

**Essential Health  
Plan Agreement  
for Individuals &  
Families**

For Individuals with an Essential Health plan  
whose period of cover starts on or after  
**01 September 2018**



## AGREEMENT FOR YOUR ESSENTIAL HEALTH PLAN

<b>BAGIAN I PENDAHULUAN</b>	<b>CHAPTER I PRELIMINARY</b>
Terima kasih telah memilih Program Asuransi Essential Health Plan Essential Health. Kami menyediakan Anda Program Asuransi Essential Health Plan kesehatan yang dapat diandalkan, penting bagi Anda untuk memahami secara penuh batasan-batasan pertanggung jawaban yang kami sediakan. Polis ini menjelaskan apa yang ditanggung dan tidak ditanggung oleh Program Asuransi Essential Health Plan Essential Health Plan Anda dan bagaimana Klaim Anda akan diurus.	Thank you for choosing an Essential Health plan. We want to provide you with an insurance policy you can rely on, so it is important that you fully understand the scope of the cover we provide. This agreement explains what is and what is not covered by your plan, and how your claims will be administered.
Mohon untuk meluangkan waktu untuk membaca Polis ini berikut sertifikat asuransi dan formulir permohonan Anda karena ketiga dokumen ini bersama-sama merupakan kontrak antara Anda dan Kami.	Please take time to read this agreement along with your certificate of insurance and application form. Together, these documents form the contract between you and us.
Kata-kata tertentu yang kami gunakan dalam Polis ini memiliki arti khusus yang ingin kami tunjukkan untuk menjadi perhatian Anda: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kami – berarti LippoInsurance.</li> <li>• Anda – berarti Anda dan semua tertanggung dalam Program Asuransi Essential Health Plan Essential Health Plan ini, seperti yang diperlihatkan dalam sertifikat asuransi Anda.</li> </ul>	Certain words we use within this agreement have a special meaning to which we would like to draw your attention. For example: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ‘We, us, our’ – means LippoInsurance</li> <li>• ‘You, your’ – means you and all insured persons on this plan, as shown on your certificate of insurance</li> </ul>
Di sepanjang dokumen ini ada kata dan frasa tertentu yang ditampilkan dalam cetak tebal. Arti kata-kata dan frasa ini disediakan dalam bagian “Definisi” pada Polis ini.	These words appear in bold type, and we provide their precise meanings in the ‘Definitions’ chapter of this agreement.
LippoInsurance adalah Penanggung dari Program Asuransi Essential Health Plan Essential Health Plan Anda. Polis ini tunduk dan telah disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan termasuk peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK).	LippoInsurance is the insurer of your plan. This agreement complies with the laws and customs of Indonesia, including regulation and legislation specified by the Otoritas Jasa Keuangan.
<b>HAK MEMPELAJARI</b>	<b>COOLING OFF PERIOD</b>
Apabila Anda memutuskan bahwa Program Asuransi Essential Health Plan Anda tidak memenuhi kebutuhan Anda, Anda tinggal menghubungi kami dan memberitahukan bahwa Anda ingin membatalkannya. Asalkan kami menerima instruksi tertulis Anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal bergabung Anda, dan asalkan klaim belum pernah diajukan, kami akan mengembalikan premi Anda secara penuh.	If you decide your plan does not meet your needs, simply contact us and advise us that you wish to cancel. Provided we receive your written instruction within 30 days of your date of entry, and provided no claims have been made, we will refund your premium in full.
Jika Kami menerima instruksi Anda untuk membatalkan Program Asuransi Essential Health Plan Asuransi Anda lebih dari 30 hari setelah tanggal bergabung Anda, syarat-syarat kebijakan pembatalan kami akan berlaku.	If we receive your instruction to cancel your plan more than 30 days after your date of entry, the terms of our cancellation policy will apply.
<b>BAGIAN II DASAR-DASAR POLIS</b>	<b>CHAPTER II BASIS OF THE POLICY</b>
<b>Pasal 1 : PRINSIP-PRINSIP ASURANSI</b>	<b>Article 1: INSURANCE PRINCIPLES</b>
a) Polis ini berikut formulir permohonan Anda, dan sertifikat asuransi Anda merupakan keseluruhan kontrak antara Anda dan kami. Syarat-syarat dari Polis ini berlaku bagi Anda dan semua tanggungan Anda yang memenuhi syarat sebagaimana tercantum dalam lampiran tanggungan dalam sertifikat asuransi Anda.	a) This agreement, together with your application form and your certificate of insurance, make up the contract between you and us. The terms of this agreement apply to you and to all of your eligible dependants as stated in the schedule of insured persons on your certificate of insurance.
b) Program Asuransi Essential Health Plan ini menyediakan Anda manfaat untuk biaya dari pengobatan atas kondisi kesehatan yang memenuhi syarat yang timbul setelah tanggal bergabung Anda. Kami akan membayar biaya yang wajar dan lazim untuk perawatan medis yang diperlukan atas kondisi medis yang ditanggung dalam Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Kami hanya akan membayar untuk setiap perawatan tersebut apabila dijalani selama masa pertanggung jawaban dan asalkan pembayaran premi Anda telah dilunasi sampai tanggal penagihan terakhir. Segala penggantian yang kami berikan dapat dapat dikenai batas eksekusi dan/atau co-insurance, dan	b) Your plan provides you with benefit for the cost of treating eligible medical conditions which arise after your date of entry. We will pay for the reasonable and customary costs of medically necessary treatment of medical conditions covered by your plan. We will only pay for such treatment if it is received during your period of cover, and provided your premium payments have been kept up to date. Any reimbursement we make may be subject to an excess and/or co-insurance, and certain benefits are subject to a benefit limit. Your excess amount will be stated on your

