*** *yang diperlukan menurut* ***Manfaat*** *19 dan* ***Manfaat*** *43.* | *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* |

## Ketentuan Produk Penting

# 5. Pengecualian: Apa saja yang tidak ditanggung?

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

## 5.1 Perbuatan terorisme, perang dan perbuatan ilegal

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

## 5.2 Biaya administrasi dan pengiriman

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

## 5.3 Penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan

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

## 5.4 Tes Alergi

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

## 5.5 Eksploitasi kimia

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

## 5.6 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), untuk meningkatkan penampilan Anda bahkan ketika diresepkan secara medis seperti tetapi tidak terbatas pada jerawat, pemutihan gigi, lentigo dan alopecia.

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

## 5.7 Kontaminasi

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

## 5.8 Kondisi kronis

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

## 5.9 Koma atau Keadaan Vegetatif

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

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

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

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

## 5.11 Perawatan gigi

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

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

## 5.12 Gangguan perkembangan

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

## 5.13 Suplemen makanan 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, lozenge antiseptik, meski direkomendasikan secara medis atau diresepkan atau diakui memiliki efek terapi.

## 5.14 Gangguan makan

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

## 5.15 Perawatan Eksperimental dan Obat-obatan

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

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

**Anda** tidak ditanggung untuk alat bantu dengar atau implan koklea. **Anda** tidak akan ditanggung untuk pemeriksaan pendengaran rutin kecuali **Manfaat** pemeriksaan kesehatan tertera pada **Sertifikat Polis Anda**. Kamu tidak akan ditanggung pemeriksaan mata routine, atau biaya kacamata, lensa kontak atau operasi mata untuk memperbaiki penglihatan kecuali **Manfaat** optikal tertera pada **Sertifikat Polis Anda**. **Kami** akan membayar operasi mata untuk mengoreksi **Kondisi Medis** yang **Memenuhi Syarat** ditanggung.

## 5.17 Peratalan Eksternal dan atau Prostesis

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

## 5.18 Kelalaian dalam mematuhi saran medis

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

## 5.19 Operasi janin

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

## 5.20 Tes Genetik

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

## 5.21 Olahraga dan aktivitas yang berbahaya

**Kami** tidak menanggung **Pengobatan** asta luka berkepanjangan yang diderita akibat base jumping, cliff diving, 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-gliding, paralayang atau microlighting, terjun payung, potholing, ski off piste atau kegiatan olahraga musim dingin lainnya yang dilakukan secara out off piste.

## 5.22 HIV, AIDS atau penyakit menular seksual

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

## 5.23 Terapi penggantian hormon

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

## 5.24 Obesitas dan Penurunan berat badan

**Anda tidak ditanggung untuk biaya pengobatan** untuk, atau terkait dengan operasi bariatrik dan komplikasi apapun yang timbul darinya. **Anda tidak ditanggung untuk biaya perawatan** untuk, atau terkait dengan pengangkatan lemak atau kelebihan jaringan sehat dari bagian tubuh manapun dan komplikasi apa pun yang timbul darinya. **Anda tidak ditanggung untuk biaya perawatan** untuk, atau terkait dengan penurunan berat badan termasuk obat penurun berat badan dan komplikasi apa pun yang timbul darinya.

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

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

## 5.26 Kondisi Medis yang diderita sebelumnya

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

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

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

## 5.27 Kehamilan atau persalinan

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

Biaya-biaya ini hanya ditanggung dalam **Manfaat** persalinan dan tidak ditanggung atau dapat penggantian berdasarkan **Manfaat** lainnya *(kecuali secara khusus ditanggung dalam **Manfaat** 9: Kondisi Medis **Kehamilan**)*.

## 5.28 Olahraga profesional

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

## 5.29 Pengobatan reproduksi

**Anda** tidak ditanggung untuk biaya yang berhubungan dengan:

(i) Pemeriksaan atau **Pengobatan** ketidaksuburan dan kesuburan, atau pembuahan bantuan

(ii) Sterilisari (atau pembalikannya)

(iii) Kontrasepsi

## 5.30 Pemeriksaan rutin, skrining kesehatan

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

## 5.31 Pendapat kedua

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

## 5.32 Cedera akibat perbuatan sendiri atau percobaan bunuh diri

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

## 5.33 Masalah seksual dan ganti kelamin

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

## 5.34 Gangguan tidur

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

## 5.35 Obat Cina Tradisional

**Anda** tidak ditanggung untuk hal-hal berikut, paket **Pengobatan** prabayar atau paket prabayar sebelum pengobatan diterima, Obat-obatan cina tradisional yang dijual bebas, **Pengobatan** untuk tujuan tonik atau kosmetik atau manajemen berat badan. **Anda** tidak ditanggung untuk obat cina tradisional berikut (baik yang diresepkan atau tidak) termasuk cordyceps; ganoderma; tanduk; kubilosa; gelatin kulit keledai; Hippocampus; Ginseng; ginseng merah; Ginseng Amerika; Radix Ginseng Silvestris; bubuk tanduk kijang; plasenta hominis; Agaricus blazei murill; Musk; bubuk mutiara; tanduk badak dan zat dari Gajah Asia, Beruang Madu, Harimau atau spesies terancam punah lainnya. **Anda** tidak ditanggung untuk lebih dari satu pengobatan per hari.

## 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 oleh anggota keluarga

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

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

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

# 6. Administrasi Polis Grup

## 6.1 Kontrak

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

## 6.2 Pembayaran dan pengembalian premi

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

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

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

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

## 6.3 Pemenuhan Syarat

### 6.3.1 Batas Usia

Usia masuk maksimal adalah 74 tahun. **Anda** harus berumur kurang dari 75 tahun pada **Tanggal Masuk Polis Grup Anda**.

### 6.3.2 Aktif di Tempat Kerja

Aktif di Tempat Kerja berarti **Anda** dipekerjakan oleh **Pemegang Polis** secara tetap dan **Anda** menjalankan semua tugas rutin **Anda** sesuai dengan ketentuan ketenagakerjaan **Anda** secara layak dan secara penuh waktu.

Jika **Anda** seorang karyawan, **Anda** harus Aktif di Tempat Kerja pada hari **Anda** sudah **Memenuhi Syarat** untuk bergabung dengan **Polis Grup**. Jika **Anda** tidak Aktif di Tempat Kerja pada hari Anda sudah **Memenuhi Syarat**, **Pertanggungan Anda** hanya akan dimulai pada hari **Anda** kembali bekerja secara Aktif di Tempat Kerja. **Anda** hanya dapat menambahkan **Tanggungan Anda** saat kembali bekerja.

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

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

### 6.3.3 Seleksi Risiko Medis Penuh

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

Semua informasi akan diperlakukan dengan sangat rahasia.

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

### 6.3.4 Tanggungan

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

### 6.3.5 Tanggal mulai

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

### 6.3.6 Undang-undang lokal

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

**Polis** ini tidak menghapus, menggantikan, atau mensubsitusi **Polis** asuransi kesehatan nasional BPJS.

### 6.3.7 Tempat tinggal tidak memenuhi syarat

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

## 6.4 Menambahkan Tanggungan baru

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

## 6.5 Menambahkan Bayi Baru Lahir

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

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

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

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

## 6.6 Mengubah pertanggungan Pemegang Polis

Perubahan berikutnya dalam hal pertanggungan hanya dapat dilakukan saat pembaharuan.

## 6.7 Memperbarui pertanggungan Pemegang Polis

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

## 6.8 Syarat-syarat perpindahan berkelanjutan

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

## 6.9 Pajak Lokal

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

## 6.10 Bahasa

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

# 7. Penyelesaian Sengketa

## 7.1 Apa yang harus saya lakukan apabila saya memiliki alasan untuk membuat pengaduan?

**Kami** bertujuan untuk memberi **Anda** layanan yang sederhana dan mudah. Memberikan informasi yang jelas dan akurat, secara tertulis atau melalui telepon, merupakan bagian penting dari layanan ini. Tim layanan pelanggan **Kami** ada untuk membantu **Anda** mendapatkan yang terbaik dari kepesertaan Now Health **Anda**. Mereka dapat membantu **Anda** ketika **Anda** mengajukan klaim, serta mengingatkan **Anda** mengenai batasan yang mungkin Anda miliki pada **Polis Anda** (harap diingat bahwa **Polis Anda** tidak dimaksudkan untuk mencakup semua kemungkinan).

Jika **Anda** tidak puas dengan layanan yang telah **Kami** berikan atau jika **Anda** merasa **Kami** telah membuat keputusan yang salah, **Kami** tentu saja akan mencoba mengatasi masalah **Anda**. Masukan **Anda** membantu kami untuk memperbaiki layanan **Kami** untuk **Anda**.

### *Langkah 1*

Jika **Anda** tidak puas dengan layanan apapun yang **Anda** terima dari **Kami**, harap menghubungi tim layanan pelanggan **Kami** di nomor +62 21 2783 6910 atau CustomerService@now-health.com terlebih dahulu.

**Anda** juga dapat membuat pengaduan langsung melalui online portfolio aman **Anda** di www.now-health.com.

**Kami** akan mengakui pengaduan Anda setelah **Kami** terima dan investigasi.

**Setelah penyelidikan, kamu akan memberikan tanggapan kepada Anda**. Jika ada penundaan yang tidak dapat dihindari, **Kami** akan memberi tahu **Anda** tentang hal ini.

Tujuan **Kami** adalah untuk menyelesaikan pengaduan **Anda** secara memuaskan dan **Kami** akan memberi tahu **Anda** tentang hasilnya.

### *Langkah 2*

**Kami** harap dapat menyelesaikan pengaduan **Anda** dengan memuskan. Namun, jika **Anda** tidak puas dengan hasil yang **Anda** terima dari **Kami** dan tetap tidak puas, **Anda** dapat meneruskan pengaduan **Anda** ke otoritas yang berwenang dibawah ini.

Otoritas Jasa Keuangan (OJK)
Website: https://kontak157.ojk.go.id/

Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK)
Website: https://lapssjk.id/pengertian-mediasi/

**7.2** 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.

**7.3** 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:

### 7.3.1 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.

### 7.3.2. Pengadilan

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

### 7.3.3 Penutup

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

## 7.4 Apa yang Kami lakukan dengan data pribadi Anda

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

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

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

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

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

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

**Kami** mungkin akan diminta untuk mentransfer data pribadi dan sensitif, untuk tujuan menyediakan layanan yang ditetapkan dalam ketentuan **Polis** ini, kepada pihak ketiga yang berlokasi di negara -negara yang mungkin tidak ditetapkan sebagai Yurisdiksi untuk transfer data sesuai dengan hukum perlindungan data yang berlaku.

# 8. Hak dan tanggung jawab

## 8.1 Hak dan tanggung jawab Anda

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.1.7 **Kami** tidak akan bertanggung jawab atas penyalahgunaan kartu kepesertaan **Penagihan Langsung Rawat Jalan** tersebut oleh **Anda**, jika **Kami** telah membayar **Manfaat** maka **Kami** dapat meminta penggantian dari **Anda.**

## 8.2 Hak dan tanggung jawab Kami

8.2.1 **Kami** akan memberitahu **Pemegang Polis** secara tertulis tanggal dimulainya **Polis Grup** dan setiap syarat-syarat khusus yang berlaku untuk itu. **Kami** dapat menolak untuk memberikan pertanggungan dan akan memberitahu **Pemegang Polis** jika **Kami** melakukannya.

8.2.2 Jika untuk alasan apapun terjadi pelanggaran dalam pertanggungan **Anda**, **Kami** dapat memulihkan pertanggungan jika premi selanjutnya dibayar, meskipun syarat-syarat pertanggungan dapat tunduk pada perubahan. Setiap diterimanya syarat-syarat tersebut oleh **Kami** tunduk pada persetujuan tertulis dari **Kami** dan diterimanya syarat-syarat tersebut oleh **Pemegang Polis**.

8.2.3 **Kami** dapat menolak untuk menambahkan anggota keluarga pada **Polis Grup** dan **Kami** akan memberitahu **Pemegang Polis** jika **Kami** melakukannya.

8.2.4 **Kami** akan membayar biaya yang **Memenuhi Syarat** yang dikeluarkan selama periode yang preminya telah dibayar.

8.2.5 Jika **Anda** melanggar salah satu syarat dari **Polis Grup** yang **Kami** anggap cukup mendasar, **Kami** dapat (tunduk pada 8.2.7) melakukan satu atau beberapa hal berikut:

- Menolak untuk melakukan pembayaran **Manfaat,** atau jika **Kami** telah membayar **Manfaat, Kami** dapat meminta penggantian dari **Anda** atau **Pemegang Polis** atas kerugian bagi **Kami** yang disebabkan oleh pelanggaran tersebut
- Menolak untuk memperbaharui **Grup Polis Anda**
- Membebankan syarat-syarat yang berbeda terhadap setiap pertanggungan yang **Kami** siap untuk sediakan
- Mengakhiri **Polis Grup Anda** dan semua pertanggungan di bawahnya segera

8.2.6 Pengabaian oleh **Kami** atas setiap pelanggaran terhadap syarat atau ketentuan **Polis Grup** ini tidak akan menghalangi pelaksanaan syarat dan ketentuan itu dan tidak akan dianggap sebagai pengabaian atas pelanggaran berikutnya.

8.2.7 Jika **Anda** (atau siapa pun yang bertindak atas nama **Anda**) mengajukan klaim berdasarkan **Polis Grup Anda** dengan mengetahui bahwa klaim tersebut palsu atau tidak benar, (yaitu **Anda** membuat pemahaman yang salah) **Kami** dapat menolak untuk melakukan pembayaran **Manfaat** untuk klaim itu dan dapat menyatakan **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**, **Tanggungan Anda** atau orang lain yang isebutkan dalam **Sertifikat Asuransi** tanpa persetujuan tertulis sebelumnya dari **Kami**.

8.2.9 **Kami** dapat mengubah istilah dalam buku panduan atau **Ikhtisar Manfaat** dari waktu ke waktu, tetapi perubahan tidak akan berlaku sampai **Tanggal Pembaharuan** tahunan berikutnya. **Kami** akan memberitahukan perubahan tersebut kepada **Anda** secara tertulis dengan mengirimkan rincian tersebut ke rincian kontak utama yang **Kami** miliki untuk **Anda. Kami** berhak untuk merevisi atau menghentikan **Polis Grup** yang berlaku sejak setiap **Tanggal Pembaharuan.**

Tidak ada perbedaan atau perubahan yang akan diakui kecuali dibuat secara tertulis dan ditandatangani atas nama **Kami** oleh seorang karyawan yang berwenang.

8.2.10 **Polis Grup** ini ditulis dalam bahasa Inggris dan Indonesia dan semua informasi lainnya dan komunikasi dengan **Anda** yang berkaitan dengan **Polis Grup** ini juga akan dilakukan dalam bahasa Inggris dan bahasa Indonesia kecuali **Kami** telah menyetujui yang lain secara tertulis.

### 8.2.11 Pengakhiran

Sekalipun demikian **Kami** dapat membatalkan **Polis Grup Anda** kapan saja jika **Anda** atau **Pemegang Polis** telah setiap saat:

- Menyesatkan **Kami** dengan salah pernyataan yang salah
- Secara sadar mengklaim **Manfaat** untuk tujuan apapun selain yang ditentukan berdasarkan **Polis Grup** ini
- Menyetujui setiap upaya oleh pihak ketiga untuk mendapatkan keuntungan berupa uang yang tidak wajar yang merugikan **Kami**
- Lalai dalam mematuhi syarat dan ketentuan **Polis Grup** ini atau lalai dalam bertindak dengan itikad baik sepenuhnya. Jika **Pemegang Polis** membatalkan **Polis Grup** setiap saat selain sesudah **Tanggal Pembaharuan**, maka tidak akan ada pengembalian premi

## 8.2.12 Jaminan Pembayaran Premi (1 Mei 2005)

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

(a) Tanpa mengabaikan hal yang terkandung di sini tetapi tunduk pada klausul 2 buku panduan ini, dengan ini disetujui dan dinyatakan bahwa jika Masa Asuransinya adalah enam puluh (60) hari atau lebih, maka premi karena harus dibayar dan benar-benar diterima seluruhnya oleh Perusahaan (atau perantara melalui siapa **Polis** ini dijalankan) dalam waktu enam puluh (60) hari dari: -
   (i) Tanggal dimulainya pertanggungan berdasarkan **Polis** ini, Sertifikat Pembaharuan atau Nota Penutupan; atau
   (ii) Tanggal berlakunya setiap adendum, jika ada, yang diterbitkan berdasarkan **Polis Grup**, Sertifikat Pembaharuan atau Nota Penutupan.

(b) Dalam hal premi yang jatuh tempo tidak dibayar dan benar-benar diterima secara penuh oleh **Kami** (atau perantara melalui siapa **Polis** ini dijalankan) dalam jangka waktu 60 (enam puluh) hari sebagaimana dimaksud di atas, maka:
   (i) Pertanggungan berdasarkan **Polis,** Sertifikat Pembaharuan, Nota Penutupan atau adendum secara otomatis segera diakhiri setelah berakhirnya jangka waktu enam puluh (60) hari tersebut;
   (ii) Pengakhiran otomatis atas pertanggungan harus tanpa mengurangi kewajiban yang terjadi dalam jangka waktu enam puluh (60) hari tersebut; dan
   (iii) **Kami** berhak atas waktu pro-rata terhadap premi risiko yang tunduk pada jumlah minimal USD 25 atau premi minimum yang berlaku untuk **Polis** ini.

(c) Jika Masa Asuransi kurang dari enam puluh (60) hari, maka premi yang jatuh tempo harus dibayar dan benar-benar diterima seluruhnya oleh Perusahaan (atau perantara melalui siapa **Polis** ini dijalankan) dalam Masa Asuransi.

## 8.2.13 Pembatasan Sanksi Dan Klausul Pengecualian

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

## 8.2.14 Adendum Pengecualian Terorisme

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

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

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

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

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

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

# 9. Ketentuan perjanjian baku

## 9.1 Ketentuan perjanjian baku

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

# Everything you need to know about your international health insurance

Effective 1 April 2026

# Introduction

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

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

## How to use this handbook

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

Inside **You** will find details of:

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

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

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

## Our service for You

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

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

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

PT Sompo Insurance Indonesia in association
with Now Health International

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

## Contacting Us

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

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

PT Sompo Insurance Indonesia in association
with Now Health International

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

## Customer service team

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

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

## Assistance team for Emergency Evacuation or Repatriation

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

T +62 21 2783 6940

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

# Contents

1. Definitions . . . . . 81

2. Manage **Your Group Plan** online . . . . . 86

3. How to claim. . . . . 87

Product Information
4. **Benefits**: What is covered?. . . . . 94

Key Product Provisions
5. Exclusions: What is not covered? . . . . . 138

6. **Group Plan** administration . . . . . 143

7. Dispute resolution . . . . . 145

8. Rights and responsibilities . . . . . 147

9. Provision of compulsory standard agreement . . . . . 150

# 1. Definitions

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

**Accident**
A sudden, unexpected, unforeseen and involuntary external event resulting in identifiable physical injury occurring to an **Insured Person** while **Your Group Plan** is in force.

**Acute Condition**
A disease, illness or injury that is likely to respond quickly to **Treatment** which aims to return **You** to the state of health **You** were in immediately before suffering the disease, illness or injury, or which leads to **Your** full recovery.

**Act of Terrorism**
Any clandestine use of violence by an individual terrorist or a terrorist group to coerce or intimidate the civilian population to achieve a political, military, social or religious goal.

**Agreement**
An agreement **We** have with each of the **Hospitals**, **Day-Patient** units and scanning centres listed in the **Provider Network**.

**Alternative Therapies**
Refers to therapeutic and diagnostic **Treatment** that exists outside the institutions where conventional medicine is taught. Such medicine includes chiropractic **Treatment**, osteopathy, dietician, homeopathy and acupuncture as practised by approved therapists.

**Apicoectomy**
Is a dental surgery performed to remove the root tip and the surrounding infected tissue of an abscessed tooth, when inflammation or infection persists in the bony area around the end of a tooth after a root canal procedure. Apicoectomy is done to treat the following:

- Fractured tooth root
- A severely curved tooth root
- Teeth with caps or posts
- Cyst or infection which is untreatable with root canal therapy
- Root perforations
- Recurrent pain and infection
- Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays
- Calcification
- Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery

**Benefits**
Insurance cover provided by this **Group Plan** and any extensions or restrictions shown in the **Certificate of Insurance** or in any endorsements (if applicable) and subject always to **Us** having received the premium due.

**Benefit Schedule**
The table of **Benefits** applicable to this **Group Plan** showing the maximum **Benefits We** will pay.

**Cancer**
A malignant tumour, tissues or cells, characterised by the uncontrolled growth and spread of malignant cells and invasion of tissue.

**Certificate of Insurance**
The certificate giving details of the **Planholder**, the **Insured Persons**, the **Period of Cover**, the **Underwriters**, the **Entry Date**, the level of cover and any endorsements that may apply.

**Congenital Disorder**
A **Medical Condition** that is present at birth or is believed to have been present since birth, whether it is inherited or caused by environmental factors.

**Co-Insurance**
Is the uninsured percentage of the costs, which the **Insured Person** must pay towards the cost of a claim.