<p>manfaat-manfaat tertentu dapat dikenai batas manfaat. Jumlah eksekusi Anda akan dicantumkan dalam sertifikat asuransi Anda. Segala ko-asuransi dan batas manfaat adalah sebagaimana yang dicantumkan dalam tabel manfaat untuk jenis Program Asuransi Essential Health Plan Anda.</p>	<p>certificate of insurance. Any co-insurance and benefit limits will be as stated in the table of benefits for your plan type.</p>
<p>c) Kewajiban kami berdasarkan Program Asuransi Essential Health Plan ini terbatas hanya pada membayarkan perawatan atau layanan berdasarkan pada klaim yang memenuhi syarat sebagaimana diatur dalam Program Asuransi Essential Health Plan ini. Pilihan dari Penyedia Layanan Medis atas perawatan atau layanan yang terkait dengan klaim yang diajukan berdasarkan Program Asuransi Essential Health Plan ini menjadi tanggung jawab Anda. Kami tidak memberikan arahan ataupun rekomendasi terkait dengan ketersediaan dan standar terhadap perawatan atau layanan apapun yang ditawarkan atau disediakan oleh rumah sakit atau Penyedia Layanan Medis manapun. Kami tidak bertanggungjawab terhadap Anda ataupun Tertanggung lainnya untuk setiap kerugian, kecelakaan atau kerusakan yang dihasilkan oleh kurangnya ketersediaan atau yang dihasilkan dari ketidaksesuaian kualitas dari masing-masing perawatan atau layanan yang ditawarkan atau disediakan oleh rumah sakit atau Penyedia Layanan Medis manapun. Program Asuransi Essential Health Plan ini mewakili keseluruhan dan terbatas hanya pada perjanjian antara Anda dan LippoInsurance yang berkaitan dengan ketentuan tentang Program Asuransi kesehatan pribadi</p>	<p>c) Our liability under this plan is limited to paying for treatment or services in respect of eligible claims under this plan. The choice of provider of the treatment or services for which you are claiming under this plan is your responsibility. We make no representations or recommendations regarding the availability and standard of any treatment or services offered or provided by any hospital or medical services provider. We will not be held liable to you or any insured person for any loss, harm or damage of any description resulting from lack of availability or from a defect in the quality of any treatment or service offered or provided by any hospital or medical services provider. This plan represents the whole and only agreement between you and the insurer relating to the provision of private medical insurance.</p>
<p>d) Kami mengandalkan informasi yang Anda berikan kepada kami dalam formulir permohonan Anda ketika kami memutuskan apakah akan menerima permohonan Anda atau tidak, dan apakah kami perlu memberlakukan syarat-syarat khusus atau tidak. Jika formulir permohonan Anda mengabaikan fakta atau memuat fakta yang tidak benar atau tidak lengkap, maka kami berhak untuk menyatakan bahwa Program Asuransi Essential Health Plan Anda tidak berlaku. Atau, kami dapat memberlakukan syarat-syarat khusus atas Program Asuransi Essential Health Plan Anda yang akan mulai berlaku sejak tanggal bergabung Anda. Jika kondisi kesehatan Anda, atau kondisi kesehatan tanggungan Anda yang memenuhi syarat berubah antara tanggal Anda mengisi formulir permohonan Anda dan tanggal bergabung Anda, maka Anda wajib memberitahukan perubahan tersebut secara tertulis kepada kami, dan kami hanya dapat menerima permohonan Anda dengan syarat-syarat khusus.</p>	<p>d) We rely on the information you supply to us in your application form when we decide whether or not to accept your application, and whether or not we need to apply special terms. If your application form omits facts or contains materially incorrect or incomplete facts, we have the right to declare your plan void. Alternatively we may impose special terms on your particular plan which will apply from your date of entry. If your state of health, or the state of health of any of your eligible dependants changes between the time you complete your application form and your date of entry, you must tell us in writing about the change, and we may only be able to accept your application with special terms.</p>
<p>e) Kecuali jika kami telah menyepakati lain, Program Asuransi Essential Health Plan Anda tidak akan menanggung setiap kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya atau kondisi terkait.</p>	<p>e) Unless we have agreed otherwise, your plan will not cover any pre-existing medical conditions or related conditions.</p>
<p>f) Anda wajib berusia di bawah 70 (tujuh puluh) tahun pada saat tanggal mulai Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Anda dapat mengajukan permohonan pertanggungan atas nama suami/istri atau pasangan Anda (asalkan mereka berusia di bawah 70 (tujuh puluh) tahun), dan/atau atas nama anak-anak Anda yang belum menikah, asalkan mereka berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun, atau kurang dari 25 (dua puluh lima) tahun jika masih menempuh pendidikan purna waktu.</p>	<p>f) You must be under 70 years of age at the commencement date of your plan. You may apply for cover on behalf of your spouse or partner (provided they are under 70 years of age) and/or on behalf of your unmarried children, provided they are aged less than 18 years old, or less than 25 years old if in continuous full-time education.</p>
<p>g) Pertanggungan Anda akan dimulai sejak tanggal bergabung yang tercantum dalam sertifikat asuransi Anda. Kami tidak akan memulai pertanggungan Anda sampai Kami telah menerima permohonan anda dan menerima pembayaran penuh premi tahunan, setengah tahunan, kuartalan atau bulanan Anda.</p>	<p>g) Your cover will commence from the date of entry stated on your certificate of insurance. We will not commence your cover until we have accepted your application and we have received payment of your full annual, half-yearly, quarterly or monthly premium.</p>
<p>h) Berdasarkan ketentuan Polis ini, pertanggungan tidak tersedia bagi Anda jika Amerika Serikat adalah atau menjadi negara tempat tinggal</p>	<p>h) Under the terms of this agreement cover is not available to you if the USA is or becomes your country of residence, irrespective of</p>

<p>Anda, terlepas dari kewarganegaraan Anda. Jika Amerika Serikat menjadi negara tempat tinggal Anda, Anda wajib memberi tahu kami. Pertanggunggaan Anda akan berakhir secara otomatis sejak tanggal Anda tinggal di Amerika Serikat.</p>	<p>your nationality. If the USA becomes your country of residence you must tell us. Your cover will automatically terminate from the date on which you take up residence in the USA.</p>
<p>i) Kami memiliki hak untuk memberlakukan ketentuan khusus terhadap Program Asuransi Essential Health Plan Anda apabila Anda memberikan Kami informasi yang tidak akurat dan tidak lengkap. Ketentuan khusus tersebut akan berlaku sejak tanggal Anda Bergabung.</p>	<p>i) We have the right to apply special terms to your plan if you give us inaccurate or incomplete information. Such special terms will be applied from your date of entry.</p>
<p><b>Pasal 2 : PERUBAHAN POLIS</b></p>	<p><b>Article 2: POLICY CHANGES</b></p>
<p>a) Perubahan terhadap Polis Anda hanya akan dianggap sah apabila Anda telah memberitahukan kepada Kami dan Kita telah sepakat mengenai perubahan tersebut. Dalam keadaan tertentu, Kami akan melakukan endorsement terhadap Polis Anda yang nantinya akan terlihat pada Sertifikat Asuransi Anda.</p>	<p>a) Changes to your (policy) are only be legitimate if you have notified us and we have agreed to the changes. In some cases, we will add an endorsement to your plan, which will be shown on your certificate of insurance.</p>
<p>b) Anda wajib memberitahukan kepada kami apabila Anda mengubah alamat Anda dan memberikan kepada Kami rincian atas alamat baru tersebut. Apabila Anda mengubah Negara tempat tinggal atau mengubah status kewarganegaraan, Anda wajib untuk segera memberitahukannya kepada kami. Apabila anda berada pada wilayah yang dibatasi dalam pertanggunggaan dan kemudian Anda pindah ke Negara diluar wilayah pertanggunggaan Anda, Anda wajib mengajukan perubahan atas wilayah pertanggunggaan Anda. Permohonan Anda akan diajukan kepada underwriting medis. Apabila Anda telah berada pada standar wilayah pertanggunggaan dan Anda kembali kepada Negara asal dari kewarganegaraan Anda, maka Anda diperbolehkan untuk melanjutkan Polis anda dengan syarat hukum dari Negara asal kewarganegaraan Anda memperbolehkan Kami untuk menawarkan pertanggunggaan kepada Anda, dan Kami telah sepakat untuk menawarkan pertanggunggaan kepada Negara tersebut. Kami memiliki hak sepenuhnya untuk menolak dalam menawarkan pertanggunggaan kepada Negara-negara tertentu.</p>	<p>b) You must inform us if you change your address and provide us with the new details. If you change your country of residence or you change your country of nationality, you must tell us straight away. If you have a restricted area of cover and you move to a country outside your area of cover, you must apply to change your area of cover. Your application will be subject to medical underwriting. If you have the standard area of cover and you return to your country of nationality, you may continue to renew your plan provided that the local laws in your country of nationality permit us to offer you cover, and provided that we agree to offer cover in that country. We reserve the right to refuse to offer cover in certain countries.</p>
<p>c) Berdasarkan ketentuan Polis ini tidak tersedia bagi Anda jika Amerika Serikat adalah atau menjadi negara tempat tinggal Anda, terlepas dari kewarganegaraan Anda. Jika Amerika Serikat menjadi negara tempat tinggal Anda, Anda wajib memberi tahu kami. Pertanggunggaan Anda akan berakhir secara otomatis sejak tanggal Anda tinggal di Amerika Serikat Jika selama berjalannya pertanggunggaan tidak terjadi klaim, maka Kami akan mengembalikan premi yang tidak terpakai untuk waktu yang belum dijalani. Jika sudah terjadi klaim oleh salah satu Tertanggung, maka tidak ada premi yang akan dikembalikan.</p>	<p>c) Under the terms of this agreement cover is not available to you if the USA is or becomes your country of residence, irrespective of your nationality. If the USA becomes your country of residence you must tell us. Your cover will automatically terminate from the date on which you take up residence in the USA. Provided there have been no claims made, we will refund any unused premium. If a claim has been made by any insured person, no premium refund will be paid.</p>
<p><b>Pasal 3 : DATA YANG DIPERLUKAN</b></p>	<p><b>Article 3: REQUIRED INFORMATION</b></p>
<p>Anda wajib memberitahu kami secara tertulis jika terdapat beberapa perubahan dalam Polis terhadap hal-hal berikut ini:</p>	<p>You must notify us in writing regarding the following changes to your (policy):</p>
<p>Anda dapat mengajukan permohonan pertanggunggaan atas nama suami/istri atau pasangan Anda, asalkan mereka masih berusia di bawah 70 (tujuh puluh) tahun pada tanggal bergabungnya. Anda juga dapat mengajukan permohonan pertanggunggaan untuk anak-anak tanggungan Anda yang memenuhi syarat, asalkan mereka masih berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun, atau di bawah 25 (dua puluh lima) tahun jika mereka masih menempuh pendidikan purnawaktu secara kontinu. Kami memiliki hak sepenuhnya untuk meminta bukti seorang yang anak sedang menempuh pendidikan purnawaktu. Kami tidak akan memulai pertanggunggaan untuk tanggungan baru yang memenuhi syarat sebelum kami menerima permohonan mereka dan kami telah menerima pembayaran premi mereka.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>You may apply for cover on behalf of your spouse or partner, provided they are under 70 years of age on their date of entry. You may also apply for cover for your eligible dependant children, provided they are under 18 years old, or under 25 years old if they are in continuous full-time education. We reserve the right to request proof of a child being in full-time education. We will not commence cover for a new eligible dependant until we have accepted their application and we have received payment of their premium.</li> </ul>
<p>Anda dapat menambahkan anak Anda yang baru lahir kedalam Program Asuransi Essential Health Plan Anda, tanpa penjaminan medis, asalkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>You may add your newborn child to your plan, without any medical underwriting, provided you notify us of their full name</li> </ul>