**Country of Nationality**
The country for which **You** hold a passport.

**Country of Residence**
The country in which **You** habitually reside (usually for a period of no less than six months per **Period of Cover**) at the **Group Plan Start Date** or **Entry Date** or at each subsequent **Renewal Date**.

| | |
|---|---|
| **Chronic Condition** | A disease, illness or injury which has at least one of the following characteristics:<br>• It needs ongoing or long-term monitoring through consultations examination, check-ups, **Drugs and Dressings** and/or tests<br>• It needs ongoing or long-term control or relief of symptoms<br>• It requires **Your Rehabilitation** or for **You** to be specially trained to cope with it<br>• It continues indefinitely<br>• It has no known cure<br>• It comes back or is likely to come back |
| **Day-Patient** | A patient who is admitted to a **Hospital** or day-patient unit because they need a period of medically supervised recovery but does not occupy a bed overnight. |
| **Deductible** | An uninsured amount payable by an **Insured Person** in respect of **In-Patient** , **Day-Patient**, **Evacuation** and Extended **Evacuation** expenses incurred before any **Benefits** are paid under the **Group Plan**, as specified in **Your Certificate of Insurance**. The **Group Plan Deductible** applies per **Insured Person**, per **Period of Cover.** |
| **Dental Practitioner** | A person who is legally licensed to carry out this profession by the relevant licensing authority to practise dentistry in the country where the dental **Treatment** is given. |
| **Dependants** | One spouse or adult partner and/or unmarried children who are not more than 18 years old and residing with **You**, or up to 28 years old if in full-time education (written proof may be required from the educational institute where they are enrolled), at the **Start Date** or any subsequent **Renewal Date**. The term partner shall mean husband, wife, civil partner or the person permanently living with **You** in a similar relationship. All **Dependants** must be named as **Insured Persons** in the **Certificate of Insurance**. |
| **Diagnostic Tests** | Investigations, such as x-rays or blood tests, to find or to help to find the cause of **Your** symptoms. |
| **Drugs and Dressings** | Essential prescription drugs, dressings and medicines administered by a **Medical Practitioner** or **Specialist** needed to relieve or cure a **Medical Condition**. |
| **Eligible** | Those **Treatments** and charges, which are covered by **Your Group Plan**. In order to determine whether a **Treatment** or charge is covered, all sections of **Your Group Plan** should be read together, and are subject to all the terms (including payment of premium due), **Benefits** and exclusions set out in this **Group Plan**. |
| **Entry Date** | The date shown on the **Certificate of Insurance** on which an **Insured Person** was included under this **Group Plan**. **We** must have received premium payment in order for **Your Benefits** to start. |
| **Emergency** | A sudden, serious, and unforeseen acute **Medical Condition** or injury requiring immediate medical **Treatment**, that without **Treatment** commencing within 48 hours of the emergency event could result in death or serious impairment of bodily function. |
| **Evacuation or Repatriation Service** | Moving **You** to a **Hospital** which has the necessary **In-Patient** and **Day-Patient** medical facilities either in the country where **You** are taken ill or in another nearby country (evacuation) or bringing **You** back to either **Your** principal **Country of Nationality** or **Your** principal **Country of Residence** (repatriation). The service includes any **Medically Necessary Treatment** administered by the international assistance company appointed by **Us** while they are moving **You**. |
| **Expatriate** | Any persons living and/or working outside of the country for which they hold a passport. Usually for a period of more than 180 days per **Period of Cover**. |

| | |
|---|---|
| **Geographic Area** | The geographic area used to calculate the premium that will apply to **You** based on **Your** principal **Country of Residence** at the **Start Date** or any subsequent **Renewal Date** of this **Group Plan**. |
| **Group Plan** | The contract between the **Planholder** and **Us** which sets out terms and conditions of the cover provided. The full terms and conditions consist of the Group Employee FMU application form (if applicable), **Certificate of Insurance**, **Benefit Schedule** and this members' handbook. |
| **Hospital** | Any establishment, which is licensed as a medical or surgical hospital under the laws of the country where it operates. The following establishments are not considered hospitals: rest and nursing homes, spas, cure-centres and health resorts. |
| **Hospital Accommodation** | Refers to standard private or semi-private accommodation as indicated in the **Benefit Schedule**. Deluxe, executive rooms and VIP suites are not covered. |
| **In Network Medical Provider** | An in network medical provider is one contracted with **Your Group Plan** to provide services to **Group Plan** members for specific pre-negotiated rates. |
| **In-Patient** | A patient who is admitted to **Hospital** and who occupies a bed overnight or longer, for medical reasons. |
| **Insured Person/You/Your** | **You** and/or the **Dependants** named on the **Certificate of Insurance** who are covered under this **Group Plan**. |
| **Major Elective Surgery** | **Major Elective Surgery** involves complex, invasive procedures on vital organs (head, chest, abdomen, limbs) requiring anesthesia, significant tissue manipulation, a hospital stay, and a longer recovery, carrying higher risks of severe complications or impacting life/major body systems.<br>E**ligible Major Elective Surgeries:**<br>• Elective Heart Surgeries<br>• Mastectomy with reconstruction<br>• Hip and Knee Joint replacements, Knee ligament repairs & Shoulder surgeries<br>• Brain and spinal surgeries (craniotomies, spinal fusion, Laminectomy, Diskectomy, Foraminectomy)<br>• Major vascular surgeries (aortic aneurysm repair, Carotid endarterectomy, Peripheral Vascular bypass, Mesenteric / renal artery reconstruction, Thrombectomy, varicose veins)<br>• Cataract Surgeries |
| **Medical Condition** | Any disease, injury, or illness, including **Psychiatric Illness**. |
| **Medical Practitioner** | A person who has attained primary degrees in medicine or surgery following attendance at a **WHO**-recognised medical school and who is licensed to practise medicine by the relevant authority in the country where the **Treatment** is given. By "recognised medical school" **We** mean a medical school, which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the **WHO**. |
| **Medically Necessary** | **Treatment**, which in the opinion of a qualified **Medical Practitioner** is appropriate and consistent with the diagnosis and which in accordance with generally accepted medical standards could not have been omitted without adversely affecting the **Insured Person's** condition or the quality of medical care rendered. Such **Treatment** must be required for reasons other than the comfort or convenience of the patient or **Medical Practitioner** and provided only for an appropriate duration of time. As used in this definition, the term "appropriate" shall mean taking patient safety and cost effectiveness into consideration. When specifically applied to **In-Patient Treatment**, medically necessary also means that diagnosis cannot be made, or **Treatment** cannot be safely and effectively provided on an **Out-Patient** basis. |

| | |
|---|---|
| **New Born** | A baby who is within the first 16 weeks of its life following birth. |
| **Provider Network** | **Our** published list of medical providers where **We** have a **Direct Billing Agreement**. |
| **Out-Patient Per Visit Excess** | An uninsured amount payable by an **Insured Person** in respect of **Out-Patient** expenses before any **Benefits** are paid under the **Group Plan**, as specified in **Your Certificate of Insurance.** Each visit refers to each consultation. The **Group Out-Patient Per Visit Excess** applies per **Insured Person**, per **Out-Patient** consultation, when **You** receive **Eligible Out-Patient Treatment** inside and outside of the **Now Health International Provider Network.** |
| **Out of Network Medical Provider** | An out of network medical provider is one not contracted with **Your Group Plan**. **Out-Patient** A patient who attends a **Hospital**, consulting room, telemedicine appointment or out-patient clinic and is not admitted as a **Day-Patient** or an **In-Patient**. |
| **Out-Patient Direct Billing** | **Our** published list of medical providers where **We** have a **Direct Billing Provider** Network. |
| **Period of Cover** | The period of cover set out in the **Certificate of Insurance**. This will be a 12-month period starting from the **Start Date** or any subsequent **Renewal Date** as applicable. |
| **Physiotherapist** | A practising physiotherapist who is registered and licensed to practise medicine in the country where **Treatment** is provided. |
| **Pre-Authorisation** | Means a process whereby an **Insured Person** seeks approval from **Us** prior to undertaking any **Treatment** or incurring costs. Such **Benefits** requiring pre-authorisation from **Us** will denote **Pre-Authorisation** ☎ in the **Benefit Schedule** and as detailed in section 4. |
| **Plan Administrator** | The person appointed by the **Planholder** to administer the **Insured Person's Group Plan**, and to act as a coordinator with **Us**. |
| **Planholder** | The first **Insured Person** named on the **Certificate of Insurance**, or the company. |
| **Pregnancy** | Refers to the period of time from the date of the first diagnosis until delivery. |
| **Private Room** | Single occupancy accommodation in a private **Hospital**. Deluxe, executive rooms and VIP suites are not covered. |
| **Psychiatric Illness** | The mental or nervous disorder that meets the criteria for classification under an international classification system such as Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) or the International Classification of Diseases (ICD). The disorder must be associated with present distress, or substantial impairment of the individual's ability to function in a major life activity (e.g. employment). The aforementioned condition must be clinically significant and not merely an expected response to a particular event such as bereavement, relationship or academic problems and acculturation. |
| **Related Conditions** | A **Related Condition** is any disease, injury or illness including **Psychiatric Illness** that is caused by a **Pre-Existing Medical Condition** or results from the same underlying cause as a **Pre-Existing Medical Condition**. |
| **Qualified Nurse** | A nurse whose name is currently on any register or roll of nurses, maintained by any Statutory Nursing Registration Body within the country where **Treatment** is provided. |
| **Reasonable and Customary Charges** | The standard fee that would typically be made in respect of **Your Treatment** costs, in the country **You** received **Treatment**. **We** may require such fees to be substantiated by an independent third party, such as a practising Surgeon/ Physician/**Specialist** or government health department. |
| **Regional Cover: South East Asia** | A geographical area option that is available for residents of South East Asia (excluding Singapore). |

| | |
|---|---|
| **(excluding Singapore)** | If **You** have selected this option, **We** will pay for **Eligible** Claims incurred within South East Asia (excluding Singapore), Australia and New Zealand.<br>South East Asia (excluding Singapore) shall mean:<br>Burma/Myanmar, Brunei, Cambodia, Christmas Island, Cocos Island, East Timor, Indonesia, Laos, Malaysia, Philippines, Thailand and Vietnam. |
| **Rehabilitation** | **Medically Necessary Treatment** aimed at restoring independent activities of daily living and the normal form and/or function of an **Insured Person** following a **Medical Condition**. |
| **Renewal Date** | The anniversary of the **Start Date** of the **Group Plan**. **Semi-Private Room** Dual occupancy accommodation in a private **Hospital**. Deluxe, executive<br>rooms and VIP suites are not covered. |
| **Specialist** | A surgeon, anaesthetist or physician who has attained primary degrees in medicine or surgery following attendance at a **WHO**-recognised medical school and who is licensed to practise medicine by the relevant authority in the country where the **Treatment** is given, and is recognised as having a specialised qualification in the field of, or expertise in the **Treatment** of the disease, illness or injury being treated. By "recognised medical school" **We** mean a medical school which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the **WHO**. |
| **Start Date** | The start date shown on **Your Certificate of Insurance**. |
| **Surgical Procedure** | An operation requiring the incision of tissue or other invasive surgical intervention. |
| **Terminal** | Following the diagnosis that the condition is terminal and **Treatment** can no longer be expected to cure the condition with death anticipated within 12 months of diagnosis. |
| **Traditional Chinese Medicine and Ayurvedic Medicine** | Traditional Chinese Medicine (TCM) and Ayurveda Medicine exist outside the institutions where conventional medicine is taught. They are holistic healing systems that focus on the individual rather than the disease. Both systems use a variety of interventions, including herbs, diet, and lifestyle changes. |
| **Treatment** | Surgical or medical services (including **Diagnostic Tests**) that are needed to diagnose, relieve or cure a **Medical Condition**. |
| **Underwriters** | Those insurance companies named as underwriters in the **Certificate of Insurance**. PT Sompo Insurance Indonesia is the underwriter. |
| **Vaccinations** | Refers to all basic immunisations and booster injections required under regulation of the country in which **Treatment** is being given, any **Medically Necessary** travel vaccinations and malaria prophylaxis. |
| **Waiting Period** | Is a period of time starting on the **Entry Date** of the **Insured Person**, during which the **Insured Person** is not entitled to cover for particular **Benefits. Your Benefit Schedule** will indicate which **Benefits** are subject to waiting periods. |
| **We/Our/Us** | PT Sompo Insurance Indonesia |
| **WHO** | The World Health Organisation. |

# 2. Manage your Group Plan online

## A guide to the secure online portfolio area

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

### About me

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

### My Plan

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

### Your Claims

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

### Other features

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

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

### Download our mobile app

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

Download on the App Store

ANDROID APP ON Google play

# 3. How to claim

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

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

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

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

## 3.1 Claiming for Treatment You have already paid for

### *Step 1*

**Choose how You would like to claim**

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

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

### *Step 2*

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

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

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

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

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

### *Step 2*

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

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

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

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

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

### *Step 3*

**We** will assess **Your** claim. Provided **We** have all the information **We** need, **We** will process all **Eligible** claims within five working days of receipt. **You** may need to allow additional time for banks to process **Your** reimbursement.

### *Step 4*

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

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

**Important notes:**

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

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

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

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

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

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

## 3.2 Arranging Direct Settlement

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

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

#### *Step 1*

Five working days before **You** are admitted (or whenever possible), contact **Our** customer service team on
Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | 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. **You** can access all the forms **You** need from **Your** online secure portfolio area at www.now-health.com.

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

#### *Step 4*

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

**Important notes:**

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

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

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

## 3.2 Arranging Direct Settlement

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

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

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

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

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

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

#### *Step 1*

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

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

**You** can contact them on Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639 | ClinicalService@now-health.com

#### *Step 2*

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

#### *Step 3*

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

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

#### *Step 4*

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

#### *Step 5*

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

**Important notes:**

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

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

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

## 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. This service is available 24 hours a day, 365 days a year.

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

### *Step 2*

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

### *Step 3*

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

### *Step 4*

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

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

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

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

### *Step 5*

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

**Important notes:**

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

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

## 3.4 Accessing elective Treatment in the USA

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

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

### *Step 1*

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

A Clinical Adviser will verify **Your** entitlement to **Benefits** for the proposed **Treatment** and give **You** details on how to claim.

Tell **Us** the name of the medical facility, telephone number, fax number, contact name and the name of the **Medical Practitioner**.

### *Step 2*

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

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

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

### *Step 3*

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

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

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

### *Step 4*

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

**Important notes:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**We** will only pay a claim if:

- the claim was submitted to another insurance policy but the claim was not paid / fully settled due to ineligibility or the benefit limits have been exhausted under the other insurance contract, and
- the unpaid claim amount is considered as **Eligible** claim under this **Plan.**

### 3.7.1 Indonesia National Health Insurance

If **You** follow the Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Indonesian Diagnosis-Related Groups (IDRG) Billing program, an insurer will pay up to a maximum limit of 250% x total IDRG billing/claim, in accordance with prevailing BPJS regulations. Applicability of the BPJS Coordination of Benefits (COB) mechanism is subject to the BPJS policy schedule, operational arrangements, and participating healthcare facilities.

This **Plan** does not participate in the BPJS program.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 3.10 How will claim reimbursements be calculated?

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

## 3.11 What currencies can claims be made in?

**You** have the choice of claims reimbursement in either the currency of **Your Group Plan**, the currency **You** incurred **Your** claim in, or another currency of **Your** choice, subject to local currency and/or international restrictions/regulations and our partners bank's transacting capabilities.

## 3.12 What is the maximum length of prescription I can claim at one time?

**Eligible** medications prescribed by **Your Medical Practitioner** will be paid up to 3 months or to the end of **Your** policy date, whichever is the earlier.

# Product Information

## 4. Benefits: What is covered?

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

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

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

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

### 4.1 Summary of WorldCare

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

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

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

**We** provide regional cover according to **Your Country of Residence**.
**Cover options available are:**

Regional Cover: South East Asia (excluding Singapore)

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

| | |
|---|---|
| **Co-Insurance Out-Patient Treatment** | If this option is selected, costs associated with **Eligible Out-Patient Treatment** are subject to a 10% **Co-Insurance**. |
| **Co-Insurance Out-Patient Treatment** – Option 2 | If this option is selected, costs associated with **Eligible Out-Patient Treatment** are subject to a 20% **Co-Insurance**. |
| **Out-Patient** Charges **(Essential only)** | Add **Out-Patient Benefits** to the **Essential Plan** option. |
| **Out-Patient** Charges – Option 2 (Essential only) | The same as **Out-Patient** Charges but inclusive of Maintenance of **Chronic Medical Conditions** within the **Benefit** sub-limit. |
| **Out-Patient** Charges – Option 3 (Essential only) | Adds Accident and Emergency **Out-Patient** and additional Pre-Operative and Post-Hospitalisation **Benefits** to the **Essential Plan**. |
| **Out-Patient Per Visit Excess** | This option is available for Advance, Excel and Apex. **You** can select to pay a USD 25 or USD15 **Excess** every time **You** receive an **Out-Patient** Consultation. Please note that if **You** have selected the **Out-Patient Per Visit Excess**, **You** must pay the first USD 25 or USD15 of any **Eligible Out-Patient** claim. |
| **Wellness, Optical and Vaccinations** | This is an option available on Essential where **Out-Patient** Charges or **Out-Patient** Charges – Option 2 has been selected, or on Advance, Excel and Apex **Plan**. This option allows **You** to receive limited cover for Wellness, Optical and **Vaccinations**. |

| | |
|---|---|
| **Wellness, Optical and Vaccinations** – Option 2 | This is an option available on Advance, Excel and Apex **Plan**. This option allows **You** to receive limited cover for Wellness, Optical and **Vaccinations**. |
| **Wellness and Vaccinations** – Option 3 | This is an option available on Essential where **Out-Patient** Charges or **Out-Patient** Charges – Option 2 has been selected, or on Advance, Excel and Apex **Plan**. This option allows You to receive limited cover for Wellness and **Vaccinations**. |
| USA Elective **Treatment** | Costs associated with **Eligible In-Patient**, **Day-Patient** and **Out-Patient Treatment** in the USA will be paid in full where **Treatment** is received in Our Network of Providers. |
| **Your choice of Plan Deductible** | The **Plan Deductible** applies to **In-Patient** , **Day-Patient**, **Evacuation** and Extended **Evacuation** expenses and is per **Insured Person**, per **Period of Cover**. |

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

## 4.2 Pre-Authorisation

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

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

**Pre-Authorisation** is therefore required before undertaking **Treatment** and incurring charges.
The **Benefit Schedule** details those **Benefits** requiring **Pre-Authorisation** by showing "**Pre-Authorisation** ☎".

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

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

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

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

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

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

## 4.3 WorldCare

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

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

## 4.3.1 WorldCare Essential

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

| Benefit | Essential |
|---|---|
| **9. Pregnancy Medical Conditions:**<br>***In-Patient Treatment*** *of an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during the antenatal stages of* ***Pregnancy****, or an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during childbirth.* ***We*** *would only allow* ***Treatment*** *of the following as an* ***Eligible Medical Condition under this Benefit****:*<br>• *Ectopic* ***Pregnancy*** *(where the foetus is growing outside the womb)*<br>• *Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)*<br>• *Retained placenta (afterbirth retained in the womb)*<br>• *Placenta praevia*<br>• *Eclampsia (a coma or seizure during* ***Pregnancy*** *and following pre-eclampsia)*<br>• *Diabetes (If* ***You*** *have exclusions because of* ***Your*** *past medical history which relate to diabetes, then* ***You*** *will not be covered for any* ***Treatment*** *for diabetes during* ***Pregnancy****)*<br>• *Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)*<br>• *Miscarriage requiring immediate surgical* ***Treatment***<br>*This* ***benefit*** *does not provide any cover for voluntary or* ***Emergency*** *caesarean section procedures or 'failure to progress in labour' unless for one of the above* ***stated Eligible Medical Conditions****.*<br>***Waiting Period****: Costs Incurred within 12 months from the* ***Start Date*** *of the mother are excluded.* | ▶ *Full refund* |
| **10. New Born Cover:**<br>***In-Patient Treatment*** *of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an* ***Acute Condition*** *being suffered by a* ***New Born*** *baby of an* ***Insured Person*** *which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the* ***New Born*** *baby is added to the* ***Group Plan*** *within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.*<br>*In circumstances where* ***We*** *require details of the* ***New Born*** *baby's medical history before the baby is being added to the* ***Plan****,* ***We*** *reserve the right to apply particular restrictions to the cover* ***We*** *will offer.*<br>*Please refer to Section 6.5 - Adding* ***New Born*** *of this Members' Handbook for details.* | ▶ *Up to USD 100,000 per* ***Period of Cover*** |
| **11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:**<br>***Hospital Accommodation*** *costs relating to a* ***New Born*** *baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an* ***Insured Person****) while she is receiving* ***Eligible Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *in a* ***Hospital****.* | ▶ *Full refund* |
| **12. Congenital Disorder:**<br>***In-Patient Treatment*** *for a* ***Congenital Disorder****. In circumstances where a* ***Congenital Disorder*** *manifests itself in a* ***New Born*** *baby within 30 days of birth, cover for such* ***Medical Conditions*** *will be provided under* ***Benefit*** *10 but excluded from* ***Benefit*** *12 –* ***Congenital Disorders****.* | ▶ *Up to USD 100,000 per* ***Period of Cover*** |
| **13. Reconstructive Surgery:**<br>*Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an* ***Accident*** *or following a* ***Surgical Procedure*** *for an* ***Eligible Medical Condition****, which occurred after an* ***Insured Person's Entry Date*** *or* ***Start Date*** *whichever is later.* | ▶ *Full refund* |
| **14. Rehabilitation:**<br>*On the advice of a* ***Specialist*** *as an integral part of* ***Treatment*** *for a* ***Medical Condition*** *necessitating admission to a recognised* ***Rehabilitation*** *unit of a* ***Hospital****. Where the* ***Insured Person*** *was confined to a* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *for at least three consecutive days, and where a* ***Specialist*** *confirms in writing that* ***Rehabilitation*** *is required. Admission to a* ***Rehabilitation*** *unit must be made within 14 days of discharge from* ***Hospital****. Such* ***Treatment*** *should be under the direct supervision and control of a* ***Specialist*** *and would cover:*<br>*(i) Use of special* ***Treatment*** *rooms*<br>*(ii) Physical therapy fees*<br>*(iii) Speech therapy fees*<br>*(iv) Occupational therapy fees* | ▶ *Full refund for* ***Eligible In-Patient Treatment*** *only up to 30 days per* ***Medical Condition*** |
| **15. In-Patient Emergency Dental Treatment:**<br>*This means* ***Emergency*** *restorative dental* ***Treatment*** *required to sound, natural teeth following an* ***Accident*** *which necessitates* ***Your*** *admission to* ***Hospital*** *for at least one night.*<br>*The dental* ***Treatment*** *must be received within 10 days of the* ***Accident****. This* ***Benefit*** *covers all costs incurred for* ***Treatment*** *made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:*<br>• *If the* ***Treatment*** *involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture,* ***We*** *will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality*<br>• *If implants are clinically needed* ***We*** *will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead*<br>*This* ***Benefit*** *also covers repair or reconstruction of dentures broken following an* ***Accident*** *that necessitates the* ***Insured Person****'s admission to a* ***Hospital*** *for at least one night, provided that such dentures were being worn at the time of the* ***Accident.*** | ▶ *Full refund* |
| **16. In-Patient Psychiatric Treatment:**<br>***In-Patient Treatment*** *in a recognised Psychiatric unit of a* ***Hospital****. All* ***Treatment*** *must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>▶ *Full refund limited to 30 days per* ***Period of Cover*** |