Anda memberitahu kami nama lengkap dan tanggal lahirnya, dan melakukan pembayaran preminya, dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal kelahirannya. Apabila Anda telah menjadi tertanggung asuransi kami selama jangka waktu sepuluh bulan berturut-turut atau lebih pada tanggal kelahiran, maka tanggal bergabung dapat dimajukan mengikuti tanggal lahirnya. Pertanggung jawaban anak tersebut terbatas pada pertanggung jawaban yang disediakan oleh jenis Program Asuransi Essential Health Plan Anda (pemegang Polis).

Jika Anda ingin anak Anda memiliki pertanggung jawaban yang dinaikkan dalam hal mana pun bila dibandingkan dengan pertanggung jawaban Anda (pemegang Polis) maka kami memerlukan formulir permohonan, dan permohonan anak Anda akan diajukan kepada underwriting medis.

Jika Anda tidak memberitahu kami tentang kelahiran anak Anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak kelahirannya, dan/atau Anda tidak membayar premi tambahan

dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal kelahirannya, maka Anda harus mengajukan permohonan baru agar anak Anda dimasukkan kedalam Program Asuransi Essential Health Plan Anda, dan permohonan ini akan dikenai penjaminan medis.

Anak yang baru lahir yang lahir sebagai hasil dari perawatan reproduksi yang dibantu dan lahir dalam waktu 36 (tiga puluh enam) minggu sejak pembuahan selalu dikenai penjaminan medis.

Jika anak Anda yang baru lahir tidak ditambahkan ke Program Asuransi Essential Health Plan Anda, mereka mungkin masih memiliki beberapa penutup di bawah Program Asuransi Essential Health Plan Anda selama 90 (Sembilan puluh) hari pertama kehidupan mereka. Silakan lihat manfaat bayi yang baru lahir untuk rincian lengkap.

Jika Anda (pemegang Polis) meninggal dunia, asalkan belum pernah diajukan klaim atas Polis, maka kami akan mengembalikan premi belum terpakai sejak tanggal kematian Anda.

Jika Anda (pemegang Polis) memiliki tanggungan yang memenuhi syarat dalam (Polis) Program Asuransi Essential Health Plan Anda, karena perjanjian yang ada adalah antara kami dan Anda selaku pemegang Polis, maka kami akan mengalihkan tanggungan Anda yang memenuhi syarat kepada (Polis) Program Asuransi Essential Health Plan mereka sendiri.

Agar kami dapat melaksanakan hal ini, kami memerlukan formulir permohonan baru yang harus diisi dan dikembalikan kepada kami dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal kematian Anda. Asalkan kami menerima formulir permohonan baru, dan asalkan premi masih terus dibayar, kami akan melanjutkan pertanggung jawaban mereka seperti sebelumnya.

Apabila tanggungan Anda yang memenuhi syarat ingin meneruskan pertanggung jawaban yang dinaikkan dalam hal apa pun bila dibandingkan dengan pertanggung jawaban mereka sebelumnya, mereka harus mengisi formulir permohonan baru dan permohonan ini akan dikenai penjaminan medis.

Apabila tanggungan Anda yang memenuhi syarat berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun, maka wali mereka harus menandatangani formulir permohonan selaku pemegang Polis atas nama mereka.

Apabila tanggungan yang memenuhi syarat yang diasuransikan meninggal dunia, mohon untuk segera memberitahukannya kepada kami. Apabila ia belum pernah mengajukan klaim atas Polis, maka premi yang belum terpakai sejak tanggal kematian mereka akan dikembalikan. Namun jika tertanggung yang meninggal dunia tersebut pernah mengajukan klaim, maka premi tidak akan dikembalikan.

Jika Anda (pemegang Polis) menyertakan suami/istri atau pasangan Anda dalam program Anda dan Anda kemudian berpisah atau bercerai, kami harus mengalihkan suami/istri atau pasangan Anda yang diasuransikan tersebut kepada Polis Program Asuransi Essential Health Plannya sendiri. Agar kami dapat melaksanakan hal ini, kami mensyaratkan agar suami/istri atau pasangan Anda mengisi formulir permohonan baru yang

and date of birth, and make payment of their premium, within 30 days of their date of birth. If you have been insured with us for a continuous period of ten months or more at the date of birth, the date of entry can be backdated to their date of birth. The child's cover will be restricted to the cover provided by your (the plan holder's) plan type. If you wish your child to have cover that is enhanced in any way in comparison to your (the plan holder's) cover, we will require an application form, and your child's application will be subject to medical underwriting. If you do not inform us about the birth of your child within 30 days of their birth, and/or you do not pay the additional premium within 30 days of their date of birth, you will have to make a new application for your child to be added to your plan, and this application will be subject to medical underwriting. Newborn children who have been born as a result of assisted reproduction treatment and born within 36 weeks of conception are always subject to medical underwriting. If your newborn child is not added to your plan they may still have some cover under your plan for their first 90 days of life. Please see the newborn babies benefit for full details.

- If you (the plan holder) die, provided no claim has been made on your plan, we will refund any unused premium from your date of death. If you (the plan holder) have eligible dependants insured under your plan, as the contract is between us and you as the plan holder, we will have to transfer your eligible dependants on to their own plan. To enable us to do this we will require a new application form which must be completed and returned to us within 30 days of your date of death. Provided we receive the new application form, and provided premiums continue to be paid up to date, we will continue their cover as before. If your eligible dependants want to continue with cover that is enhanced in any way in comparison to their previous cover, they will have to complete a new application form and this new application will be subject to medical underwriting. If your eligible dependants are under the age of 18, their legal guardian will have to sign the application form as the plan holder on their behalf. If an insured eligible dependant dies, please inform us as soon as possible. If they have made no claim on their plan, any unused premium from their date of death will be refunded. However if the deceased insured person had made a claim, no premium refund will be made.