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

| Benefit | Essential |
|---|---|
| **17. Terminal Illness:**<br>*Palliative and Hospice Care: On diagnosis of a **Terminal** illness, costs for any **In-Patient**, **Day-Patient** or **Out-Patient Treatment** given on the advice of a **Medical Practitioner** or **Specialist** for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for **Hospital** or hospice accommodation, nursing care by a **Qualified Nurse** and prescribed **Drugs and Dressings** are covered.* | ▶ *__Eligible In-Patient__ and __Day-Patient Treatment__ only up to USD 50,000 lifetime limit* |
| **18. Emergency Non-Elective Cover outside Area of Cover:**<br>*For planned trips up to 30 days of duration. **Treatment** by a **Medical Practitioner** or **Specialist** starting within 24 hours of the **Emergency** event, required as a result of an **Accident** or the sudden beginning of a severe illness resulting in a **Medical Condition** that presents an immediate threat to the **Insured Person's** health.*<br>*Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit**.* | ▶ *__Accident:__ Full refund for **Accident** requiring **In-Patient** and **Day-Patient** care*<br>▶ *Illness: **In-Patient** and **Day-Patient** care up to USD 25,000 per **Period of Cover***<br>***Out-Patient Treatment** in an **Accident and Emergency** Department in a **Hospital** up to USD 500 per **Period of Cover*** |
| **19. Evacuation and Repatriation:**<br>**Evacuation**<br>*Arrangements will be made to move an **Insured Person** who has a critical, life-threatening **Eligible Medical Condition** to the nearest medical facility for the purpose of admission to **Hospital** as an **In-Patient** or **Day-Patient**.* | ***Pre-Authorisation*** ☎ |
| *Reasonable expenses for:*<br>*(i) Transportation costs of an **Insured Person** in the event of **Emergency Treatment** and **Medically Necessary** transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.* | *(i)* ▶ *Full refund* |
| *(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when **Treatment** is being received as a **Day-Patient**.* | *(ii)* ▶ *Full refund* |
| *(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the **Hospital** to visit the **Insured Person** following admission as an **In-Patient**.* | *(iii)* ▶ *Full refund* |
| *(iv) Reasonable costs for non-**Hospital Accommodation** only for immediate pre and post-**Hospital** admission periods provided that the **Insured Person** is under the care of a **Specialist**.* | *(iv)* ▶ *Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per **Evacuation*** |
| *Costs of **Evacuation** do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.*<br>*__Our__ medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the **Evacuation** and this **Benefit** will not cover travel if it is against the advice of **Our** medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the **Eligible Medical Condition**.* | |
| **Repatriation**<br>*Following an **Evacuation** covered by **Us**, an economy class airfare ticket to return the **Insured Person** and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of **Treatment** or the **Insured Person's** principal **Country of Nationality** or principal **Country of Residence**, as long as the journey is made within one month of completion of **Treatment**.* | ***Pre-Authorisation*** ☎ |
| *__We__ do not cover standalone repatriation.*<br>*Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit.*** | ▶ *Full refund* |
| **20. Mortal Remains:**<br>*In the event of death from an **Eligible Medical Condition**, **Reasonable and Customary Charges** for:* | ***Pre-Authorisation*** ☎ |
| *(i) Costs of transportation of body or ashes of an **Insured Person** to his/her **Country of Nationality** or **Country of Residence**, or* | *(i)* ▶ *Full refund* |
| *(ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.* | *(ii)* ▶ *Up to USD 10,000* |

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

| Benefit | Essential |
|---|---|
| **21. Hospital Cash Benefit:**<br>*i) This **Benefit** is payable when an **Insured Person** receives **In-Patient Treatment** and only if an **Insured Person** is admitted for **In-Patient Treatment** before midnight, and the **Treatment** is received free of charge that would have otherwise been **Eligible** for **Benefit** privately under this **Plan**.*<br>*This **Benefit** is not payable if the **Insured Person** is **Eligible** for Hospital Cash **Benefit** ii) **Major Elective Surgery**. This **Benefit** is limited to a minimum of 30 days between **Eligible** admissions, and up to a maximum of 5 admissions per policy year.*<br>*ii) This **Benefit** is payable when an **Insured Person** undergoes **Major Elective Surgery** and only if an **Insured Person** is admitted for **In-Patient Treatment** before midnight, and the **Treatment** is received free of charge that would have otherwise been **Eligible** for **Benefit** privately under this **Plan.***<br>*This **Benefit** is subject to pre-approval and subject to a minimum of 30 days between **Eligible** admissions, and up to a maximum of 3 admissions per policy year.*<br>*For this **Benefit** exclusion 5.10 does not apply. This **Benefit** is not payable if **your** admission and this **Benefit** is not pre-approved. This **Benefit** is not **Eligible** if **You** are admitted for an **Accident** and **Emergency**.*<br>***Waiting Period**: Cover only available after nine months of continuous membership.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>▶<br>*i) Up to USD 200 per* admission<br>*ii) Up to USD 1,000 per **Major Elective Surgery*** |
| **22. Out-Patient Charges:**<br>*(i) **Medical Practitioner** fees including consultations; **Specialist** fees; **Diagnostic Tests**; prescribed **Drugs and Dressings**.*<br>*(ii) Teleconsultation (Virtual Doctor appointments via electronic means).*<br>*Costs associated with **Eligible Treatment** will be paid in full where **Treatment** is received from **Medical Providers** listed in the **Now Health International Provider Network**.*<br>*Treatment that is not received in the **Now Health International Provider Network** will pay **Reasonable and Customary Charges**.*<br>*No **Out-Patient Co-Insurance** or **Out Patient visit Excess** is applicable.*<br>*(iii) **Vitamins and Minerals**:*<br>*Vitamins and Minerals as prescribed by a **Medical Practitioner**. Vitamins, minerals and eye lubricants prescribed for a diagnosed deficiency will be paid as per the **Out-Patient Benefit**.*<br>*Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this **Benefit**.* | *(i) and (ii)* ▶<br>*Pre-operative consultations within 15 days from the admission and post hospitalisation consultation within 30 days following discharge from **Hospital** Up to maximum USD 2,000 per **Medical Condition** per **Period of Cover***<br>*(iii)* ▶<br>*Not covered* |
| **23. Menopause Hormone Replacement Therapy:**<br>*The cost of Hormone Replacement Therapy when required to alleviate the symptoms of the early onset of menopause where onset and **Treatment** commence below the age of 40 years.* | ▶<br>*Not covered* |
| **24. Day-Patient or Out-Patient Surgery:**<br>***Treatment** costs for a **Surgical Procedure** performed in a surgery, **Hospital**, day-care facility or **Out-Patient** department. Any pre or post-operative consultations are payable under **Benefit** 22 – **Out-Patient** charges.* | ▶<br>*Full refund* |
| **25. Out-Patient Psychiatric Illness:**<br>***Out-Patient Treatment** administered by a Registered Psychologist and/or a Registered Psychiatrist, subject to 10 sessions and the cost limit under this section.*<br>*For the first 5 sessions **You** 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 **Treatment Plan** with a **Medical Practitioner** or **Specialist**.* | ▶<br>*Not covered* |
| **26. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies:**<br>*(i) Physiotherapy by a Registered **Physiotherapist**.*<br>*(ii) Complementary medicine and **Treatment** by a therapist. This **Benefit** extends to osteopaths, chiropodists and podiatrists, chiropractors, homeopaths, dietician, and acupuncture **Treatment** but excludes **Physiotherapist** covered in (i).*<br>***You** may choose 5 sessions for any combination of **Benefits** in aggregate in a given **Period of Cover** for **Benefits** (i) and (ii) excluding dietician without the need of referral; any subsequent sessions need to be referred by a **Medical Practitioner** or **Specialist**.*<br>*Please note that sessions must be conducted at a recognised medical facility or an approved healthcare center. Home-based sessions are not covered.* | *(i)* ▶<br>*Up to 5 sessions within 30 days after hospitalisation*<br>*(ii)* ▶<br>*Not covered* |

| Benefit | Essential |
|---|---|
| **27. Out-Patient Traditional Chinese Medicine and Ayurvedic Medicine:**<br>***Out-Patient Treatment*** *for therapies administered by a recognised Traditional Chinese* ***Medical Practitioner*** *or an Ayurvedic* ***Medical Practitioner****.*<br>*All claims to include diagnosis, consultation fee,* ***Treatment*** *type,* ***Treatment*** *fee, prescription including detailed medication and number of doses.*<br>*Exclusion 5.35 applies.* | *Not covered* |
| **28. Nursing Care at Home:**<br>*(i) Care given by a* ***Qualified Nurse*** *in the* ***Insured Person's*** *own home, which is immediately received subsequent to* ***Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient*** *on the recommendation of a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****.*<br>*(ii)* ***Emergency Medical Practitioner*** *(GP) home visits out of normal clinic hours* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>*(i) Up to USD 100 per day, up to 30 days per* ***Medical Condition***<br>*(ii) Not covered* |
| **29. AIDS:**<br>*Medical expenses, which arise from or are in any way related to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or HIV related illnesses, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) and/or any mutant derivative or variations thereof. As result of proven occupation* ***Accident***** or blood transfusion**. Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition,* ***Drugs and Dressings*** *(except experimental or those unproven),* ***Hospital Accommodation*** *and nursing fees.*<br>** For members of emergency services, medical or dental professions, laboratory assistants, pharmacist or an employee in a medical facility that provides evidence that they contracted the HIV infection accidentally while carrying out normal duties of their occupation; and they contracted the HIV infection three years after the* ***Entry Date*** *or* ***Start Date****, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the* ***Insured Person's*** *occupation; and a test showing no HIV or antibodies to such a virus was made within five days of the incident; and a positive HIV test occurred within 12 months of the reported occupational* ***Accident****.*<br>*** As long as the blood transfusion was received as an* ***In-Patient*** *as part of* ***Medically Necessary Treatment****.*<br>***Waiting Period****: Cover only available after three years of continuous membership.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>***Eligible In-Patient*** *and* ***Day-Patient Treatment*** *only up to USD 25,000 per* ***Period of Cover*** |

| Options to Core Benefits | Essential |
|---|---|
| **30. Dental Care:**<br>*(i) Routine dental **Treatment**: Fees of a registered **Dental Practitioner** carrying out routine dental **Treatment** in a dental surgery. Routine dental **Treatment** means:*<br>*– Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including X-rays where necessary,*<br>*– Preventive scaling, polishing, and sealing (twice per year),*<br>*– Fillings (standard amalgam or composite fillings) and extractions,*<br>*– Root-canal **Treatment** (but not the fitting of a crown following root-canal **Treatment**), and*<br>*– Prescribed **Drugs and Dressings**.*<br>*No other **Treatment** is covered under the routine dental Treatment benefit.*<br>***Waiting Period**: Costs incurred within nine months from the **Start Date** are excluded.*<br>*A **Co-Insurance** of 20% applies.*<br>*For this **Benefit** the **Plan Deductible** or **Plan Out-Patient Per Visit Excess** does not apply.* | *(i)* ▶<br>*Optional*<br>*Up to USD 250 per **Period of Cover*** |
| *(ii) Complex Dental **Treatment**: Fees of a registered **Dental Practitioner** and associated costs for the following procedures: **Eligible** complex dental **Treatment**: including for example, **Apicoectomy** done to treat the following – Fractured tooth root; A severely curved tooth root; Teeth with caps or posts; Cyst or infection which is untreatable with root canal therapy; Root perforations; New or repair of crowns, dentures, in lays and bridges. Recurrent pain and infection; Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays. Calcification; Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery; Dental implant; and prescribed **Drugs and Dressings**.*<br>*No other **Treatment** (including Orthodontics) is covered by this **Benefit**.*<br>***Waiting Period**: Costs incurred within nine months from the **Start Date** are excluded.*<br>*A **Co-Insurance** of 20% applies.*<br>*For this **Benefit** the **Plan Deductible** or **Plan Out-Patient Per Visit Excess** does not apply.*<br>*Please note that this **Benefit** is only available when **Out-Patient** Charges or **Out-Patient** Charges Option 2 (**Benefit** 32 or 33) are selected.* | *(ii)* ▶<br>*Optional*<br>*Up to USD 1,000 per **Period of Cover*** |
| **31. USA Elective Treatment:**<br>*(i) Costs associated with **Eligible In-Patient** and **Day-Patient Treatment** in the USA will be paid in full where **Treatment** is received in a **Hospital** listed in the **Now Health International Provider Network**.*<br>*(ii) Costs associated with **Eligible Out-Patient Treatment** in the USA will be paid up to **Your Out-Patient Benefit** limit.*<br>***In-Patient** and **Day-Patient Treatment** that is not received in the **Now Health International Provider Network** will be subject to a 50% **Co-Insurance**.*<br>*This option is not available if **You** have selected an optional **Regional Cover**.* | ***Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment ☎***<br>▶<br>*Optional*<br>*Up to USD 1.5m per **Insured Person** per **Period of Cover*** |

| Options to Core Benefits | Essential |
|---|---|
| **32. Out-Patient Charges:** | |
| (i) ***Medical Practitioner*** *fees including consultation,* ***Specialist*** *fees,* ***Diagnostic Tests****, prescribed* ***Drugs and Dressings****.* | (i) and (ii) ▶ *Optional Up to USD 5,000 per* ***Period of Cover*** *in aggregate* |
| (ii) *Teleconsultation (Virtual Doctor appointments via electronic means).* *Costs associated with* ***Eligible Treatment*** *will be paid in full where* ***Treatment*** *is received from* ***Medical Providers*** *listed in the* ***Now Health International Provider Network****.* ***Treatment*** *that is not received in the* ***Now Health International Provider Network*** *will pay* ***Reasonable and Customary Charges****.* *No* ***Out-Patient Co-Insurance*** *or* ***Out Patient visit Excess*** *is applicable.* | |
| (iii) ***Vitamins and Minerals****:* *Vitamins and Minerals as prescribed by a* ***Medical Practitioner****. Vitamins, minerals and eye lubricants prescribed for a diagnosed deficiency will be paid as per the* ***Out-Patient Benefit****.* | (iii) ▶ *Optional Up to USD 150* ***Period of Cover*** *in aggregate of overall* ***Out-Patient*** *Charges* ***Benefit*** *limit* *Combined* ***Out-Patient*** *Charges* ***Benefit*** *limit Up to USD 5,000 per* ***Period of Cover*** *for (i), (ii) &(iiii)* |
| *This* ***Benefit*** *(i), (ii) and (iii) replaces* ***Benefit*** *22 –* ***Out-Patient Charges****.* | |
| (iv) a. *Physiotherapy by a Registered* ***Physiotherapist****.* b. *Complementary medicine and* ***Treatment*** *by a therapist. This* ***Benefit*** *extends to osteopaths, chiropodists and podiatrists, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture* ***Treatment*** *but excludes* ***Physiotherapist*** *covered in (i).* c. ***Out-Patient Treatment*** *for therapies administered by a recognised traditional Chinese* ***Medical Practitioner*** *or an Ayurvedic* ***Medical Practitioner****. All claims to include diagnosis, consultation fee,* ***Treatment*** *type,* ***Treatment*** *fee, prescription including detailed medication and number of doses.* | (iv) ▶ *Full refund up to a maximum 10 sessions per* ***Period of Cover*** *in aggregate. Physiotherapy is limited to 10 sessions and not in addition to* ***Benefit*** *26* |
| ***You*** *may choose 5 sessions for any combination of* ***Benefits*** *in aggregate in a given* ***Period of Cover*** *for* ***Benefits*** *(iv)a. and (iv)b. excluding dietician without the need of referral; any subsequent sessions need to be referred by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****.* | |
| *This* ***Benefit*** *replaces* ***Benefit*** *26 –* ***Out-Patient*** *Physiotherapy and* ***Alternative Therapies****.* | |
| *Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this* ***Benefit.*** | |
| *Please note that sessions must be conducted at a recognised medical facility or an approved healthcare center. Home-based sessions are not covered.* | (v) ▶ *Optional Up to USD 500 and a maximum of 10 sessions per* ***Period of Cover*** *in aggregate* |
| (v) ***Out Patient Psychiatric Illness:*** ***Out-Patient Treatment*** *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* ***You*** *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* ***Treatment Plan*** *with a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist.*** | |
| *This* ***Benefit*** *replaces* ***Benefit*** *25 –* ***Out-Patient*** *psychiatric illness.* | (vi) ▶ *Optional Up to USD 400 per* ***Period of Cover*** |
| (vi) ***Menopause Hormone Replacement Therapy:*** *The cost of Hormone Replacement Therapy when required to alleviate the symptoms of the early onset of menopause where onset and* ***Treatment*** *commence below the age of 40 years.* | |
| *This* ***Benefit*** *replaces* ***Benefit*** *23 – Menopause Hormone Replacement Therapy.* | |
| *Please note that if this option is chosen, the only* ***Plan Deductible*** *options that can be chosen are USD 150, USD 250, USD 500, USD 1,000, USD 2,500 or USD 5,000.* | |
| *If* ***You*** *choose an optional* ***Deductible****,* ***You*** *must also select a* ***Co-Insurance Out-Patient Treatment*** *option.* | |

| Options to Core Benefits | Essential |
|---|---|
| **33. Out-Patient Charges Option 2:**<br>***Out-Patient*** *Charges including costs associated with maintenance of chronic* ***Medical Conditions***. | |
| *(i)* ***Medical Practitioner*** *fees including consultation,* ***Specialist*** *fees,* ***Diagnostic Tests***, *prescribed* ***Drugs and Dressings***. | *(i) and (ii)*<br>*Optional*<br>*Up to USD 5,000 per* ***Period of Cover*** *in aggregate* |
| *(ii) Teleconsultation (Virtual Doctor appointments via electronic means).*<br>*Costs associated with* ***Eligible Treatment*** *will be paid in full where* ***Treatment*** *is received from* ***Medical Providers*** *listed in the* ***Now Health International Provider Network***.<br>***Treatment*** *that is not received in the* ***Now Health International Provider Network*** *will pay* ***Reasonable and Customary Charges***.<br>*No* ***Out-Patient Co-Insurance*** *or* ***Out Patient visit Excess*** *is applicable.* | |
| *(iii)* ***Vitamins and Minerals****:*<br>*Vitamins and Minerals as prescribed by a* ***Medical Practitioner***. *Vitamins, minerals and eye lubricants prescribed for a diagnosed deficiency will be paid as per the* ***Out-Patient Benefit***. | *(iii)*<br>*Optional*<br>*Up to USD 150 per* ***Period of Cover*** *in aggregate of overall* ***Out-Patient*** *Charges* ***Benefit*** *limit*<br><br>*Combined* ***Out-Patient*** *Charges* ***Benefit*** *limit*<br>*Up to USD 5,000 per* ***Period of Cover*** *for (i), (ii) &(iiii)* |
| *This* ***Benefit*** *(i), (ii) and (iii) replaces* ***Benefit*** *22 –* ***Out-Patient*** *Charges.* | |
| *(iv) a. Physiotherapy by a Registered* ***Physiotherapist***.<br>*b. Complementary medicine and* ***Treatment*** *by a therapist. This* ***Benefit*** *extends to osteopaths, chiropodists and podiatrists, chiropractors, homeopaths, dietician and acupuncture* ***Treatment*** *but excludes* ***Physiotherapist*** *covered in (i).*<br>*c.* ***Out-Patient Treatment*** *for therapies administered by a recognised traditional Chinese* ***Medical Practitioner*** *or an Ayurvedic* ***Medical Practitioner***. *All claims to include diagnosis, consultation fee,* ***Treatment*** *type,* ***Treatment*** *fee, prescription including detailed medication and number of doses.*<br>***You*** *may choose 5 sessions for any combination of* ***Benefits*** *in aggregate in a given* ***Period of Cover*** *for* ***Benefits*** *(iv)a. and (iv)b. excluding dietician without the need of referral; any subsequent sessions need to be referred by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist***. | *(iv)*<br>*Full refund*<br>*up to a maximum 10 sessions per* ***Period of Cover*** *in aggregate. Physiotherapy is limited to 10 sessions and not in addition to* ***Benefit*** *26* |
| *This* ***Benefit*** *replaces* ***Benefit*** *26 –* ***Out-Patient*** *Physiotherapy and* ***Alternative Therapies***.<br>*Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this* ***Benefit.*** | |
| *Please note that sessions must be conducted at a recognised medical facility or an approved healthcare center. Home-based sessions are not covered.* | *(v)*<br>*Optional*<br>*Up to USD 500 and a maximum of 10 sessions per* ***Period of Cover*** *in aggregate* |
| *(v)* ***Out Patient Psychiatric Illness:***<br>***Out-Patient Treatment*** *administered by a Registered Psychologist and/or a Registered Psychiatrist, subject to 10 sessions and the cost limit under this section.*<br>*For the first 5 sessions* ***You*** *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* ***Treatment Plan*** *with a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist.*** | |
| *This* ***Benefit*** *replaces* ***Benefit*** *25 –* ***Out-Patient*** *psychiatric illness.* | *(vi)*<br>*Optional*<br>*Up to USD 400 per* ***Period of Cover*** |
| *(vi)* ***Menopause Hormone Replacement Therapy:***<br>*The cost of Hormone Replacement Therapy when required to alleviate the symptoms of the early onset of menopause where onset and* ***Treatment*** *commence below the age of 40 years.* | |
| *This* ***Benefit*** *replaces* ***Benefit*** *23 – Menopause Hormone Replacement Therapy.* | |
| *Please note that if this option is chosen, the only* ***Plan Deductible*** *options that can be chosen are USD 150, USD 250, USD 500, USD 1,000, USD 2,500/or USD 5,000.*<br>*If* ***You*** *choose an optional* ***Deductible***, ***You*** *must also select a* ***Co-Insurance Out-Patient Treatment*** *option.* | |