- If you (the plan holder) have your spouse or partner included under your plan and you become separated or divorced, we will have to transfer your insured spouse or partner on to their own plan. To enable us to do this we will require your spouse or partner to complete a new application form which must be completed and returned to us within 30 days of your date of

<p>harus diisi dan dikembalikan kepada kami dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal perceraian atau perpisahan Anda.</p> <p>Asalkan kami menerima formulir permohonan baru, dan asalkan premi masih terus dibayar, kami akan meneruskan pertanggungungan mantan suami/istri atau pasangan Anda tersebut seperti sebelumnya. Jika mantan suami/istri atau pasangan Anda ingin meneruskan pertanggungungan yang dinaikkan dalam hal apa pun bila dibandingkan dengan pertanggungungan sebelumnya, maka mereka harus mengisi formulir permohonan baru dan permohonan ini akan disampaikan kepada underwriting medis mengenai penjaminan medis.</p>	<p>divorce or separation. Provided we receive the new application form, and provided premiums continue to be paid up to date, we will continue to cover your insured ex-spouse or partner as before. If your ex-spouse or partner wants to continue with cover that is enhanced in any way in comparison to their previous cover, they will have to complete a new application form and this new application will be subject to medical underwriting.</p>
<p>Jika salah seorang anak Anda telah menikah, atau telah mencapai usia 18 tahun (atau 25 tahun jika ia sedang menempuh pendidikan purnawaktu) maka ia tidak lagi memenuhi syarat untuk disertakan dalam program Anda mulai tanggal perpanjangan setelah pernikahan/ulang tahunnya. Meskipun demikian, anak Anda dapat mengajukan permohonan untuk meneruskan pertanggungannya dalam programnya sendiri, dengan tarif premi dewasa yang berlaku, asalkan ia mengirimkan kepada kami formulir permohonannya yang telah diisi dan kami menerima premi yang semestinya dalam waktu 30 hari sejak tanggal perpanjangan Anda.</p> <p>Jika ia ingin meneruskan pertanggungungan yang dinaikkan dalam hal apa pun bila dibandingkan dengan pertanggungannya sebelumnya, ia harus mengisi formulir permohonan baru dan segala kenaikan dalam pertanggungannya akan dikenai penjaminan medis.</p> <p>Jika kami masih belum menerima formulir permohonan dan premi anak Anda dalam waktu 30 hari sejak tanggal perpanjangan Anda, maka pertanggungannya akan otomatis berakhir terhitung mulai tengah malam pada hari sebelum tanggal perpanjangan Anda. Jika ia kemudian ingin mengajukan permohonan untuk pertanggungungan, maka ia harus mengisi formulir permohonan baru dan permohonan baru ini akan dikenai penjaminan medis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If one of your children has married, or has reached the age of 18 (or the age of 25 if they are in full time education) they will no longer be eligible to be included in your plan from the renewal date following their marriage/birthday. However, your child may apply to continue their cover on their own plan, at the applicable adult premium rate, provided they send us their completed application form and we receive the appropriate premium within 30 days of your renewal date. If they want to continue with cover that is enhanced in any way in comparison to their previous cover, they will have to complete a new application form and any enhancement in their cover will be subject to medical underwriting. If we do not receive your child's application form and premium within 30 days of your renewal date, their cover will automatically cease from midnight on the day before your renewal date. If they subsequently wish to apply for cover, they will have to complete a new application form and this new application will be subject to medical underwriting.</li> </ul>