| Options to Core Benefits | Essential |
|---|---|
| **34. Out-Patient Charges Option 3:**<br>*(i)* ***Emergency Out-Patient Benefit:***<br>*Charges for* ***Emergency Treatment*** *received as an* ***Out-Patient*** *in the* ***Accident*** *and* ***Emergency*** *department of a medical provider including:*<br>***Medical Practitioner*** *fees including consultation;* ***Specialist*** *fees;* ***Diagnostic Tests****, prescribed* ***Drugs and Dressings****.*<br>*(ii)* ***Pre and Post-Operative Out-Patient Charges:***<br>*a.* ***Medical Practitioner*** *fees including consultations;* ***Specialist*** *fees;* ***Diagnostic Tests****; prescribed* ***Drugs and Dressings****.*<br>*b. Teleconsultation (Virtual Doctor appointments via electronic means).*<br>*Costs associated with* ***Eligible Treatment*** *will be paid in full where* ***Treatment*** *is received from* ***Medical Providers*** *listed in the* ***Now Health International Provider Network****.*<br>***Treatment*** *that is not received in the* ***Now Health International Provider Network*** *will pay* ***Reasonable and Customary Charges****.*<br>*c. Physiotherapy by a Registered* ***Physiotherapist****.*<br>*Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this* ***Benefit****.*<br>*Charges relating to pre-operative consultation within 60 days from the admission and post-hospitalisation consultation within 90 days following discharge from* ***Hospital****.*<br>*This* ***Benefit*** *replaces* ***Benefit*** *22-* ***Out-Patient*** *Charges and* ***Benefit*** *26 –* ***Out-Patient*** *Physiotherapy and* ***Alternative Therapies****.*<br>*Please note that sessions must be conducted at a recognised medical facility or an approved healthcare center. Home-based sessions are not covered.* | *(i)* ▶ *Optional*<br>*Up to a maximum USD 300 per* ***Period of Cover*** *in aggregate and subject to USD 25* ***Out-Patient Per Visit Excess***<br>*(ii)* ▶ *Optional*<br>*Up to a maximum USD 3,500 per* ***Medical Condition*** *per* ***Period of Cover*** *Physiotherapy is up to 5 sessions within 90 days following hospitalisation in aggregate.* |
| **35. Co-Insurance Out-Patient Treatment:**<br>*A 10%* ***Co-Insurance*** *will apply to all* ***Eligible Out-Patient Treatment****. Should* ***Your Group Plan*** *include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and* ***Vaccinations Benefits****, any applicable* ***Co-Insurance*** *will be detailed in* ***Your Benefit Schedule****.*<br>*Please note that the* ***Co-Insurance*** *will not apply to* ***Treatment*** *relating to Renal dialysis/ Renal failure,* ***Cancer*** *or Organ Transplants.* | ▶ *Optional* |
| **36. Co-Insurance Out-Patient Treatment Option 2:**<br>*A 20%* ***Co-Insurance*** *will apply to all* ***Eligible Out-Patient Treatment.*** *Should* ***Your Group Plan*** *include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and* ***Vaccinations Benefits****, any applicable* ***Co-Insurance*** *will be detailed in* ***Your Benefit Schedule****.*<br>*Please note that the* ***Co-Insurance*** *will not apply to* ***Treatment*** *relating to Renal dialysis/ Renal failure,* ***Cancer*** *or Organ Transplants.* | ▶ *Optional* |
| **37. Wellness, Optical and Vaccinations:**<br>*(i) Wellness: This* ***Benefit*** *is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including* ***Cancer*** *screening, BRCA I & II Test (where a direct family history exists), bone densitometry (once every five years for women aged 50+), cardiovascular examination, neurological examinations, vital sign (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). Well Child Tests (Up to 5 Years of age).*<br>*and/or*<br>*(ii) Optical* ***Benefits:*** *This* ***Benefit*** *also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Opthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, and Laser Eye Surgery and any complications, within the combined* ***Benefit*** *limits to a maximum USD300 per* ***Period of Cover*** *for an optical claim.*<br>*Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.*<br>*and/or*<br>*(iii)* ***Vaccinations****: Costs of drugs and consultations to administer all* ***Medically Necessary*** *basic immunisation and booster injections and any* ***Medically Necessary*** *travel* ***Vaccinations*** *and malaria prophylaxis.*<br>*For this* ***Benefit*** *exclusion 5.10 does not apply.*<br>*This* ***Benefit*** *can only be taken on WorldCare Essential if* ***You*** *select an optional* ***Out-Patient*** *Charges or* ***Out-Patient*** *Charges – Option 2.* | ▶ *Optional*<br>▶ *Combined limit Up to USD 500 per* ***Period of Cover*** |

| Additional Options for Group Plans | Essential |
|---|---|
| **38. Wellness and Vaccinations Option 3:**<br>*(i) Wellness: This **Benefit** is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including **Cancer** screening, BRCA I & II Test (where a direct family history exists), bone densitometry (once every five years for women aged 50+), cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). Well Child Tests (Up to 5 Years of age).*<br>*and/or*<br>*(ii) **Vaccinations**: Costs of drugs and consultations to administer all **Medically Necessary** basic immunisation and booster injections and any **Medically Necessary** travel **Vaccinations** and malaria prophylaxis.*<br>*For this **Benefit** exclusion 5.10 does not apply.*<br>*This **Benefit** can only be taken on WorldCare Essential if **You** select an optional **Out-Patient** Charges or **Out-Patient** Charges – Option 2.* | *Optional*<br>*Combined limit Up to USD 250 per **Period of Cover*** |
| **39. Medical History Disregarded:**<br>*Please note that the **Waiting Period** does not apply to the **Pregnancy Medical Conditions**, Dental Care or Hospital Cash (ii) **Benefits**, if Medical History Disregarded is selected.* | *Optional*<br>*For Compulsory **Group Plans** 10+ employees* |
| **40. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore:**<br>*As described in **Benefit** 2. i), but with a restriction to limit the **Hospital Accommodation** to ward or semi-private for **Hospital** admission in Indonesia and Singapore.*<br>*Choosing this option means that **Hospital** rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. **Hospital** rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.* | *Optional* |
| **41. Regional Cover Option: South East Asia (excluding Singapore)**<br>***Benefit** 18 **Emergency** Non-Elective Cover outside Area of Cover of the **Plan** wording is amended as follows:*<br>*For planned trips up to 30 days of duration. **Treatment** by a **Medical Practitioner** or **Specialist** starting within 24 hours of the **Emergency** event, required as a result of an **Accident** or the sudden beginning of a severe illness resulting in a **Medical Condition** that presents an immediate threat to the **Insured Person's** health.*<br>*Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit**.*<br>***Regional Cover: South East Asia (excluding Singapore).*** | *Optional*<br>***Accient**: Full Refund for **Accident** requiring **In-Patient** and **Day-Patient** care*<br>***Illness: In-Patient** and **Day-Patient** care up to USD 25,000 per **Period of Cover** **Out-Patient Treatment** in an **Accident** and **Emergency** Department in a **Hospital** up to USD 500 per **Period of Cover*** |

| Additional Options for Group Plans | Essential |
|---|---|
| **42. Extended Evacuation and Repatriation:** | |
| **Evacuation**<br>*Arrangements will be made to move an **Insured Person** who has a critical, life-threatening **Eligible Medical Condition** to the nearest medical facility, **Country of Residence**, **Country of Nationality** or the **Insured Member's** country of choice for the purpose of admission to **Hospital** as an **In-Patient** or **Day-Patient.*** | ***Pre-Authorisation*** ☎ |
| *Reasonable expenses for:* | |
| *(i) Transportation costs of an **Insured Person** in the event of **Emergency Treatment** and **Medically Necessary** transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.* | *(i)* ▶ *Full refund* |
| *(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when **Treatment** is being received as a **Day-Patient**.* | *(ii)* ▶ *Full refund* |
| *(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the **Hospital** to visit the **Insured Person** following admission as an **In-Patient.*** | *(iii)* ▶ *Full refund* |
| *(iv) Reasonable costs for non-**Hospital Accommodation** only for immediate pre and post-**Hospital** admission periods provided that the **Insured Person** is under the care of a **Specialist.*** | *(iv)* ▶ *Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per **Evacuation*** |
| *Costs of **Evacuation** do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.*<br>*The Insured Member's country of choice is subject to the availability of the appropriate medical facilities being in place. **Our** medical advisers will determine whether the selected country has the suitable medical facility to treat the Insured Member's **Eligible Medical Condition**. **Our** medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the **Evacuation** and this **Benefit** will not cover travel if it is against the advice of **Our** medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the **Eligible Medical Condition**.* | |
| **Repatriation**<br>*Following an **Evacuation** covered by **Us**, an economy class airfare ticket to return the **Insured Person** and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of **Treatment** or the **Insured Person's** principal **Country of Nationality** or principal **Country of Residence**, as long as the journey is made within one month of completion of **Treatment.** Reasonable cost of the above will be paid in full.*<br>***We** do not cover standalone repatriation.*<br>*Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit.*** | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>▶<br>*Full refund* |

| Deductible Options | Essential |
|---|---|
| **Standard Deductible** | *Nil* |
| **Optional Deductible:**<br>*Please note:*<br>***Deductibles** would apply to any **Medically Necessary Treatment** required under **Benefit** 19 and **Benefit** 42.* | *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 WorldCare Advance

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

| Benefit | Advance |
|---|---|
| **9. Pregnancy Medical Conditions:**<br>***In-Patient Treatment*** *of an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during the antenatal stages of* ***Pregnancy****, or an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during childbirth.* ***We*** *would only allow* ***Treatment*** *of the following as an* ***Eligible Medical Condition under this Benefit****:*<br>• *Ectopic* ***Pregnancy*** *(where the foetus is growing outside the womb)*<br>• *Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)*<br>• *Retained placenta (afterbirth retained in the womb)*<br>• *Placenta praevia*<br>• *Eclampsia (a coma or seizure during* ***Pregnancy*** *and following pre-eclampsia)*<br>• *Diabetes (If* ***You*** *have exclusions because of* ***Your*** *past medical history which relate to diabetes, then* ***You*** *will not be covered for any* ***Treatment*** *for diabetes during* ***Pregnancy****)*<br>• *Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)*<br>• *Miscarriage requiring immediate surgical* ***Treatment***<br>*This* ***benefit*** *does not provide any cover for voluntary or* ***Emergency*** *caesarean section procedures or 'failure to progress in labour' unless for one of the above* ***stated Eligible Medical Conditions****.*<br>***Waiting Period****: Costs Incurred within 12 months from the* ***Start Date*** *of the mother are excluded.* | *Full refund* |
| **10. New Born Cover:**<br>***In-Patient Treatment*** *of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an* ***Acute Condition*** *being suffered by a* ***New Born*** *baby of an* ***Insured Person*** *which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the* ***New Born*** *baby is added to the* ***Group Plan*** *within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.*<br>*In circumstances where* ***We*** *require details of the* ***New Born*** *baby's medical history before the baby is being added to the* ***Plan****,* ***We*** *reserve the right to apply particular restrictions to the cover* ***We*** *will offer.*<br>*Please refer to Section 6.5 - Adding* ***New Born*** *of this Members' Handbook for details.* | *Up to USD 100,000 per* ***Period of Cover*** |
| **11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:**<br>***Hospital Accommodation*** *costs relating to a* ***New Born*** *baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an* ***Insured Person****) while she is receiving* ***Eligible Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *in a* ***Hospital****.* | *Full refund* |
| **12. Congenital Disorder:**<br>***In-Patient Treatment*** *for a* ***Congenital Disorder****. In circumstances where a* ***Congenital Disorder*** *manifests itself in a* ***New Born*** *baby within 30 days of birth, cover for such* ***Medical Conditions*** *will be provided under* ***Benefit*** *10 but excluded from* ***Benefit*** *12 –* ***Congenital Disorders****.* | *Up to USD 100,000 per* ***Period of Cover*** |
| **13. Reconstructive Surgery:**<br>*Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an* ***Accident*** *or following a* ***Surgical Procedure*** *for an* ***Eligible Medical Condition****, which occurred after an* ***Insured Person's Entry Date*** *or* ***Start Date*** *whichever is later.* | *Full refund* |
| **14. Rehabilitation:**<br>*On the advice of a* ***Specialist*** *as an integral part of* ***Treatment*** *for a* ***Medical Condition*** *necessitating admission to a recognised* ***Rehabilitation*** *unit of a* ***Hospital****. Where the* ***Insured Person*** *was confined to a* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *for at least three consecutive days, and where a* ***Specialist*** *confirms in writing that* ***Rehabilitation*** *is required. Admission to a* ***Rehabilitation*** *unit must be made within 14 days of discharge from* ***Hospital****. Such* ***Treatment*** *should be under the direct supervision and control of a* ***Specialist*** *and would cover:*<br>*(i) Use of special* ***Treatment*** *rooms*<br>*(ii) Physical therapy fees*<br>*(iii) Speech therapy fees*<br>*(iv) Occupational therapy fees* | *Full refund up to 180 days per* ***Medical Condition*** |
| **15. In-Patient Emergency Dental Treatment:**<br>*This means* ***Emergency*** *restorative dental* ***Treatment*** *required to sound, natural teeth following an* ***Accident*** *which necessitates* ***Your*** *admission to* ***Hospital*** *for at least one night.*<br>*The dental* ***Treatment*** *must be received within 10 days of the* ***Accident****. This* ***Benefit*** *covers all costs incurred for* ***Treatment*** *made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:*<br>• *If the* ***Treatment*** *involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture,* ***We*** *will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality*<br>• *If implants are clinically needed* ***We*** *will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead*<br>*This* ***Benefit*** *also covers repair or reconstruction of dentures broken following an* ***Accident*** *that necessitates the* ***Insured Person****'s admission to a* ***Hospital*** *for at least one night, provided that such dentures were being worn at the time of the* ***Accident.*** | *Full refund* |

| Benefit | Advance |
|---|---|
| **16. In-Patient Psychiatric Treatment:**<br>***In-Patient Treatment*** *in a recognised Psychiatric unit of a* ***Hospital****. All* ***Treatment*** *must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>▶<br>*Full refund limited to 30 days per* ***Period of Cover*** |
| **17. Terminal Illness:**<br>*Palliative and Hospice Care: On diagnosis of a* ***Terminal*** *illness, costs for any* ***In-Patient****,* ***Day-Patient*** *or* ***Out-Patient Treatment*** *given on the advice of a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist*** *for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for* ***Hospital*** *or hospice accommodation, nursing care by a* ***Qualified Nurse*** *and prescribed* ***Drugs and Dressings*** *are covered.* | ▶<br>*Up to USD 50,000 lifetime limit* |
| **18. Emergency Non-Elective Cover outside Area of Cover:**<br>*For planned trips up to 30 days of duration.* ***Treatment*** *by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist*** *starting within 24 hours of the* ***Emergency*** *event, required as a result of an* ***Accident*** *or the sudden beginning of a severe illness resulting in a* ***Medical Condition*** *that presents an immediate threat to the* ***Insured Person's*** *health.*<br>*Charges relating to routine* ***Pregnancy*** *and* ***Pregnancy Medical Conditions*** *are specifically excluded from this* ***Benefit****.* | ▶<br>***Accident:*** *Full refund for* ***Accident*** *requiring* ***In-Patient*** *and* ***Day-Patient*** *care*<br>▶<br>*Illness:* ***In-Patient*** *and* ***Day-Patient*** *care up to USD 25,000 per* ***Period of Cover***<br>***Out-Patient Treatment*** *in an* ***Accident and Emergency*** *Department in a* ***Hospital*** *up to USD 500 per* ***Period of Cover*** |
| **19. Evacuation and Repatriation:**<br>**Evacuation**<br>*Arrangements will be made to move an* ***Insured Person*** *who has a critical, life-threatening* ***Eligible Medical Condition*** *to the nearest medical facility for the purpose of admission to* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient****.*<br>*Reasonable expenses for:*<br>*(i) Transportation costs of an* ***Insured Person*** *in the event of* ***Emergency Treatment*** *and* ***Medically Necessary*** *transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.*<br>*(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when* ***Treatment*** *is being received as a* ***Day-Patient****.*<br>*(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the* ***Hospital*** *to visit the* ***Insured Person*** *following admission as an* ***In-Patient****.*<br>*(iv) Reasonable costs for non-****Hospital Accommodation*** *only for immediate pre and post-****Hospital*** *admission periods provided that the* ***Insured Person*** *is under the care of a* ***Specialist****.*<br>*Costs of* ***Evacuation*** *do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.*<br>***Our*** *medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the* ***Evacuation*** *and this* ***Benefit*** *will not cover travel if it is against the advice of* ***Our*** *medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the* ***Eligible Medical Condition****.*<br>**Repatriation**<br>*Following an* ***Evacuation*** *covered by* ***Us****, an economy class airfare ticket to return the* ***Insured Person*** *and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of* ***Treatment*** *or the* ***Insured Person's*** *principal* ***Country of Nationality*** *or principal* ***Country of Residence****, as long as the journey is made within one month of completion of* ***Treatment****.*<br>***We*** *do not cover standalone repatriation.*<br>*Charges relating to routine* ***Pregnancy*** *and* ***Pregnancy Medical Conditions*** *are specifically excluded from this* ***Benefit.*** | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>*(i)* ▶<br>*Full refund*<br>*(ii)* ▶<br>*Full refund*<br>*(iii)* ▶<br>*Full refund*<br>*(iv)* ▶<br>*Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per* ***Evacuation***<br>***Pre-Authorisation*** ☎<br>▶<br>*Full refund* |
| **20. Mortal Remains:**<br>*In the event of death from an* ***Eligible Medical Condition****,* ***Reasonable and Customary Charges*** *for:*<br>*(i) Costs of transportation of body or ashes of an* ***Insured Person*** *to his/her* ***Country of Nationality*** *or* ***Country of Residence****, or*<br>*(ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>*(i)* ▶<br>*Full refund*<br>*(ii)* ▶<br>*Up to USD 10,000* |

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

| Benefit | Advance |
|---|---|
| **21. Hospital Cash Benefit:**<br>*i) This **Benefit** is payable when an **Insured Person** receives **In-Patient Treatment** and only if an **Insured Person** is admitted for **In-Patient Treatment** before midnight, and the **Treatment** is received free of charge that would have otherwise been **Eligible** for **Benefit** privately under this **Plan**.*<br>*This **Benefit** is not payable if the **Insured Person** is **Eligible** for Hospital Cash **Benefit** ii) **Major Elective Surgery**. This **Benefit** is limited to a minimum of 30 days between **Eligible** admissions, and up to a maximum of 5 admissions per policy year.*<br>*ii) This **Benefit** is payable when an **Insured Person** undergoes **Major Elective Surgery** and only if an **Insured Person** is admitted for **In-Patient Treatment** before midnight, and the **Treatment** is received free of charge that would have otherwise been **Eligible** for **Benefit** privately under this **Plan.***<br>*This **Benefit** is subject to pre-approval and subject to a minimum of 30 days between **Eligible** admissions, and up to a maximum of 3 admissions per policy year.*<br>*For this **Benefit** exclusion 5.10 does not apply. This **Benefit** is not payable if **your** admission and this **Benefit** is not pre-approved. This **Benefit** is not **Eligible** if **You** are admitted for an **Accident** and **Emergency**.*<br>***Waiting Period**: Cover only available after nine months of continuous membership.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>▶<br>*i) Up to USD 200 per* admission<br>*ii) Up to USD 1,000 per **Major Elective Surgery*** |
| **22. Out-Patient Charges:**<br>*(i) **Medical Practitioner** fees including consultations; **Specialist** fees; **Diagnostic Tests**; prescribed **Drugs and Dressings**.*<br>*(ii) Teleconsultation (Virtual Doctor appointments via electronic means).*<br>*Costs associated with **Eligible Treatment** will be paid in full where **Treatment** is received from **Medical Providers** listed in the **Now Health International Provider Network**.*<br>***Treatment** that is not received in the **Now Health International Provider Network** will pay **Reasonable and Customary Charges**.*<br>*No **Out-Patient Co-Insurance** or **Out Patient visit Excess** is applicable.*<br>*(iii) **Vitamins and Minerals**:*<br>*Vitamins and Minerals as prescribed by a **Medical Practitioner**. Vitamins, minerals and eye lubricants prescribed for a diagnosed deficiency will be paid as per the **Out-Patient Benefit**.*<br>*Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this **Benefit**.* | *(i) and (ii)*<br>▶<br>*Full refund*<br>*(iii)*<br>▶<br>*Up to USD 150 per **Period of Cover*** |
| **23. Menopause Hormone Replacement Therapy:**<br>*The cost of Hormone Replacement Therapy when required to alleviate the symptoms of the early onset of menopause where onset and **Treatment** commence below the age of 40 years.* | ▶<br>*Up to USD 500 per **Period of Cover*** |
| **24. Day-Patient or Out-Patient Surgery:**<br>***Treatment** costs for a **Surgical Procedure** performed in a surgery, **Hospital**, day-care facility or **Out-Patient** department. Any pre or post-operative consultations are payable under **Benefit** 22 – **Out-Patient** charges.* | ▶<br>*Full refund* |
| **25. Out-Patient Psychiatric Illness:**<br>***Out-Patient Treatment** aadministered by a Registered Psychologist and/or a Registered Psychiatrist, subject to 10 sessions and the cost limit under this section.*<br>*For the first 5 sessions **You** 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 **Treatment Plan** with a **Medical Practitioner** or **Specialis**.* | ▶<br>*Up to USD 2,500 and subject to a maximum of 10 sessions per **Period of Cover*** |
| **26. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies:**<br>*(i) Physiotherapy by a Registered **Physiotherapist**.*<br>*(ii) Complementary medicine and **Treatment** by a therapist. This **Benefit** extends to osteopaths, chiropodists and podiatrists, chiropractors, homeopaths, dietician, and acupuncture **Treatment** but excludes **Physiotherapist** covered in (i).*<br>***You** may choose 5 sessions for any combination of **Benefits** in aggregate in a given **Period of Cover** for **Benefits** (i) and (ii) excluding dietician without the need of referral; any subsequent sessions need to be referred by a **Medical Practitioner** or **Specialist**.*<br>*Please note that sessions must be conducted at a recognised medical facility or an approved healthcare center. Home-based sessions are not covered.* | *(i)*<br>▶<br>*Full refund up to a maximum 30 sessions per **Period of Cover***<br>*(ii)*<br>▶<br>*Full refund up to a maximum of 30 visits per **Period of Cover***<br>***Pre-Authorisation for (i) and (ii) after every 10 visits*** ☎ |

| Benefit | Advance |
|---|---|
| **27. Out-Patient Traditional Chinese Medicine and Ayurvedic Medicine:**<br>***Out-Patient Treatment*** *for therapies administered by a recognised Traditional Chinese* ***Medical Practitioner*** *or an Ayurvedic* ***Medical Practitioner***.<br>*All claims to include diagnosis, consultation fee,* ***Treatment*** *type,* ***Treatment*** *fee, prescription including detailed medication and number of doses.*<br>*Exclusion 5.35 applies.* | ▶ *Up to USD 1,000 per* ***Period of Cover*** |
| **28. Nursing Care at Home:**<br>*(i) Care given by* ***Qualified Nurse*** *in the* ***Insured Person's*** *own home, which is immediately received subsequent to* ***Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient*** *on the recommendation of a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist***.<br>*(ii)* ***Medical Practitioner*** *(GP) home visits for an* ***Emergency*** *GP home call-out during out of normal clinic hours.* | *(i)* ▶ *Full refund up to 45 days per* ***Medical Condition***<br>***Pre-Authorisation for (i)*** ☎<br>*(ii)* ▶ *Not covered* |
| **29. AIDS:**<br>*Medical expenses, which arise from or are in any way related to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or HIV related illnesses, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) and/or any mutant derivative or variations thereof. As result of proven occupation* ***Accident***** or blood transfusion**. Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition,* ***Drugs and Dressings*** *(except experimental or those unproven),* ***Hospital Accommodation*** *and nursing fees.*<br>* *For members of emergency services, medical or dental professions, laboratory assistants, pharmacist or an employee in a medical facility that provides evidence that they contracted the HIV infection accidentally while carrying out normal duties of their occupation; and they contracted the HIV infection three years after the* ***Entry Date*** *or* ***Start Date****, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the* ***Insured Person's*** *occupation; and a test showing no HIV or antibodies to such a virus was made within five days of the incident; and a positive HIV test occurred within 12 months of the reported occupational* ***Accident***.<br>** *As long as the blood transfusion was received as an* ***In-Patient*** *as part of* ***Medically Necessary Treatment***.<br>***Waiting Period****: Cover only available after three years of continuous membership.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>▶ *Up to USD 25,000 per* ***Period of Cover*** |

| Options to Core Benefits | Advance |
|---|---|
| **30. USA Elective Treatment:**<br>*(i) Costs associated with* ***Eligible In-Patient*** *and* ***Day-Patient Treatment*** *in the USA will be paid in full where* ***Treatment*** *is received in a* ***Hospital*** *listed in the* ***Now Health International Provider Network***.<br>*(ii) Costs associated with* ***Eligible Out-Patient Treatment*** *in the USA will be paid up to* ***Your Out-Patient Benefit*** *limit.*<br>***In-Patient*** *and* ***Day-Patient Treatment*** *that is not received in the* ***Now Health International Provider Network*** *will be subject to a 50%* ***Co-Insurance***.<br>*This option is not available if* ***You*** *have selected an optional* ***Regional Cover***. | ***Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment*** ☎<br>▶ *Optional*<br>*Up to USD 1.5m per* ***Insured Person*** *per* ***Period of Cover*** |
| **31. Co-Insurance Out-Patient Treatment:**<br>*A 10%* ***Co-Insurance*** *will apply to all* ***Eligible Out-Patient Treatment***. *Should* ***Your Plan*** *include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and* ***Vaccinations Benefits****, any applicable* ***Co-Insurance*** *will be detailed in* ***Your Benefit Schedule.***<br>*Please note that the* ***Co-Insurance*** *will not apply to* ***Treatment*** *relating to Renal dialysis/ Renal failure,* ***Cancer*** *or Organ Transplants.* | ▶ *Optional* |
| **32. Co-Insurance Out-Patient Treatment Option 2:**<br>*A 20%* ***Co-Insurance*** *will apply to all* ***Eligible Out-Patient Treatment***. *Should* ***Your Plan*** *include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and* ***Vaccinations Benefits****, any applicable* ***Co-Insurance*** *will be detailed in* ***Your Benefit Schedule***.<br>*Please note that the* ***Co-Insurance*** *will not apply to* ***Treatment*** *relating to Renal dialysis/ Renal failure,* ***Cancer*** *or Organ Transplants.* | ▶ *Optional* |

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

| Additional Options for Group Plans | Advance |
|---|---|
| **33. Wellness, Optical and Vaccinations:**<br>*(i) Wellness: This **Benefit** is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including **Cancer** screening, BRCA I & II Test (where a direct family history exists), bone densitometry (once every five years for women aged 50+), cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). Well Child Tests (Up to 5 Years of age).*<br>*and/or*<br>*(ii) Optical **Benefits**: This **Benefit** also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Opthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, and Laser Eye Surgery and any complications, within the combined **Benefit** limits to a maximum USD 300 per **Period of Cover** for an optical claim.*<br>*Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.*<br>*and/or*<br>*(iii) **Vaccinations**: Costs of drugs and consultations to administer all **Medically Necessary** basic immunisation and booster injections and any **Medically Necessary** travel **Vaccinations** and malaria prophylaxis.*<br>*For this **Benefit** exclusion 5.10 does not apply.* | *Optional*<br>*For Compulsory **Group Plans** 3+ employees*<br>*Combined limit Up to USD 500 per **Period of Cover*** |
| **34. Wellness, Optical and Vaccinations Option 2:**<br>*(i) Wellness: This **Benefit** is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including **Cancer** screening, BRCA I & II Test (where a direct family history exists), bone densitometry (once every five years for women aged 50+), cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). Well Child Tests (up to 5 Years of age).*<br>*and/or*<br>*(ii) Optical **Benefits**: This **Benefit** also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Opthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, and Laser Eye Surgery and any complications, within the combined **Benefit** limits to a maximum USD 600 per **Period of Cover** for an optical claim.*<br>*Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.*<br>*and/or*<br>*(iii) **Vaccinations**: Costs of drugs and consultations to administer all **Medically Necessary** basic immunisation and booster injections and any **Medically Necessary** travel **Vaccinations** and malaria prophylaxis.*<br>*For this **Benefit** exclusion 5.10 does not apply.* | *Optional*<br>*For Compulsory **Group Plans** 3+ employees*<br>*Combined limit Up to USD 1,000 per **Period of Cover*** |
| **35. Wellness and Vaccinations Option 3:**<br>*(i) Wellness: This **Benefit** is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including **Cancer** screening, BRCA I & II Test (where a direct family history exists), bone densitometry (once every five years for women aged 50+), cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). Well Child Tests (Up to 5 Years of age).*<br>*and/or*<br>*(ii) **Vaccinations**: Costs of drugs and consultations to administer all **Medically Necessary** basic immunisation and booster injections and any **Medically Necessary** travel **Vaccinations** and malaria prophylaxis.*<br>*For this **Benefit** exclusion 5.10 does not apply.* | *Optional*<br>*Combined limit Up to USD 250 per **Period of Cover*** |
| **36. Medical History Disregarded:**<br>*Please note that the **Waiting Period** does not apply to either the **Pregnancy Medical Conditions**, Maternity, Dental Care or Hospital Cash (ii) **Benefits**, if Medical History Disregarded is selected.* | *Optional*<br>*For Compulsory **Group Plans** 10+ employees* |

| Additional Options for Group Plans | Advance |
|---|---|
| **37. Dental Care:**<br>*(i) Routine dental **Treatment**: Fees of a registered **Dental Practitioner** carrying out routine dental **Treatment** in a dental surgery. Routine dental **Treatment** means:*<br>*– Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including x-rays where necessary,*<br>*– Preventative scaling, polishing, and sealing (twice per year),*<br>*– Fillings (standard amalgams or composite fillings) and extractions,*<br>*– Root-canal **Treatment** (but not fitting of a crown following root-canal **Treatment**), and*<br>*– Prescribed **Drugs and Dressings**.*<br>*No other **Treatment** is covered under the routine dental **Treatment Benefit**.*<br>***Waiting Period**: Costs incurred within nine months from the **Entry Date** are excluded.*<br>*A **Co-Insurance** of 20% applies.*<br>*For this **Benefit** the **Group Plan Deductible** or **Group Plan Out-Patient Per Visit Excess** does not apply.*<br>*(ii) **Complex Dental Treatment**: Fees of a registered **Dental Practitioner** and associated costs for the following procedures: **Eligible** complex dental **Treatment**: including for example: **Apicoectomy** done to treat the following – Fractured tooth root; A severely curved tooth root; teeth with caps or posts; Cyst or infection which is untreatable with root-canal therapy; Root perforations; New or repair of crowns, dentures, in lays and bridges. Recurrent pain and infection; Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays. Calcification; Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery; Dental implant; and prescribed **Drugs and Dressings**.*<br>*No other **Treatment** is covered under this **Benefit**.*<br>***Waiting Period**: Costs incurred within nine months from the **Entry Date** are excluded.*<br>*A **Co-Insurance** of 20% applies.*<br>*A 50% **Co-Insurance** applies in respect of all orthodontic **Treatment**.*<br>*For this **Benefit** the **Group Plan Deductible** or **Group Plan Out-Patient Per Visit Excess** does not apply* | *Optional*<br>*For Compulsory **Group Plans** 10+ employees*<br>*(i) Up to USD 500 per **Period of Cover***<br>*(ii) Up to USD 1,000 per **Period of Cover*** |
| **38. Maternity (No Co-Insurance):**<br>***Medically Necessary** costs incurred during **Pregnancy** and childbirth for pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or voluntary or emergency caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/ check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a **Medical Practitioner** or **Specialist**. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.*<br>***Waiting Period**: Costs incurred within 12 months from the **Start Date** are excluded.*<br>*Please note, **We** do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.*<br>*Claims for any caesarean sections are only recoverable from us if you have a maternity **Benefit** as part of your policy. They are not covered by any other **Benefit**.*<br>*The **Group Plan Deductible** applies to this **Benefit.*** | *Optional*<br>*For Compulsory **Group Plans** 10+ employees*<br>*Up to USD 8,500 limit per **Period of Cover*** |
| **39. Maternity (20% Co-Insurance):**<br>***Medically Necessary** costs incurred during **Pregnancy** and childbirth for pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or voluntary or emergency caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/ check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a **Medical Practitioner** or **Specialist**. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.*<br>***Waiting Period**: Costs incurred within 12 months from the **Start Date** are excluded.*<br>*A **Co-Insurance** of 20% applies.*<br>*Please note, **We** do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.*<br>*Claims for any caesarean sections are only recoverable from us if you have a maternity **Benefit** as part of your policy. They are not covered by any other **Benefit**.*<br>*The **Group Plan Deductible** applies to this **Benefit.*** | *Optional*<br>*For Compulsory **Group Plans** 10+ employees*<br>*Up to USD 8,500 limit per **Period of Cover*** |
| **40. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore:**<br>*As described in **Benefit** 2. i), but with a restriction to limit the **Hospital Accommodation** to ward or semi-private for **Hospital** admission in Indonesia and Singapore.*<br>*Choosing this option means that **Hospital** rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. **Hospital** rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.* | *Optional* |

Full refund | Not covered | Subject to limits | Optional

| Additional Options for Group Plans | Advance |
|---|---|
| **41. Regional Cover Option: South East Asia (excluding Singapore)**<br>***Benefit*** *18* ***Emergency*** *Non-Elective Cover outside Area of Cover of the* ***Plan*** *wording is amended as follows:*<br>*For planned trips up to 30 days of duration.* ***Treatment*** *by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist*** *starting within 24 hours of the* ***Emergency*** *event, required as a result of an* ***Accident*** *or the sudden beginning of a severe illness resulting in a* ***Medical Condition*** *that presents an immediate threat to the* ***Insured Person's*** *health.*<br>*Charges relating to routine* ***Pregnancy*** *and* ***Pregnancy Medical Conditions*** *are specifically excluded from this* ***Benefit****.*<br>***Regional Cover: South East Asia (excluding Singapore).*** | *Optional*<br>***Accient****: Full Refund for* ***Accident*** *requiring* ***In-Patient*** *and* ***Day-Patient*** *care*<br>***Illness: In-Patient*** *and* ***Day-Patient*** *care up to USD 25,000 per* ***Period of Cover*** ***Out-Patient Treatment*** *in an* ***Accident*** *and* ***Emergency*** *Department in a* ***Hospital*** *up to USD 500 per* ***Period of Cover*** |
| **42. Removal of Dental Co-Insurance:**<br>*No* ***Co-Insurance*** *will be applied to Dental Care.* | *Optional*<br>*For Compulsory* ***Group Plans*** *10+ employees* |
| **43. Extended Evacuation and Repatriation:**<br>**Evacuation**<br>*Arrangements will be made to move an* ***Insured Person*** *who has a critical, life-threatening* ***Eligible Medical Condition*** *to the nearest medical facility,* ***Country of Residence****,* ***Country of Nationality*** *or the Insured Member's country of choice for the purpose of admission to* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient.***<br>*Reasonable expenses for:*<br>*(i) Transportation costs of an* ***Insured Person*** *in the event of* ***Emergency Treatment*** *and* ***Medically Necessary*** *transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.*<br>*(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when* ***Treatment*** *is being received as a* ***Day-Patient.***<br>*(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the* ***Hospital*** *to visit the* ***Insured Person*** *following admission as an* ***In-Patient****.*<br>*(iv) Reasonable costs for non-* ***Hospital Accommodation*** *only for immediate pre and post-* ***Hospital*** *admission periods provided that the* ***Insured Person*** *is under the care of a* ***Specialist****.*<br>*Costs of* ***Evacuation*** *do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.*<br>*The Insured Member's country of choice is subject to the availability of the appropriate medical facilities being in place.* ***Our*** *medical advisers will determine whether the selected country has the suitable medical facility to treat the Insured Member's* ***Eligible Medical Condition****.* ***Our*** *medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the* ***Evacuation*** *and this* ***Benefit*** *will not cover travel if it is against the advice of* ***Our*** *medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the* ***Eligible Medical Condition****.*<br>**Repatriation**<br>*Following an* ***Evacuation*** *covered by* ***Us****, an economy class airfare ticket to return the* ***Insured Person*** *and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of* ***Treatment*** *or the* ***Insured Person's*** *principal* ***Country of Nationality*** *or principal* ***Country of Residence****, as long as the journey is made within one month of completion of* ***Treatment.*** *Reasonable cost of the above will be paid in full.*<br>***We*** *do not cover standalone repatriation.*<br>*Charges relating to routine* ***Pregnancy*** *and* ***Pregnancy Medical Conditions*** *are specifically excluded from this* ***Benefit.*** | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>*Optional*<br>*(i) Full refund*<br>*(ii) Full refund*<br>*(iii) Full refund*<br>*(iv) Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per* ***Evacuation***<br>***Pre-Authorisation*** ☎<br>*Full refund* |

Full refund  Not covered  Subject to limits  Optional

| Out-Patient Per Visit Excess Options | Advance |
|---|---|
| **Out-Patient Per Visit Excess:**<br>*A USD 25* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will apply when* ***You*** *receive* ***Eligible Out-Patient Treatment*** *inside and outside of the* ***Now Health International Provider Network****.*<br>*Please note:*<br>*If* ***Your Group Plan*** *also includes Dental care* ***Benefit****, as detailed in* ***Your Benefit Schedule****,*<br>*no* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will be applicable.*<br>*Please note that the* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will not apply to Consultation relating to Renal dialysis/Renal failure,* ***Cancer*** *or Organ Transplants.* | ▶ *Optional*<br>*USD 25* |
| **Out-Patient Per Visit Excess – Option 2:**<br>*A USD 15* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will apply when* ***You*** *receive* ***Eligible Out-Patient Treatment*** *inside and outside the* ***Now Health International Provider Network****.*<br>*Please note:*<br>*If* ***Your Group Plan*** *also includes Dental care* ***Benefit,*** *as detailed in* ***Your Benefit Schedule****,*<br>*no* ***Out–Patient Per Visit Excess*** *will be applicable.*<br>*Please note that the* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will not apply to Consultation relating to Renal dialysis/Renal failure,* ***Cancer*** *or Organ Transplants.* | ▶ *Optional*<br>*USD 15* |

| Deductible Options | Advance |
|---|---|
| **Standard Deductible** | *Nil* |
| **Optional Deductible:**<br>*Please note:*<br>*If* ***You*** *choose an optional* ***Deductible, You*** *must also select either a* ***Co-Insurance Out-Patient Treatment*** *Option or a* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *Option.*<br>***Deductibles*** *would apply to any* ***Medically Necessary Treatment*** *required under* ***Benefit*** *19 and* ***Benefit*** *43.* | *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* |

## 4.3.3 WorldCare Excel

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

| Benefit | Excel |
|---|---|
| **9. Pregnancy Medical Conditions:**<br>***In-Patient Treatment*** *of an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during the antenatal stages of* ***Pregnancy****, or an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during childbirth.* ***We*** *would only allow* ***Treatment*** *of the following as an* ***Eligible Medical Condition under this Benefit****:*<br>• *Ectopic* ***Pregnancy*** *(where the foetus is growing outside the womb)*<br>• *Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)*<br>• *Retained placenta (afterbirth retained in the womb)*<br>• *Placenta praevia*<br>• *Eclampsia (a coma or seizure during* ***Pregnancy*** *and following pre-eclampsia)*<br>• *Diabetes (If* ***You*** *have exclusions because of* ***Your*** *past medical history which relate to diabetes, then* ***You*** *will not be covered for any* ***Treatment*** *for diabetes during* ***Pregnancy****)*<br>• *Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)*<br>• *Miscarriage requiring immediate surgical* ***Treatment***<br>*This* ***benefit*** *does not provide any cover for voluntary or* ***Emergency*** *caesarean section procedures or 'failure to progress in labour' unless for one of the above* ***stated Eligible Medical Conditions****.*<br>***Waiting Period****: Costs Incurred within 12 months from the* ***Start Date*** *of the mother are excluded.* | ▶ *Full refund* |
| **10. New Born Cover:**<br>***In-Patient Treatment*** *of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an* ***Acute Condition*** *being suffered by a* ***New Born*** *baby of an* ***Insured Person*** *which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the* ***New Born*** *baby is added to the* ***Group Plan*** *within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.*<br>*In circumstances where* ***We*** *require details of the* ***New Born*** *baby's medical history before the baby is being added to the* ***Plan****,* ***We*** *reserve the right to apply particular restrictions to the cover* ***We*** *will offer.*<br>*Please refer to Section 6.5 - Adding* ***New Born*** *of this Members' Handbook for details.* | ▶ *Up to USD 125,000 per* ***Period of Cover*** |
| **11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:**<br>***Hospital Accommodation*** *costs relating to a* ***New Born*** *baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an* ***Insured Person****) while she is receiving* ***Eligible Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *in a* ***Hospital****.* | ▶ *Full refund* |
| **12. Congenital Disorder:**<br>***In-Patient Treatment*** *for a* ***Congenital Disorder****. In circumstances where a* ***Congenital Disorder*** *manifests itself in a* ***New Born*** *baby within 30 days of birth, cover for such* ***Medical Conditions*** *will be provided under* ***Benefit*** *10 but excluded from* ***Benefit*** *12 –* ***Congenital Disorders****.* | ▶ *Up to USD 125,000 per* ***Period of Cover*** |
| **13. Reconstructive Surgery:**<br>*Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an* ***Accident*** *or following a* ***Surgical Procedure*** *for an* ***Eligible Medical Condition****, which occurred after an* ***Insured Person's Entry Date*** *or* ***Start Date*** *whichever is later.* | ▶ *Full refund* |
| **14. Rehabilitation:**<br>*On the advice of a* ***Specialist*** *as an integral part of* ***Treatment*** *for a* ***Medical Condition*** *necessitating admission to a recognised* ***Rehabilitation*** *unit of a* ***Hospital****. Where the* ***Insured Person*** *was confined to a* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *for at least three consecutive days, and where a* ***Specialist*** *confirms in writing that* ***Rehabilitation*** *is required. Admission to a* ***Rehabilitation*** *unit must be made within 14 days of discharge from* ***Hospital****. Such* ***Treatment*** *should be under the direct supervision and control of a* ***Specialist*** *and would cover:*<br>*(i) Use of special* ***Treatment*** *rooms*<br>*(ii) Physical therapy fees*<br>*(iii) Speech therapy fees*<br>*(iv) Occupational therapy fees* | ▶ *Full refund* |
| **15. In-Patient Emergency Dental Treatment:**<br>*This means* ***Emergency*** *restorative dental* ***Treatment*** *required to sound, natural teeth following an* ***Accident*** *which necessitates* ***Your*** *admission to* ***Hospital*** *for at least one night.*<br>*The dental* ***Treatment*** *must be received within 10 days of the* ***Accident****. This* ***Benefit*** *covers all costs incurred for* ***Treatment*** *made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:*<br>• *If the* ***Treatment*** *involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture,* ***We*** *will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality*<br>• *If implants are clinically needed* ***We*** *will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead*<br>*This* ***Benefit*** *also covers repair or reconstruction of dentures broken following an* ***Accident*** *that necessitates the* ***Insured Person****'s admission to a* ***Hospital*** *for at least one night, provided that such dentures were being worn at the time of the* ***Accident.*** | ▶ *Full refund* |
| **16. In-Patient Psychiatric Treatment:**<br>***In-Patient Treatment*** *in a recognised Psychiatric unit of a* ***Hospital****. All* ***Treatment*** *must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>▶ *Full refund limited to 30 days per* ***Period of Cover*** |
| **17. Terminal Illness:**<br>*Palliative and Hospice Care: On diagnosis of a* ***Terminal*** *illness, costs for any* ***In-Patient****,* ***Day-Patient*** *or* ***Out-Patient Treatment*** *given on the advice of a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist*** *for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for* ***Hospital*** *or hospice accommodation, nursing care by a* ***Qualified Nurse*** *and prescribed* ***Drugs and Dressings*** *are covered.* | ▶ *Up to USD 75,000 lifetime limit* |