<p>Anda dapat mengajukan permohonan menaikkan pertanggungungan Anda sewaktu-waktu dengan cara mengisi formulir permohonan baru, dan pertanggungungan yang dinaikkan tersebut harus dikenai penjaminan medis. Jika kami menerima permohonan menaikkan pertanggungungan Anda, kami akan mengeluarkan tagihan untuk premi yang dinaikkan. Pertanggungungan Anda yang dinaikkan akan dimulai sejak tanggal kami menerima premi Anda, asalkan diterima dalam waktu 30 hari sejak tanggal permohonan Anda.</p> <p>Jika Anda meningkatkan jenis program Anda, klaim sehubungan dengan manfaat yang tunduk pada masa tunggu akan dinilai sesuai dengan jenis program sebelumnya sampai masa berlakunya masa tunggu program baru Anda untuk keuntungan tersebut. Misalnya, jika Anda dilindungi oleh program perak, dan Anda meningkatkan program Anda terhadap program emas, semua manfaat yang harus dibayarkan sehubungan dengan bagian 'manfaat kesejahteraan' akan dibatasi pada batas keuntungan program perak untuk 6 bulan pertama dari program emas. Jika Anda mengajukan permohonan untuk menurunkan ekses Anda, kami akan terus menggunakan ekses Anda yang sebelumnya pada klaim apa pun untuk kondisi apa pun yang pertama kali muncul setelah tanggal bergabung semula Anda dalam program terdahulu Anda, namun sebelum tanggal ekses Anda diturunkan.</p>	<p>You may apply to enhance your cover at any time by completing a new application form, and the enhanced cover will be subject to medical underwriting. If we accept your application for enhanced cover, we will issue an invoice for the increased premium. Your enhanced cover will commence from the date we receive your premium, provided it is received within 30 days of the date of your application. If you enhance your plan type, claims in respect of benefits that are subject to a waiting period will be assessed in accordance with your former plan type until the expiry of your new plan's waiting period for that benefit. For example, if you are covered by the Essential Care plan, and you enhance your plan to the Essential Care Plus plan, any benefit payable in respect of the well-being benefits section will be restricted to the Essential Care plan benefit limit for the first 6 months of your Essential Care Plus plan. If you apply to reduce your excess, we will continue to apply your previous excess to any claim for any condition that first manifests itself after your original date of entry to your previous plan, but before the date your excess is reduced. If we accept your application for enhanced cover and you have previously reduced your cover, all conditions whether diagnosed or not prior to the enhancement will be restricted to the cover prior to the enhancement.</p>
<p>Jika Anda ingin menurunkan pertanggungungan Anda berdasarkan program Anda dalam hal apa pun, Anda harus memberitahu kami secara tertulis dan kami akan memberlakukan perubahan tersebut mulai tanggal perpanjangan Anda yang berikutnya saja.</p> <p>Kami dapat menolak permintaan mengubah ekses Anda menjadi per tahun.</p> <p>Jika Anda ingin membatalkan 'Dental dasar', 'Dental plus' atau 'Medevac plus' opsional, mereka akan dibatalkan untuk semua orang yang diasuransikan dalam program Anda.</p>	<p>If you wish to reduce the cover under your plan in any way, you must tell us in writing and we will make the change from your next renewal date only. We may refuse any request to change your excess to a per annum basis. If you wish to cancel the optional Dental Basic, Dental Plus or Medevac Plus benefits, they will be cancelled for all insured persons on your plan.</p>
<p>Setelah pertanggungungan program Anda telah dimulai, Anda tidak dapat mengubah mata uang program Anda.</p>	<p>Once cover under your plan has commenced, you cannot change your plan currency. However you can cancel your for a new plan.</p>