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

| Benefit | Excel |
|---|---|
| **18. Emergency Non-Elective Cover outside Area of Cover:**<br>*For planned trips up to 30 days of duration. **Treatment** by a **Medical Practitioner** or **Specialist** starting within 24 hours of the **Emergency** event, required as a result of an **Accident** or the sudden beginning of a severe illness resulting in a **Medical Condition** that presents an immediate threat to the **Insured Person's** health.*<br>*Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit.*** | ▶<br>***Accident:** Full refund for **Accident** requiring **In-Patient** and **Day-Patient** care*<br>▶<br>*Illness: **In-Patient** and **Day-Patient** care up to USD 35,000 per **Period of Cover***<br>***Out-Patient Treatment** in an **Accident and Emergency** Department in a **Hospital** up to USD 500 per **Period of Cover*** |
| **19. Evacuation and Repatriation:**<br>**Evacuation**<br>*Arrangements will be made to move an **Insured Person** who has a critical, life-threatening **Eligible Medical Condition** to the nearest medical facility for the purpose of admission to **Hospital** as an **In-Patient** or **Day-Patient**.*<br>*Reasonable expenses for:*<br>*(i) Transportation costs of an **Insured Person** in the event of **Emergency Treatment** and **Medically Necessary** transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.*<br>*(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when **Treatment** is being received as a **Day-Patient**.*<br>*(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the **Hospital** to visit the **Insured Person** following admission as an **In-Patient**.*<br>*(iv) Reasonable costs for non-**Hospital Accommodation** only for immediate pre and post-**Hospital** admission periods provided that the **Insured Person** is under the care of a **Specialist**.*<br>*Costs of **Evacuation** do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.*<br>***Our** medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the **Evacuation** and this **Benefit** will not cover travel if it is against the advice of **Our** medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the **Eligible Medical Condition**.*<br>**Repatriation**<br>*Following an **Evacuation** covered by **Us**, an economy class airfare ticket to return the **Insured Person** and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of **Treatment** or the **Insured Person's** principal **Country of Nationality** or principal **Country of Residence**, as long as the journey is made within one month of completion of **Treatment**.*<br>***We** do not cover standalone repatriation.*<br>*Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit.*** | ***Pre-Authorisation** ☎*<br>*(i)* ▶ *Full refund*<br>*(ii)* ▶ *Full refund*<br>*(iii)* ▶ *Full refund*<br>*(iv)* ▶<br>*Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per **Evacuation***<br>***Pre-Authorisation** ☎*<br>▶ *Full refund* |
| **20. Mortal Remains:**<br>*In the event of death from an **Eligible Medical Condition**, **Reasonable and Customary Charges** for:*<br>*(i) Costs of transportation of body or ashes of an **Insured Person** to his/her **Country of Nationality** or **Country of Residence**, or*<br>*(ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.* | ***Pre-Authorisation** ☎*<br>*(i)* ▶ *Full refund*<br>*(ii)* ▶<br>*Up to USD 15,000* |

| Benefit | Excel |
|---|---|
| **21. Hospital Cash Benefit:**<br>*i) This **Benefit** is payable when an **Insured Person** receives **In-Patient Treatment** and only if an **Insured Person** is admitted for **In-Patient Treatment** before midnight, and the **Treatment** is received free of charge that would have otherwise been **Eligible** for **Benefit** privately under this **Plan**.*<br>*This **Benefit** is not payable if the **Insured Person** is **Eligible** for Hospital Cash **Benefit** ii) **Major Elective Surgery**. This **Benefit** is limited to a minimum of 30 days between **Eligible** admissions, and up to a maximum of 5 admissions per policy year.*<br>*ii) This **Benefit** is payable when an **Insured Person** undergoes **Major Elective Surgery** and only if an **Insured Person** is admitted for **In-Patient Treatment** before midnight, and the **Treatment** is received free of charge that would have otherwise been **Eligible** for **Benefit** privately under this **Plan.***<br>*This **Benefit** is subject to pre-approval and subject to a minimum of 30 days between **Eligible** admissions, and up to a maximum of 3 admissions per policy year.*<br>*For this **Benefit** exclusion 5.10 does not apply. This **Benefit** is not payable if **your** admission and this **Benefit** is not pre-approved. This **Benefit** is not **Eligible** if **You** are admitted for an* **Accident** *and **Emergency**.*<br>***Waiting Period**: Cover only available after nine months of continuous membership.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>▶<br>*i) Up to USD 200 per* admission<br>*ii) Up to USD 1,000 per **Major Elective Surgery*** |
| **22. Out-Patient Charges:**<br>*(i) **Medical Practitioner** fees including consultations; **Specialist** fees; **Diagnostic Tests**; prescribed **Drugs and Dressings**.*<br>*(ii) Teleconsultation (Virtual Doctor appointments via electronic means).*<br>*Costs associated with **Eligible Treatment** will be paid in full where **Treatment** is received from **Medical Providers** listed in the **Now Health International Provider Network**.*<br>*Treatment that is not received in the **Now Health International Provider Network** will pay **Reasonable and Customary Charges**.*<br>*No **Out-Patient Co-Insurance** or **Out Patient visit Excess** is applicable.*<br>*(iii) **Vitamins and Minerals**:*<br>*Vitamins and Minerals as prescribed by a **Medical Practitioner**. Vitamins, minerals and eye lubricants prescribed for a diagnosed deficiency will be paid as per the **Out-Patient Benefit**.*<br>*Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this **Benefit**.* | *(i) and (ii)*<br>▶<br>*Full refund*<br>*(iii)*<br>▶<br>*Up to USD 150 per **Period of Cover*** |
| **23. Menopause Hormone Replacement Therapy:**<br>*The cost of Hormone Replacement Therapy when required to alleviate the symptoms of the early onset of menopause where onset and **Treatment** commence below the age of 40 years.* | ▶<br>*Up to USD 600 per **Period of Cover*** |
| **24. Day-Patient or Out-Patient Surgery:**<br>***Treatment** costs for a **Surgical Procedure** performed in a surgery, **Hospital**, day-care facility or **Out-Patient** department. Any pre or post-operative consultations are payable under **Benefit** 22 – **Out-Patient** charges.* | ▶<br>*Full refund* |
| **25. Out Patient Psychiatric Illness:**<br>***Out-Patient Treatment** administered by a Registered Psychologist and/or a Registered Psychiatrist, subject to 15 sessions and the cost limit under this section.*<br>*For the first 5 sessions **You** 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 **Treatment Plan** with a **Medical Practitioner** or **Specialist**.* | ▶<br>*Up to USD 5,000 and subject to a maximum of 15 sessions per **Period of Cover*** |
| **26. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies:**<br>*(i) Physiotherapy by a Registered **Physiotherapist**.*<br>*(ii) Complementary medicine and **Treatment** by a therapist. This **Benefit** extends to osteopaths, chiropodists and podiatrists, chiropractors, homeopaths, dietician, and acupuncture **Treatment** but excludes **Physiotherapist** covered in (i).*<br>***You** may choose 5 sessions for any combination of **Benefits** in aggregate in a given **Period of Cover** for **Benefits** (i) and (ii) excluding dietician without the need of referral; any subsequent sessions need to be referred by a **Medical Practitioner** or **Specialist**.*<br>*Please note that sessions must be conducted at a recognised medical facility or an approved healthcare center. Home-based sessions are not covered.* | *(i)*<br>▶<br>*Full refund*<br>*(ii)*<br>▶<br>*Full refund*<br>***Pre-Authorisation for (i) and (ii) after every 10 sessions*** ☎ |

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

| Benefit | Excel |
|---|---|
| **27. Out-Patient Traditional Chinese Medicine and Ayurvedic Medicine:**<br>***Out-Patient Treatment*** *for therapies administered by a recognised Traditional Chinese* ***Medical Practitioner*** *or an Ayurvedic* ***Medical Practitioner***.<br>*All claims to include diagnosis, consultation fee,* ***Treatment*** *type,* ***Treatment*** *fee, prescription including detailed medication and number of doses.*<br>*Exclusion 5.35 applies.* | ▶ *Up to USD 1,500 per* ***Period of Cover*** |
| **28. Nursing Care at Home:**<br>*(i) Care given by* ***Qualified Nurse*** *in the* ***Insured Person's*** *own home, which is immediately received subsequent to* ***Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient*** *on the recommendation of a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist***.<br>*(ii)* ***Medical Practitioner*** *(GP) home visits for an* ***Emergency*** *GP home call-out during out of normal clinic hours.* | *(i)* ▶ *Full refund up to 60 days per* ***Medical Condition Pre-Authorisation for (i)*** ☎<br>*(ii)* ▶ *Not Covered* |
| **29. AIDS:**<br>*Medical expenses, which arise from or are in any way related to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or HIV related illnesses, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) and/or any mutant derivative or variations thereof. As result of proven occupation* ***Accident***** or blood transfusion**. Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition,* ***Drugs and Dressings*** *(except experimental or those unproven),* ***Hospital Accommodation*** *and nursing fees.*<br>* *For members of emergency services, medical or dental professions, laboratory assistants, pharmacist or an employee in a medical facility that provides evidence that they contracted the HIV infection accidentally while carrying out normal duties of their occupation; and they contracted the HIV infection three years after the* ***Entry Date*** *or* ***Start Date****, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the* ***Insured Person's*** *occupation; and a test showing no HIV or antibodies to such a virus was made within five days of the incident; and a positive HIV test occurred within 12 months of the reported occupational* ***Accident***.<br>** *As long as the blood transfusion was received as an* ***In-Patient*** *as part of* ***Medically Necessary Treatment***.<br>***Waiting Period****: Cover only available after three years of continuous membership.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>▶ *Up to USD 40,000 per* ***Period of Cover*** |
| **30. Dental Care:**<br>*(i) Routine dental* ***Treatment****: Fees of a registered* ***Dental Practitioner*** *carrying out routine dental* ***Treatment*** *in a dental surgery. Routine dental* ***Treatment*** *means:*<br>*– Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including x-rays where necessary,*<br>*– Preventive scaling, polishing, and sealing (twice per year),*<br>*– Fillings (standard amalgam or composite fillings) and extractions,*<br>*– Root-canal* ***Treatment*** *(but not the fitting of a crown following root-canal* ***Treatment****), and*<br>*– Prescribed* ***Drugs and Dressings***.<br>*No other* ***Treatment*** *is covered under the routine dental* ***Treatment Benefit***.<br>***Waiting Period****: Costs incurred within nine months from the* ***Entry Date*** *are excluded.*<br>*A* ***Co-Insurance*** *of 20% applies.*<br>*For this* ***Benefit*** *the* ***Group Plan Deductible*** *or* ***Group Plan Out-Patient Per Visit Excess*** *does not apply.*<br>*(ii) Complex Dental* ***Treatment****: Fees of a registered* ***Dental Practitioner*** *and associated costs for the following procedures:* ***Eligible*** *complex dental* ***Treatment****: including for example,* ***Apicoectomy*** *done to treat the following – Fractured tooth root; A severely curved tooth root; Teeth with caps or posts; Cyst or infection which is untreatable with root canal therapy; Root perforations; New or repair of crowns, dentures, in lays and bridges. Recurrent pain and infection; Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays. Calcification; Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery; Dental implant; and prescribed* ***Drugs and Dressings***.<br>*No other* ***Treatment*** *is covered by this* ***Benefit***.<br>***Waiting Period****: Costs incurred within nine months from the* ***Entry Date*** *are excluded.*<br>*A* ***Co-Insurance*** *of 20% applies.*<br>*A 50%* ***Co-Insurance*** *applies in respect of all orthodontic* ***Treatment***.<br>*For this* ***Benefit*** *the* ***Group Plan Deductible*** *or* ***Group Plan Out-Patient Per Visit Excess*** *does not apply.* | *(i)* ▶ *Up to USD 1,000 per* ***Period of Cover***<br>*(ii)* ▶ *Up to USD 2,000 per* ***Period of Cover*** |

| Options to Core Benefits | Excel |
|---|---|
| **31. USA Elective Treatment:**<br>*(i) Costs associated with **Eligible In-Patient** and **Day-Patient Treatment** in the USA will be paid in full where **Treatment** is received in a **Hospital** listed in the **Now Health International Provider Network**.*<br>*(ii) Costs associated with **Eligible Out-Patient Treatment** in the USA will be paid up to **Your Out-Patient Benefit** limit.*<br>***In-Patient** and **Day-Patient Treatment** that is not received in the **Now Health International Provider Network** will be subject to a 50% **Co-Insurance**.*<br>*This option is not available if **You** have selected an optional **Regional Cover**.* | ***Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment ☎***<br>▶ *Optional*<br>*Up to USD 1.5m per **Insured Person** per **Period of Cover*** |
| **32. Co-Insurance Out-Patient Treatment:**<br>*A 10% **Co-Insurance** will apply to all **Eligible Out-Patient Treatment.** Should **Your Plan** include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and **Vaccinations Benefits**, any applicable **Co-Insurance** will be detailed in **Your Benefit Schedule.***<br>*Please note that the **Co-Insurance** will not apply to **Treatment** relating to Renal dialysis/ Renal failure, **Cancer** or Organ Transplants.* | ▶ *Optional* |
| **33. Co-Insurance Out-Patient Treatment Option 2:**<br>*A 20% **Co-Insurance** will apply to all **Eligible Out-Patient Treatment**. Should **Your Plan** include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and **Vaccinations Benefits**, any applicable **Co-Insurance** will be detailed in **Your Benefit Schedule.***<br>*Please note that the **Co-Insurance** will not apply to **Treatment** relating to Renal dialysis/ Renal failure, **Cancer** or Organ Transplants.* | ▶ *Optional* |

| Additional Options for Group Plans | Excel |
|---|---|
| **34. Maternity (No Co-Insurance):**<br>***Medically Necessary*** *costs incurred during* ***Pregnancy*** *and childbirth for pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or voluntary or emergency caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/ check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.*<br>***Waiting Period****: Costs incurred within 12 months from the* ***Start Date*** *are excluded.*<br>*Please note,* ***We*** *do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.*<br>*Claims for any caesarean sections are only recoverable from us if you have a maternity* ***Benefit*** *as part of your policy. They are not covered by any other* ***Benefit****.*<br>*The* ***Group Plan Deductible*** *would apply to the* ***Benefit.*** | *Optional*<br>*Compulsory*<br>***Group Plans***<br>*10+ employees*<br>*Up to USD 12,500 limit per* ***Period of Cover*** |
| **35. Maternity (20% Co-Insurance):**<br>***Medically Necessary*** *costs incurred during* ***Pregnancy*** *and childbirth for pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or voluntary or emergency caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/ check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.*<br>***Waiting Period****: Costs incurred within 12 months from the* ***Start Date*** *are excluded.*<br>*A* ***Co-Insurance*** *of 20% applies.*<br>*Please note,* ***We*** *do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.*<br>*Claims for any caesarean sections are only recoverable from us if you have a maternity* ***Benefit*** *as part of your policy. They are not covered by any other* ***Benefit****.*<br>*The* ***Group Plan Deductible*** *applies to this* ***Benefit.*** | *Optional*<br>*Compulsory*<br>***Group Plans***<br>*10+ employees*<br>*Up to USD 12,500 limit per* ***Period of Cover*** |
| **36. Wellness, Optical and Vaccinations:**<br>*(i) Wellness: This* ***Benefit*** *is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including* ***Cancer*** *screening, BRCA I & II Test (where a direct family history exists), bone densitometry (once every five years for women aged 50+), cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). Well Child Tests (up to 5 Years of age)*<br>*and/or*<br>*(ii) Optical* ***Benefits****: This* ***Benefit*** *also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Opthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, and Laser Eye Surgery and any complications, within the combined* ***Benefit*** *limits to a maximum USD 300 per* ***Period of Cover*** *for an optical claim.*<br>*Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.*<br>*and/or*<br>*(iii)* ***Vaccinations****: Costs of drugs and consultations to administer all* ***Medically Necessary*** *basic immunisation and booster injections and any* ***Medically Necessary*** *travel* ***Vaccinations*** *and malaria prophylaxis.*<br>*For this* ***Benefit*** *exclusion 5.10 does not apply.* | *Optional*<br>*For Compulsory*<br>***Group Plans***<br>*3+ employees*<br>*Combined limit Up to USD 500 per* ***Period of Cover*** |
| **37. Wellness, Optical and Vaccinations Option 2:**<br>*(i) Wellness: This* ***Benefit*** *is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including* ***Cancer*** *screening, BRCA I & II Test (where a direct family history exists), bone densitometry (once every five years for women aged 50+), cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). Well Child Tests (up to 5 Years of age)*<br>*and/or*<br>*(ii) Optical* ***Benefits****: This* ***Benefit*** *also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Opthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, and Laser Eye Surgery and any complications, within the combined* ***Benefit*** *limits to a maximum USD 600 per* ***Period of Cover*** *for an optical claim.*<br>*Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.*<br>*and/or*<br>*(iii)* ***Vaccinations****: Costs of drugs and consultations to administer all* ***Medically Necessary*** *basic immunisation and booster injections and any* ***Medically Necessary*** *travel* ***Vaccinations*** *and malaria prophylaxis.*<br>*For this* ***Benefit*** *exclusion 5.10 does not apply.* | *Optional*<br>*For Compulsory*<br>***Group Plans***<br>*3+ employees*<br>*Combined limit Up to USD 1,000 per* ***Period of Cover*** |

| Additional Options for Group Plans | Excel |
|---|---|
| **38. Wellness and Vaccinations Option 3:**<br>*(i) Wellness: This **Benefit** is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including **Cancer** screening, BRCA I & II Test (where a direct family history exists), bone densitometry (once every five years for women aged 50+), cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). Well Child Tests (Up to 5 Years of age).*<br>*and/or*<br>*(ii) **Vaccinations**: Costs of drugs and consultations to administer all **Medically Necessary** basic immunisation and booster injections and any **Medically Necessary** travel **Vaccinations** and malaria prophylaxis.*<br>*For this **Benefit** exclusion 5.10 does not apply.* | *Optional*<br>*Combined limit Up to USD 250 per **Period of Cover*** |
| **39. Medical History Disregarded:**<br>*Please note that the **Waiting Period** does not apply to either the **Pregnancy Medical Conditions**, Maternity, Dental Care or Hospital Cash (ii) **Benefits**, if Medical History Disregarded is selected.* | *Optional*<br>*For Compulsory **Group Plans** 10+ employees* |
| **40. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore:**<br>*As described in **Benefit** 2. i), but with a restriction to limit the **Hospital Accommodation** to ward or semi-private for **Hospital** admission in Indonesia and Singapore.*<br>*Choosing this option means that **Hospital** rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. **Hospital** rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.* | *Optional* |
| **41. Regional Cover Option: South East Asia (excluding Singapore)**<br>***Benefit** 18 **Emergency** Non-Elective Cover outside Area of Cover of the **Plan** wording is amended as follows:*<br>*For planned trips up to 30 days of duration. **Treatment** by a **Medical Practitioner** or **Specialist** starting within 24 hours of the **Emergency** event, required as a result of an **Accident** or the sudden beginning of a severe illness resulting in a **Medical Condition** that presents an immediate threat to the **Insured Person's** health.*<br>*Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit**.*<br>***Regional Cover: South East Asia (excluding Singapore).*** | *Optional*<br>***Accient**: Full Refund for **Accident** requiring **In-Patient** and **Day-Patient** care*<br>***Illness: In-Patient** and **Day-Patient** care up to USD 35,000 per **Period of Cover** **Out-Patient Treatment** in an **Accident** and **Emergency** Department in a **Hospital** up to USD 500 per **Period of Cover*** |
| **42. Removal of Dental Co-Insurance:**<br>*No **Co-Insurance** will be applied to Dental Care.* | *Optional*<br>*For Compulsory **Group Plans** 10+ employees* |

## Additional Options for Group Plans

**Excel**

### 43. Extended Evacuation and Repatriation:

#### Evacuation

*Arrangements will be made to move an **Insured Person** who has a critical, life-threatening **Eligible Medical Condition** to the nearest medical facility, **Country of Residence**, **Country of Nationality** or the Insured Member's country of choice for the purpose of admission to Hospital as an **In-Patient or Day-Patient.***

***Pre-Authorisation*** ☎

▶ *Optional*

*Reasonable expenses for:*

*(i) Transportation costs of an **Insured Person** in the event of **Emergency Treatment** and **Medically Necessary** transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.*

*(i)* ▶ *Full refund*

*(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when **Treatment** is being received as a **Day-Patient.***

*(ii)* ▶ *Full refund*

*(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the **Hospital** to visit the **Insured Person** following admission as an **In-Patient**.*

*(iii)* ▶ *Full refund*

*(iv) Reasonable costs for non-**Hospital Accommodation** only for immediate pre and post-**Hospital** admission periods provided that the **Insured Person** is under the care of a **Specialist**.*

*(iv)* ▶ *Up to USD 200 per day Up to USD 7,500 per person, per **Evacuation***

*Costs of **Evacuation** do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.*

*The Insured Member's country of choice is subject to the availability of the appropriate medical facilities being in place. **Our** medical advisers will determine whether the selected country has the suitable medical facility to treat the Insured Member's **Eligible Medical Condition**. **Our** medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the **Evacuation** and this **Benefit** will not cover travel if it is against the advice of **Our** medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the **Eligible Medical Condition**.*

#### Repatriation

*Following an **Evacuation** covered by **Us**, an economy class airfare ticket to return the **Insured Person** and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of **Treatment** or the **Insured Person's** principal **Country of Nationality** or principal **Country of Residence,** as long as the journey is made within one month of completion of **Treatment.** Reasonable cost of the above will be paid in full.*

***Pre-Authorisation*** ☎

▶ *Full refund*

***We** do not cover standalone repatriation.*

*Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit.***

| Out-Patient Per Visit Excess Options | Excel |
|---|---|
| **Out-Patient Per Visit Excess:**<br>*A USD 25* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will apply when* ***You*** *receive* ***Eligible Out-Patient Treatment*** *inside and outside of the* ***Now Health International Provider Network****.*<br>*Please note:*<br>*If* ***Your Group Plan*** *also includes Dental care* ***Benefit****, as detailed in* ***Your Benefit Schedule****,*<br>*no* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will be applicable.*<br>*Please note that the* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will not apply to Consultation relating to Renal dialysis/Renal failure,* ***Cancer*** *or Organ Transplants.* | ▶ *Optional*<br>*USD 25* |
| **Out-Patient Per Visit Excess – Option 2:**<br>*A USD 15* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will apply when* ***You*** *receive* ***Eligible Out-Patient Treatment*** *inside and outside the* ***Now Health International Provider Network****.*<br>*Please note:*<br>*If* ***Your Group Plan*** *also includes Dental care* ***Benefit,*** *as detailed in* ***Your Benefit Schedule****,*<br>*no* ***Out–Patient Per Visit Excess*** *will be applicable.*<br>*Please note that the* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will not apply to Consultation relating to Renal dialysis/Renal failure,* ***Cancer*** *or Organ Transplants.* | ▶ *Optional*<br>*USD 15* |

| Deductible Options | Excel |
|---|---|
| **Standard Deductible** | *Nil* |
| **Optional Deductible:**<br>*Please note:*<br>*If* ***You*** *choose an optional* ***Deductible, You*** *must also select either a* ***Co-Insurance Out-Patient Treatment*** *Option or a* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *Option.*<br>***Deductibles*** *would apply to any* ***Medically Necessary Treatment*** *required under* ***Benefit*** *19 and* ***Benefit*** *43.* | *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* |

## 4.3.4 WorldCare Apex

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

| Benefit | Apex |
|---|---|
| **9. Pregnancy Medical Conditions:**<br>***In-Patient Treatment*** *of an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during the antenatal stages of* ***Pregnancy****, or an* ***Eligible Medical Condition*** *which arises during childbirth.* ***We*** *would only allow* ***Treatment*** *of the following as an* ***Eligible Medical Condition under this Benefit****:*<br>• *Ectopic* ***Pregnancy*** *(where the foetus is growing outside the womb)*<br>• *Hydatidiform mole (abnormal cell growth in the womb)*<br>• *Retained placenta (afterbirth retained in the womb)*<br>• *Placenta praevia*<br>• *Eclampsia (a coma or seizure during* ***Pregnancy*** *and following pre-eclampsia)*<br>• *Diabetes (If* ***You*** *have exclusions because of* ***Your*** *past medical history which relate to diabetes, then* ***You*** *will not be covered for any* ***Treatment*** *for diabetes during* ***Pregnancy****)*<br>• *Post partum haemorrhage (heavy bleeding in the hours and days immediately after childbirth)*<br>• *Miscarriage requiring immediate surgical* ***Treatment***<br>*This* ***benefit*** *does not provide any cover for voluntary or* ***Emergency*** *caesarean section procedures or 'failure to progress in labour' unless for one of the above* ***stated Eligible Medical Conditions****.*<br>***Waiting Period****: Costs Incurred within 12 months from the* ***Start Date*** *of the mother are excluded.* | *Full refund* |
| **10. New Born Cover:**<br>***In-Patient Treatment*** *of premature birth (i.e. prior to age 37 weeks gestation) or an* ***Acute Condition*** *being suffered by a* ***New Born*** *baby of an* ***Insured Person*** *which manifests itself within 30 days following birth. Provided that the* ***New Born*** *baby is added to the* ***Group Plan*** *within 30 days of birth and premium paid. Cover for multiple births will be covered up to the same limits shown.*<br>*In circumstances where* ***We*** *require details of the* ***New Born*** *baby's medical history before the baby is being added to the* ***Plan****,* ***We*** *reserve the right to apply particular restrictions to the cover* ***We*** *will offer.*<br>*Please refer to Section 6.5 - Adding* ***New Born*** *of this Members' Handbook for details.* | *Up to USD 150,000 per* ***Period of Cover*** |
| **11. Hospital Accommodation for New Born Accompanying their Mother:**<br>***Hospital Accommodation*** *costs relating to a* ***New Born*** *baby (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being an* ***Insured Person****) while she is receiving* ***Eligible Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *in a* ***Hospital****.* | *Full refund* |
| **12. Congenital Disorder:**<br>***In-Patient Treatment*** *for a* ***Congenital Disorder****. In circumstances where a* ***Congenital Disorder*** *manifests itself in a* ***New Born*** *baby within 30 days of birth, cover for such* ***Medical Conditions*** *will be provided under* ***Benefit*** *10 but excluded from* ***Benefit*** *12 –* ***Congenital Disorders****.* | *Up to USD 150,000 per* ***Period of Cover*** |
| **13. Reconstructive Surgery:**<br>*Reconstructive surgery required to restore natural function or appearance following an* ***Accident*** *or following a* ***Surgical Procedure*** *for an* ***Eligible Medical Condition****, which occurred after an* ***Insured Person's Entry Date*** *or* ***Start Date*** *whichever is later.* | *Full refund* |
| **14. Rehabilitation:**<br>*On the advice of a* ***Specialist*** *as an integral part of* ***Treatment*** *for a* ***Medical Condition*** *necessitating admission to a recognised* ***Rehabilitation*** *unit of a* ***Hospital****. Where the* ***Insured Person*** *was confined to a* ***Hospital*** *as an* ***In-Patient*** *for at least three consecutive days, and where a* ***Specialist*** *confirms in writing that* ***Rehabilitation*** *is required. Admission to a* ***Rehabilitation*** *unit must be made within 14 days of discharge from* ***Hospital****. Such* ***Treatment*** *should be under the direct supervision and control of a* ***Specialist*** *and would cover:*<br>*(i) Use of special* ***Treatment*** *rooms*<br>*(ii) Physical therapy fees*<br>*(iii) Speech therapy fees*<br>*(iv) Occupational therapy fees* | *Full refund* |
| **15. In-Patient Emergency Dental Treatment:**<br>*This means* ***Emergency*** *restorative dental* ***Treatment*** *required to sound, natural teeth following an* ***Accident*** *which necessitates* ***Your*** *admission to* ***Hospital*** *for at least one night.*<br>*The dental* ***Treatment*** *must be received within 10 days of the* ***Accident****. This* ***Benefit*** *covers all costs incurred for* ***Treatment*** *made necessary by an accidental injury caused by an extra-oral impact, when the following conditions apply:*<br>• *If the* ***Treatment*** *involves replacing a crown, bridge facing, veneer or denture,* ***We*** *will pay only the reasonable and customary cost of a replacement of similar type or quality*<br>• *If implants are clinically needed* ***We*** *will pay only the cost which would have been incurred if equivalent bridgework was undertaken instead*<br>*This* ***Benefit*** *also covers repair or reconstruction of dentures broken following an* ***Accident*** *that necessitates the* ***Insured Person****'s admission to a* ***Hospital*** *for at least one night, provided that such dentures were being worn at the time of the* ***Accident.*** | *Full refund* |
| **16. In-Patient Psychiatric Treatment:**<br>***In-Patient Treatment*** *in a recognised Psychiatric unit of a* ***Hospital****. All* ***Treatment*** *must be administered under the direct control of a Registered Psychiatrist.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>*Full refund limited to 30 days per* ***Period of Cover*** |

Full refund  Not covered  Subject to limits  Optional

| Benefit | Apex |
|---|---|
| **17. Terminal Illness:**<br>*Palliative and Hospice Care: On diagnosis of a **Terminal** illness, costs for any **In-Patient**, **Day-Patient** or **Out-Patient Treatment** given on the advice of a **Medical Practitioner** or **Specialist** for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Charges for **Hospital** or hospice accommodation, nursing care by a **Qualified Nurse** and prescribed **Drugs and Dressings** are covered.* | *Up to USD 100,000 lifetime limit* |
| **18. Emergency Non-Elective Cover outside Area of Cover:**<br>*For planned trips up to 30 days of duration. **Treatment** by a **Medical Practitioner** or **Specialist** starting within 24 hours of the **Emergency** event, required as a result of an **Accident** or the sudden beginning of a severe illness resulting in a **Medical Condition** that presents an immediate threat to the **Insured Person's** health.*<br>*Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit.*** | ***Accident:** Full refund for **Accident** requiring **In-Patient** and **Day-Patient** care*<br>*Illness: **In-Patient** and **Day-Patient** care up to USD 50,000 per **Period of Cover***<br>***Out-Patient Treatment** in an **Accident and Emergency** Department in a **Hospital** up to USD 500 per **Period of Cover*** |
| **19. Evacuation and Repatriation:**<br>**Evacuation**<br>*Arrangements will be made to move an **Insured Person** who has a critical, life-threatening **Eligible Medical Condition** to the nearest medical facility for the purpose of admission to **Hospital** as an **In-Patient** or **Day-Patient**.*<br>*Reasonable expenses for:*<br>*(i) Transportation costs of an **Insured Person** in the event of **Emergency Treatment** and **Medically Necessary** transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.*<br>*(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when **Treatment** is being received as a **Day-Patient**.*<br>*(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the **Hospital** to visit the **Insured Person** following admission as an **In-Patient**.*<br>*(iv) Reasonable costs for non-**Hospital Accommodation** only for immediate pre and post-**Hospital** admission periods provided that the **Insured Person** is under the care of a **Specialist**.*<br>*Costs of **Evacuation** do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.*<br>***Our** medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the **Evacuation** and this **Benefit** will not cover travel if it is against the advice of **Our** medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the **Eligible Medical Condition**.*<br>**Repatriation**<br>*Following an **Evacuation** covered by **Us**, an economy class airfare ticket to return the **Insured Person** and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of **Treatment** or the **Insured Person's** principal **Country of Nationality** or principal **Country of Residence**, as long as the journey is made within one month of completion of **Treatment**.*<br>***We** do not cover standalone repatriation.*<br>*Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit.*** | ***Pre-Authorisation** ☎*<br>*(i) Full refund*<br>*(ii) Full refund*<br>*(iii) Full refund*<br>*(iv) Up to USD 300 per day Up to USD 10,000 per person, per **Evacuation***<br>***Pre-Authorisation** ☎*<br>*Full refund* |

Full refund | Not covered | Subject to limits | Optional

| Benefit | Apex |
|---|---|
| **20. Mortal Remains:**<br>*In the event of death from an **Eligible Medical Condition**, **Reasonable and Customary Charges** for:*<br>*(i) Costs of transportation of body or ashes of an **Insured Person** to his/her **Country of Nationality** or **Country of Residence**, or*<br>*(ii) Burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>*(i)* ▶ *Full refund*<br>*(ii)* ▶ *Up to USD 20,000* |
| **21. Hospital Cash Benefit:**<br>*i) This **Benefit** is payable when an **Insured Person** receives **In-Patient Treatment** and only if an **Insured Person** is admitted for **In-Patient Treatment** before midnight, and the **Treatment** is received free of charge that would have otherwise been **Eligible** for **Benefit** privately under this **Plan**.*<br>*This **Benefit** is not payable if the **Insured Person** is **Eligible** for Hospital Cash **Benefit** ii) **Major Elective Surgery**. This **Benefit** is limited to a minimum of 30 days between **Eligible** admissions, and up to a maximum of 5 admissions per policy year.*<br>*ii) This **Benefit** is payable when an **Insured Person** undergoes **Major Elective Surgery** and only if an **Insured Person** is admitted for **In-Patient Treatment** before midnight, and the **Treatment** is received free of charge that would have otherwise been **Eligible** for **Benefit** privately under this **Plan.***<br>*This **Benefit** is subject to pre-approval and subject to a minimum of 30 days between **Eligible** admissions, and up to a maximum of 3 admissions per policy year.*<br>*For this **Benefit** exclusion 5.10 does not apply. This **Benefit** is not payable if **your** admission and this **Benefit** is not pre-approved. This **Benefit** is not **Eligible** if **You** are admitted for an **Accident** and **Emergency**.*<br>***Waiting Period**: Cover only available after nine months of continuous membership.* | ***Pre-Authorisation*** ☎<br>▶<br>*i) Up to USD 200 per* admission<br>*ii) Up to USD 1,000 per **Major Elective Surgery*** |
| **22. Out-Patient Charges:**<br>*(i) **Medical Practitioner** fees including consultations; **Specialist** fees; **Diagnostic Tests**; prescribed **Drugs and Dressings**.*<br>*(ii) Teleconsultation (Virtual Doctor appointments via electronic means).*<br>*Costs associated with **Eligible Treatment** will be paid in full where **Treatment** is received from **Medical Providers** listed in the **Now Health International Provider Network**.*<br>*Treatment that is not received in the **Now Health International Provider Network** will pay **Reasonable and Customary Charges**.*<br>*No **Out-Patient Co-Insurance** or **Out Patient visit Excess** is applicable.*<br>*(iii) **Vitamins and Minerals**:*<br>*Vitamins and Minerals as prescribed by a **Medical Practitioner**. Vitamins, minerals and eye lubricants prescribed for a diagnosed deficiency will be paid as per the **Out-Patient Benefit**.*<br>*Any pre-operative and post-hospitalisation consultations are payable under this **Benefit**.* | *(i) and (ii)* ▶ *Full refund*<br>*(iii)* ▶ *Up to USD 150 per **Period of Cover*** |
| **23. Menopause Hormone Replacement Therapy:**<br>*The cost of Hormone Replacement Therapy when required to alleviate the symptoms of the early onset of menopause where onset and **Treatment** commence below the age of 40 years.* | ▶ *Up to USD 750 per **Period of Cover*** |
| **24. Day-Patient or Out-Patient Surgery:**<br>***Treatment** costs for a **Surgical Procedure** performed in a surgery, **Hospital**, day-care facility or **Out-Patient** department. Any pre or post-operative consultations are payable under **Benefit** 22 – **Out-Patient** charges.* | ▶ *Full refund* |
| **25. Out-Patient Psychiatric Illness:**<br>***Out-Patient Treatment** administered by a Registered Psychologist and/or a Registered Psychiatrist, subject to 20 sessions and the cost limit under this section.*<br>*For the first 5 sessions **You** 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 **Treatment Plan** with a **Medical Practitioner** or **Specialist**.* | ▶ *Up to USD 7,500 and subject to a maximum of 20 sessions per **Period of Cover*** |

| Benefit | Apex |
|---|---|
| **26. Out-Patient Physiotherapy and Alternative Therapies:**<br>(i) *Physiotherapy by a Registered* ***Physiotherapist***.<br>(ii) *Complementary medicine and* ***Treatment*** *by a therapist. This* ***Benefit*** *extends to osteopaths, chiropodists and podiatrists, chiropractors, homeopaths, dietician, and acupuncture* ***Treatment*** *but excludes* ***Physiotherapist*** *covered in (i).*<br>***You*** *may choose 5 sessions for any combination of* ***Benefits*** *in aggregate in a given* ***Period of Cover*** *for* ***Benefits*** *(i) and (ii) excluding dietician without the need of referral; any subsequent sessions need to be referred by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist***.<br>*Please note that sessions must be conducted at a recognised medical facility or an approved healthcare center. Home-based sessions are not covered.* | (i) ▶ *Full refund*<br>(ii) ▶ *Full refund*<br>***Pre-Authorisation for (i) and (ii) after every 10 sessions ☎*** |
| **27. Out-Patient Traditional Chinese Medicine and Ayurvedic Medicine:**<br>***Out-Patient Treatment*** *for therapies administered by a recognised Traditional Chinese* ***Medical Practitioner*** *or an Ayurvedic* ***Medical Practitioner***.<br>*All claims to include diagnosis, consultation fee,* ***Treatment*** *type,* ***Treatment*** *fee, prescription including detailed medication and number of doses.*<br>*Exclusion 5.35 applies.* | ▶ *Up to USD 3,000 per* ***Period of Cover*** |
| **28. Nursing Care at Home:**<br>(i) *Care given by* ***Qualified Nurse*** *in the* ***Insured Person's*** *own home, which is immediately received subsequent to* ***Treatment*** *as an* ***In-Patient*** *or* ***Day-Patient*** *on the recommendation of a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist***.<br>(ii) ***Medical Practitioner*** *(GP) home visits for an* ***Emergency*** *GP home call-out during out of normal clinic hours.* | (i) ▶ *Full refund up to 120 days per* ***Medical Condition***<br>***Pre-Authorisation for (i) ☎***<br>(ii) ▶ *Up to five visits per* ***Period of Cover*** |
| **29. AIDS:**<br>*Medical expenses, which arise from or are in any way related to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or HIV related illnesses, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) and/or any mutant derivative or variations thereof. As result of proven occupation* ***Accident***** or blood transfusion**. Expenses are limited to pre and post-diagnosis consultations, routine check-ups for this condition,* ***Drugs and Dressings*** *(except experimental or those unproven),* ***Hospital Accommodation*** *and nursing fees.*<br>* *For members of* ***Emergency*** *services, medical or dental professions, laboratory assistants, pharmacist or an employee in a medical facility that provides evidence that they contracted the HIV infection accidentally while carrying out normal duties of their occupation; and they contracted the HIV infection three years after the* ***Entry Date*** *or* ***Start Date****, whichever is later; and the incident from which they contracted the HIV infection was reported, investigated and documented according to normal procedures for the* ***Insured Person's*** *occupation; and a test showing no HIV or antibodies to such a virus was made within five days of the incident; and a positive HIV test occurred within 12 months of the reported occupational* ***Accident***.<br>** *As long as the blood transfusion was received as an* ***In-Patient*** *as part of* ***Medically Necessary Treatment***.<br>***Waiting Period****: Cover only available after three years of continuous membership.* | ***Pre-Authorisation ☎***<br>▶ *Up to USD 50,000 per* ***Period of Cover*** |
| **30. Maternity (No Co-Insurance):**<br>***Medically Necessary*** *costs incurred during* ***Pregnancy*** *and childbirth for pre and post-natal check-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or voluntary or emergency caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/ check-up of a New Born baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.*<br>***Waiting Period****: Costs incurred within 12 months from the* ***Start Date*** *are excluded.*<br>*Please note,* ***We*** *do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.*<br>*Claims for any caesarean sections are only recoverable from us if you have a maternity* ***Benefit*** *as part of your policy. They are not covered by any other* ***Benefit***.<br>*The* ***Group Plan Deductible*** *would apply to the* ***Benefit.*** | ▶ *Up to USD 17,500 per* ***Period of Cover*** |

| Benefit | Apex |
|---|---|
| **31. Dental Care:** | |
| *(i) Routine dental **Treatment**: Fees of a registered **Dental Practitioner** carrying out routine dental **Treatment** in a dental surgery. Routine dental **Treatment** means:*<br>*– Screening (twice per year), i.e. the assessment of diseased, missing and filled teeth, including x-rays where necessary,*<br>*– Preventive scaling, polishing, and sealing (twice per year),*<br>*– Fillings (standard amalgam or composite fillings) and extractions,*<br>*– Root-canal **Treatment** (but not the fitting of a crown following root-canal **Treatment**), and*<br>*– Prescribed **Drugs and Dressings**.*<br>*No other **Treatment** is covered under the routine dental **Treatment Benefit**.*<br>***Waiting Period**: Costs incurred within nine months from the **Entry Date** are excluded.*<br>*A **Co-Insurance** of 20% applies.*<br>*For this **Benefit** the **Group Plan Deductible** or **Group Plan Out-Patient Per Visit Excess** does not apply.* | *(i)* ▶<br>*Up to USD 1,500 per **Period of Cover*** |
| *(ii) Complex Dental **Treatment**: Fees of a registered **Dental Practitioner** and associated costs for the following procedures: **Eligible** complex dental **Treatment**: including for example, **Apicoectomy** done to treat the following – Fractured tooth root; A severely curved tooth root; Teeth with caps or posts; Cyst or infection which is untreatable with root canal therapy; Root perforations; New or repair of crowns, dentures, in lays and bridges. Recurrent pain and infection; Persistent symptoms that do not indicate problems from x-rays. Calcification; Damaged root surfaces and surrounding bone requiring surgery; Dental implant; and prescribed **Drugs and Dressings**.*<br>*No other **Treatment** is covered by this **Benefit**.*<br>***Waiting Period**: Costs incurred within nine months from the **Entry Date** are excluded.*<br>*A **Co-Insurance** of 20% applies.*<br>*A 50% **Co-Insurance** applies in respect of all orthodontic **Treatment**.*<br>*For this **Benefit** the **Group Plan Deductible** or **Group Plan Out-Patient Per Visit Excess** does not apply.* | *(ii)* ▶<br>*Up to USD 3,000 per **Period of Cover*** |

| Options to Core Benefits | Apex |
|---|---|
| **32. USA Elective Treatment:**<br>*(i) Costs associated with **Eligible In-Patient** and **Day-Patient Treatment** in the USA will be paid in full where **Treatment** is received in a **Hospital** listed in the **Now Health International Provider Network**.*<br>*(ii) Costs associated with **Eligible Out-Patient Treatment** in the USA will be paid up to **Your Out-Patient Benefit** limit.*<br>***In-Patient** and **Day-Patient Treatment** that is not received in the **Now Health International Provider Network** will be subject to a 50% **Co-Insurance**.*<br>*This option is not available if **You** have selected an optional **Regional Cover**.* | ***Pre-Authorisation for Out-Patient diagnostics and surgery, Day-Patient and In-Patient Treatment ☎***<br>▶<br>*Optional*<br>*Up to USD 1.5m per **Insured Person** per **Period of Cover*** |
| **33. Co-Insurance Out-Patient Treatment:**<br>*A 10% **Co-Insurance** will apply to all **Eligible Out-Patient Treatment**. Should **Your Plan** include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and **Vaccinations Benefits**, any applicable **Co-Insurance** will be detailed in **Your Benefit Schedule**.*<br>*Please note that the **Co-Insurance** will not apply to **Treatment** relating to Renal dialysis/ Renal failure, **Cancer** or Organ Transplants.* | ▶<br>*Optional* |
| **34. Co-Insurance Out-Patient Treatment Option 2:**<br>*A 20% **Co-Insurance** will apply to all **Eligible Out-Patient Treatment.** Should **Your Plan** include the Maternity, Dental care or Wellness, Optical and **Vaccinations Benefits**, any applicable **Co-Insurance** will be detailed in **Your Benefit Schedule.***<br>*Please note that the **Co-Insurance** will not apply to **Treatment** relating to Renal dialysis/ Renal failure, **Cancer** or Organ Transplants.* | ▶<br>*Optional* |

| Additional Options for Group Plans | Apex |
|---|---|
| **35. Maternity (20% Co-Insurance):**<br>***Medically Necessary*** *costs incurred during* ***Pregnancy*** *and childbirth for pre and post-natal heck-ups for up to six weeks following birth, scans and delivery costs for a natural birth or voluntary or emergency caesarean section. Paediatrician costs for the first examination/ check-up of a* ***New Born*** *baby, if the examination is made within 24 hours of delivery and Well-baby examinations up to the child's second birthday and as recommended by a* ***Medical Practitioner*** *or* ***Specialist****. This includes physical examinations, measurements, sensory screening, neuropsychiatric evaluation, development screening, as well as hereditary and metabolic screening, immunisations, urine analysis, tuberculin tests and hematocrit, haemoglobin and other blood tests, including tests to screen for sickle haemoglobinopathy.*<br>***Waiting Period****: Costs incurred within 12 months from the* ***Start Date*** *are excluded.*<br>*A* ***Co-Insurance*** *of 20% applies.*<br>*Please note,* ***We*** *do not pay for parenting or other teaching classes as these are a matter of personal choice.*<br>*Claims for any caesarean sections are only recoverable from us if you have a maternity* ***Benefit*** *as part of your policy. They are not covered by any other* ***Benefit****.*<br>*The* ***Group Plan Deductible*** *would apply to the* ***Benefit.*** | *Up to USD 17,500 per* ***Period of Cover*** |
| **36. Wellness, Optical and Vaccinations:**<br>*(i) Wellness: This* ***Benefit*** *is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including* ***Cancer*** *screening, BRCA I & II Test (where a direct family history exists), bone densitometry (once every five years for women aged 50+), cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). Well Child Tests (Up to 5 Years of age).*<br>*and/or*<br>*(ii) Optical* ***Benefits****: This* ***Benefit*** *also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Opthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, and Laser Eye Surgery and any complications, within the combined* ***Benefit*** *limits to a maximum USD 300 per* ***Period of Cover*** *for an optical claim.*<br>*Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.*<br>*and/or*<br>*(iii)* ***Vaccinations****: Costs of drugs and consultations to administer all* ***Medically Necessary*** *basic immunisation and booster injections and any* ***Medically Necessary*** *travel* ***Vaccinations*** *and malaria prophylaxis.*<br>*For this* ***Benefit*** *exclusion 5.10 does not apply.* | *Optional*<br>*For Compulsory* ***Group Plans*** *3+ employees*<br>*Combined limit Up to USD 500 per* ***Period of Cover*** |
| **37. Wellness, Optical and Vaccinations Option 2:**<br>*(i) Wellness: This* ***Benefit*** *is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including* ***Cancer*** *screening, BRCA I & II Test (where a direct family history exists), bone densitometry (once every five years for women aged 50+), cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). Well Child Tests (Up to 5 Years of age).*<br>*and/or*<br>*(ii) Optical* ***Benefits****: This* ***Benefit*** *also provides a contribution towards optician charges including an annual eye test carried out by an Opthalmic Optician, prescribed spectacles including frames and lenses; and/or contact lenses when the member's prescription has changed, and Laser Eye Surgery and any complications, within the combined* ***Benefit*** *limits to a maximum USD 600 per* ***Period of Cover*** *for an optical claim.*<br>*Please note that there is no cover for prescription sunglasses or transition lenses.*<br>*and/or*<br>*(iii)* ***Vaccinations****: Costs of drugs and consultations to administer all* ***Medically Necessary*** *basic immunisation and booster injections and any* ***Medically Necessary*** *travel* ***Vaccinations*** *and malaria prophylaxis.*<br>*For this* ***Benefit*** *exclusion 5.10 does not apply.* | *Optional*<br>*For Compulsory* ***Group Plans*** *3+ employees*<br>*Combined limit Up to USD 1,000 per* ***Period of Cover*** |
| **38. Wellness and Vaccinations Option 3:**<br>*(i) Wellness: This* ***Benefit*** *is payable as a contribution towards the cost of routine health checks including* ***Cancer*** *screening, BRCA I & II Test (where a direct family history exists), bone densitometry (once every five years for women aged 50+), cardiovascular examination, neurological examinations, vital signs (e.g. blood pressure, body mass index, urinalysis, cholesterol). Well Child Tests (Up to 5 Years of age).*<br>*and/or*<br>*(ii)* ***Vaccinations****: Costs of drugs and consultations to administer all* ***Medically Necessary*** *basic immunisation and booster injections and any* ***Medically Necessary*** *travel* ***Vaccinations*** *and malaria prophylaxis.*<br>*For this* ***Benefit*** *exclusion 5.10 does not apply.* | *Optional*<br>*Combined limit Up to USD 250 per* ***Period of Cover*** |

| Additional Options for Group Plans | Apex |
|---|---|
| **39. Medical History Disregarded:**<br>*Please note that the **Waiting Period** does not apply to either the **Pregnancy Medical Conditions**, Maternity, Dental Care or Hospital Cash (ii) **Benefits**, if Medical History Disregarded is selected.* | *Optional*<br>*For Compulsory **Group Plans** 10+ employees* |
| **40. Hospital room restriction for residents in Indonesia and Singapore:**<br>*As described in **Benefit** 2. i), but with a restriction to limit the **Hospital Accommodation** to ward or semi-private for **Hospital** admission in Indonesia and Singapore.*<br>*Choosing this option means that **Hospital** rooms will be restricted to ward or semi-private in Indonesia and Singapore. **Hospital** rooms outside Indonesia and Singapore remain at standard private level.* | *Optional* |
| **41. Regional Cover Option: South East Asia (excluding Singapore)**<br>***Benefit** 18 **Emergency** Non-Elective Cover outside Area of Cover of the **Plan** wording is amended as follows:*<br>*For planned trips up to 30 days of duration. **Treatment** by a **Medical Practitioner** or **Specialist** starting within 24 hours of the **Emergency** event, required as a result of an **Accident** or the sudden beginning of a severe illness resulting in a **Medical Condition** that presents an immediate threat to the **Insured Person's** health.*<br>*Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit**.*<br>***Regional Cover: South East Asia (excluding Singapore).*** | *Optional*<br>***Accient**: Full Refund for **Accident** requiring **In-Patient** and **Day-Patient** care*<br>***Illness: In-Patient** and **Day-Patient** care up to USD 50,000 per **Period of Cover** **Out-Patient Treatment** in an **Accident** and **Emergency** Department in a **Hospital** up to USD 500 per **Period of Cover*** |
| **42. Removal of Dental Co-Insurance:**<br>*No **Co-Insurance** will be applied to Dental Care.* | *Optional*<br>*For Compulsory **Group Plans** 10+ employees* |

| Additional Options for Group Plans | Apex |
|---|---|
| **43. Extended Evacuation and Repatriation:** | |
| **Evacuation** | |
| *Arrangements will be made to move an **Insured Person** who has a critical, life-threatening **Eligible Medical Condition** to the nearest medical facility, **Country of Residence, Country of Nationality** or the Insured Member's country of choice for the purpose of admission to **Hospital** as an **In-Patient or Day-Patient**.* | ***Pre-Authorisation*** ☎ ▶ *Optional* |
| *Reasonable expenses for:* | |
| *(i) Transportation costs of an **Insured Person** in the event of **Emergency Treatment** and **Medically Necessary** transport and care not being readily available at the place of the incident. This includes an economy class airfare ticket for a locally-accompanying person who has travelled as an escort.* | *(i)* ▶ *Full refund* |
| *(ii) Reasonable local travel costs to and from medical appointments when **Treatment** is being received as a **Day-Patient**.* | *(ii)* ▶ *Full refund* |
| *(iii) Reasonable travel costs for a locally-accompanying person to travel to and from the **Hospital** to visit the **Insured Person** following admission as an **In-Patient**.* | *(iii)* ▶ *Full refund* |
| *(iv) Reasonable costs for non-**Hospital Accommodation** only for immediate pre and post-**Hospital** admission periods provided that the **Insured Person** is under the care of a **Specialist**.* | *(iv)* ▶ *Up to USD 300 per day Up to USD 10,000 per person, per **Evacuation*** |
| *Costs of **Evacuation** do not extend to include any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts.* | |
| *The Insured Member's country of choice is subject to the availability of the appropriate medical facilities being in place. **Our** medical advisers will determine whether the selected country has the suitable medical facility to treat the Insured Member's **Eligible Medical Condition**. **Our** medical advisers will decide the most appropriate method of transportation for the **Evacuation** and this **Benefit** will not cover travel if it is against the advice of **Our** medical advisers or where the medical facility does not have appropriate facilities to treat the **Eligible Medical Condition**.* | |
| **Repatriation** | |
| *Following an **Evacuation** covered by **Us**, an economy class airfare ticket to return the **Insured Person** and a locally-accompanying person who has travelled as an escort to the site of **Treatment** or the **Insured Person's** principal **Country of Nationality** or principal **Country of Residence**, as long as the journey is made within one month of completion of **Treatment**. Reasonable cost of the above will be paid in full.* | ***Pre-Authorisation*** ☎ ▶ *Full refund* |
| ***We** do not cover standalone repatriation.* | |
| *Charges relating to routine **Pregnancy** and **Pregnancy Medical Conditions** are specifically excluded from this **Benefit.*** | |
| **44. Removal of Maternity:** | |
| *If **You** select this **Benefit**, no **Benefit** is payable under **Benefit** 30 – Maternity **Benefit**.* | ▶ *Optional* |

| Out-Patient Per Visit Excess Options | Apex |
|---|---|
| **Out-Patient Per Visit Excess:**<br>*A USD 25* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will apply when* ***You*** *receive* ***Eligible Out-Patient Treatment*** *inside and outside of the* ***Now Health International Provider Network.***<br>*Please note:*<br>*If* ***Your Group Plan*** *also includes Dental care* ***Benefit****, as detailed in* ***Your Benefit Schedule****, no* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will be applicable.*<br>*Please note that the* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will not apply to Consultation relating to Renal dialysis/Renal failure,* ***Cancer*** *or Organ Transplants.* | *Optional*<br>*USD 25* |
| **Out-Patient Per Visit Excess – Option 2:**<br>*A USD 15* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will apply when* ***You*** *receive* ***Eligible Out-Patient Treatment*** *inside and outside of the* ***Now Health International Provider Network****.*<br>*Please note:*<br>*If* ***Your Group Plan*** *also includes Dental care* ***Benefit****, as detailed in* ***Your Benefit Schedule****, no* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will be applicable.*<br>*Please note that the* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *will not apply to Consultation relating to Renal dialysis/Renal failure,* ***Cancer*** *or Organ Transplants.* | *Optional*<br>*USD 15* |

| Deductible Options | Apex |
|---|---|
| **Standard Deductible** | *Nil* |
| **Optional Deductible**<br>*Please note:*<br>*If* ***You*** *choose an optional* ***Deductible****,* ***You*** *must also select either a* ***Co-Insurance Out-Patient Treatment*** *Option or a* ***Out-Patient Per Visit Excess*** *Option.*<br>***Deductibles*** *would apply to any* ***Medically Necessary Treatment*** *under* ***Benefit*** *19 and* ***Benefit*** *43.* | *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* |

# Key Product Provisions

## 5. Exclusions: What is not covered?

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

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

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

### 5.2 Administrative and shipping fees

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

### 5.3 Alcohol and drug abuse

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

### 5.4 Allergy Testing

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

### 5.5 Chemical exposure

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

### 5.6 Cosmetic surgery

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

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

### 5.7 Contamination

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

### 5.8 Chronic Conditions

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

### 5.9 Coma or Vegetative State

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

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

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

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

## 5.11 Dental care

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

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

## 5.12 Developmental disorders

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

## 5.13 Dietary supplements 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.

## 5.14 Eating disorders

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

## 5.15 Experimental Treatment and drugs

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

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

**You** are not covered for hearing aids or cochlear implants. **You** are not covered for routine hearing tests unless a Wellness **Benefit** is shown on **Your Certificate of Insurance**. **You** are not covered for routine eyesight tests or the cost of eyeglasses, contact lenses or laser eye surgery to correct vision unless an Optical **Benefit** is shown on **Your Certificate of Insurance**. **We** do pay for eye surgery to correct an **Eligible Medical Condition**.

## 5.17 External appliance and/or Prosthesis

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

## 5.18 Failure to follow medical advice

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

## 5.19 Foetal surgery

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

## 5.20 Genetic testing

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

## 5.21 Hazardous sports and pursuits

**We** do not cover **Treatment** of injuries sustained from base jumping, cliff diving, 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.

## 5.22 HIV, AIDS or sexually transmitted disease

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

## 5.23 Hormone Replacement Therapy

**You** are not covered for the costs of **Treatment** for Hormone Replacement Therapy (HRT). **We** will cover **Medical Practitioner's** fees including consultations, the cost of implants, patches or tablets which are **Medically Necessary** as a direct result of medical intervention, up to a maximum of 18 months from the date of medical intervention and for Menopause Hormone Replacement Therapy where onset and **Treatment** commence below the age of 40 year.

## 5.24 Obesity and Weight Loss

**You are not covered for costs** of **Treatment** for, or related to Bariatric surgery and any complications arising from it. **You are not covered for costs** of **Treatment** for, or related to removing fat or surplus healthy tissue from any part of the body and any complications arising from it. **You are not covered for the costs** of **Treatment** for, or related to weight loss including weight loss medications and any complications arising from them.

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

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

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

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

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

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

## 5.27 Pregnancy or maternity

**You** are not covered for costs relating to **Pregnancy** or childbirth, voluntary or **Emergency** caesarean section, unless the 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 *(unless specifically covered by **Benefit** 9: **Pregnancy** Medical conditions)*.

## 5.28 Professional sports

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

## 5.29 Reproductive medicine

**You** are not covered for costs relating to:
(i) investigations into or **Treatment** of infertility and fertility, or assisted conception
(ii) Sterilisation (or its reversal)
(iii) Contraception

## 5.30 Routine examinations, health screening

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

## 5.31 Second opinions

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

## 5.32 Self-inflicted injuries or attempted suicide

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

## 5.33 Sexual problems and gender re-assignment

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

## 5.34 Sleep disorders

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

## 5.35 Traditional Chinese Medicine

**You** are not covered for the following, Pre-paid treatment **Plan** or pre-paid package prior to **Treatment** being received, Over-the-counter traditional Chinese Medicines, **Treatments** for tonic or cosmetic purposes or weight management. **You** are not covered for the following Traditional Chinese Medicines (whether prescribed or not) including cordyceps; ganoderma; antler; cubilose; donkey-hide gelatin; hippocampus; ginseng; red ginseng; American Ginseng; Radix Ginseng Silvestris; antelope horn powder; placenta hominis; Agaricus blazei murill; musk; pearl powder; rhinoceros horn and substances from Asian Elephant, Sun Bear, Tiger or other endangered species. **You** are not covered for more than one **Treatment** per day.

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

## 5.37 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 by a family member

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

## 5.39 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. Group Plan administration

## 6.1 The contract

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

## 6.2 Premium payment and refunds

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

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

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

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

## 6.3 Eligibility

### 6.3.1 Age limits

The maximum entry age is 74. **You** must be under 75 years of age at the **Entry Date** of **Your Group Plan**.

### 6.3.2 Actively at Work

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

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

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

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

### 6.3.3 Full medical underwriting

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

All information will be treated in strict confidence.

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

### 6.3.4 Dependants

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

### 6.3.5 Start date

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

### 6.3.6 Local legislation

Membership may depend on local insurance licensing legislation in **Your Country of Residence.** **You** are obliged to meet local legislation requirements in **Your Country of Residence** at any time before and while **You** are a member of this **Group Plan**.
This **Plan** does not remove, replace or substitute **Your** mandatory national health insurance BPJS plan.

### 6.3.7 Non-eligible residency

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

## 6.4 Adding a new Dependant

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

## 6.5 Adding New Borns

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

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

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

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

## 6.6 Changing the Planholder's cover

Subsequent changes in cover can only be made at renewal.

## 6.7 Renewing the Planholder's cover

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

## 6.8 Continuous transfer terms

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

## 6.9 Local taxes

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

## 6.10 Language

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

# 7. Dispute resolution

## 7.1 What should I do if I have reason to complain?

**We** aim to provide **You** with a simple and straightforward service. Providing **You** with clear and accurate information, whether in writing or by telephone, is an important part of this service. **Our** customer service team is there to help **You** get the best from **Your** Now Health membership. They can help **You** when **You** make a claim, as well as remind **You** of restrictions **You** may have on **Your Plan** (please remember that **Your Plan** is not intended to cover all eventualities).

If **You** are dissatisfied with the service **We** have provided or if **You** feel that **We** have made a wrong decision, **We** will of course try to address **Your** concerns. **Your** feedback helps **Us** improve **Our** service to **You**.

### *Step 1*

If **You** are dissatisfied with any service **You** have received from **Us**, please contact **Our** customer service team on T +62 21 2783 6910 or CustomerService@now-health.com in the first instance.

**You** can also make a complaint directly from **Your** online secure portfolio area at www.now-health.com.

**We** will acknowledge **Your** complaint upon receipt and investigate.

**After investigating, We will provide to You a response**. If there is an unavoidable delay, **We** will inform **You** of this.

**Our** aim is to resolve **Your** complaint satisfactorily and **We** will inform **You** of the outcome.

### *Step 2*

**We** hope to resolve **Your** complaint satisfactorily. However, if **You** are unhappy with the outcome **You** have received from **Us** and remain dissatisfied, **You** may refer **Your** complaint to the relevant Authorities below.

Financial Services Authority (Otoritas Jasa Keuangan (OJK))
Website: https://kontak157.ojk.go.id/

Alternative Dispute Resolution Institution for the Financial Services Sector (Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK))
Website: https://lapssjk.id/pengertian-mediasi/

**7.2** 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.

**7.3** 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:

### 7.3.1 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.

### 7.3.2. 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.

### 7.3.3 Conclusion

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

## 7.3 What we do with your personal data

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

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

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

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

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

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

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

**We** may be required to transfer personal and sensitive data, for the purpose of providing the services set out under the terms of this **Plan**, to third parties located in countries which may not be designated jurisdictions for data transfer as per applicable data protection laws.

# 8. Rights and responsibilities

## 8.1 Your rights and responsibilities

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

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

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

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

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

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

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

If the **Group Plan** is cancelled during the 14-day cooling off period **We** will return any premium paid for the **Group Plan** providing no claims have been made on the **Group Plan,** in relation to the **Period of Cover** before cancellation (being no more than 14 days' cover). If **You** incur **Eligible** claims costs within that **Period of Cover We** reserve the right to require the **Planholder** to pay for the services **We** have actually provided in connection with the **Group Plan** to the extent permitted by law and any return of premium is subject t o this.

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

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

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

8.1.7 **We** will not be liable for any misuse by **You** of such **Out-Patient Direct Billing** membership cards, if **We** have already paid the **Benefit We** can recover those sums from **You**.

## 8.2 Our rights and responsibilities

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

8.2.2 If for whatever reason there is a break in **Your** cover**, We** may reinstate the cover if the premium is subsequently paid, though terms of cover may be subject to variation. Any acceptance by **Us** is subject to **Our** written consent and the **Planholder's** acceptance.

8.2.3 **We** can refuse to add a family member to the **Group Plan** and **We** will tell the **Planholder** if **We** do.

8.2.4 **We** will pay for **Eligible** costs incurred during a period for which the premium has been paid.

8.2.5 If **You** break any of the terms of the **Group Plan** which **We** reasonably consider to be fundamental, **We** may (subject to 8.2.7) do one or more of the following:

- Refuse to make any **Benefit** payment or, if **We** have already paid **Benefits, We** can recover from **You** or the **Planholder** any loss to **Us** caused by the break
- Refuse to renew **Your Group Plan**
- Impose different terms to any cover **We** are prepared to provide
- End **Your Group Plan** and all cover under it immediately

8.2.6 Waiver by **Us** of any breach of any term or condition of this **Group Plan** shall not prevent the subsequent enforcement of that term or condition and shall not be deemed to be a waiver of any subsequent breach.

8.2.7 If **You** (or anyone acting on **Your** behalf) make a claim under **Your Group Plan** knowing it to be false or fraudulent, (i.e. **You** make a misrepresentation) **We** can refuse to make **Benefit** payments for that claim and may declare **Your Benefits** void, as if it never existed. If **We** have already paid the **Benefit We** can recover those sums from **You** or the **Planholder**. Where **We** have paid a claim later found to be fraudulent (whether in whole, or in part), **We** will be able to recover those sums from **You**.

8.2.8 **We** retain all rights of subrogation. **You** have no right to admit liability for any event or give any undertaking, which is binding upon **You, Your Dependants** or any other person named in the **Certificate of Insurance** without **Our** prior written consent.

8.2.9 **We** may alter the handbook terms or **Benefit Schedule** from time to time, but no alteration shall take effect until the next annual **Renewal Date. We s**hall notify such changes to **You** in writing by sending the details to the primary contact details **We** have for **You. We** reserve the right to revise or discontinue the **Group Plan** with effect from any **Renewal Date**.

No variation or alteration will be admitted unless it is in writing and signed on behalf of **Us** by an authorised employee.

8.2.10 This **Group Plan** is written in English and Indonesian and all other information and communications to **You** relating to this **Group Plan** will also be in English and Indonesian unless **We** have agreed otherwise in writing.

### 8.2.11 Termination

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

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

## 8.2.12 Premium Payment Warranty (1 May 2005)

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

(a) Notwithstanding anything herein contained but subject to clause 2 hereof, it is hereby agreed and declared that if the Period of Insurance is sixty (60) days or more, any premium due must be paid and actually received in full by the Company (or the intermediary through whom this **Policy** was effected) within sixty (60) days of the:-
   (i) Inception date of the coverage under the **Plan**, Renewal Certificate or Cover Note; or
   (ii) Effective date of each Endorsement, if any, issued under the **Plan**, Renewal Certificate or Cover Note.

(b) In the event that any premium due is not paid and actually received in full by **Us** (or the intermediary through whom this **Plan** was effected) within the sixty (60) day period referred to above, then:
   (i) The cover under the **Plan**, Renewal Certificate, Cover Note or Endorsement is automatically terminated immediately after the expiry of the said sixty (60) day period;
   (ii) the automatic termination of the cover shall be without prejudice to any liability incurred within the said sixty (60) day period; and
   (iii) **We** shall be entitled to a pro-rata time on risk premium subject to a minimum of USD 25 or the minimum premium applicable for the **Plan.**

(c) If the Period of Insurance is less than sixty (60) days, any premium due must be paid and actually received in full by the Company (or the intermediary through whom this **Plan** was effected) within the Period of Insurance.

## 8.2.13 Sanction Limitation And Exclusion Clause

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

## 8.2.14 Terrorism Exclusion Endorsement

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

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

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

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

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

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

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

# 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).

**Now Health International**

**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 Sompo Insurance Indonesia in association with Now Health International. Now Health International's subsidiary company in Indonesia is PT Now Health International Indonesia which provides Management Consultancy advice in International Private Medical Insurance to PT Sompo Insurance Indonesia.

Visit www.sompo.co.id to find out more about PT Sompo Insurance Indonesia.

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

Kunjungi www.sompo.co.id untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sompo Insurance Indonesia.

WC IND 28006 01/09/2026