<p>Namun Anda bisa membatalkan program Anda dan mengajukan program baru. Anda harus melengkapi formulir aplikasi baru yang akan dikenai penjaminan medis.</p>	<p>You will have plan and apply to complete a new application form which will be subject to medical underwriting.</p>
<p>Pasal 4 : PREMI DAN TAGIHAN LAIN</p>	<p>Article 4: YOUR PREMIUM</p>
<p>Premi Program Asuransi Essential Health Plan Premi Program Asuransi Essential Health Plan dihubungkan dengan usia dan akan naik seiring bertambahnya usia Anda. Premi Program Asuransi Essential Health Plan tidak dijamin sepanjang Program Asuransi Essential Health Plan Anda dan ditinjau kembali setiap tahun. Semua premi harus dibayarkan sebelum tanggal jatuh tempo premi yang tercantum dalam tagihan Anda. Premi harus dibayarkan dalam mata uang yang diatur oleh Polis</p>	<p>The plan premiums are age-related and will increase as you get older. The plan premiums are not guaranteed for the duration of your plan and are subject to annual review. The plan premiums are also dependent upon your country of residence. You must tell us if your country of residence changes. All premiums are payable in advance of the premium due date as shown on your invoice. Premiums must be paid in the plan currency.</p>
<p>Anda dapat membayar premi Anda dengan cara-cara sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per tahun dengan cek, transfer bank, atau kartu kredit atau debit yang dapat diterima.</li> <li>• Per setengah tahun, kuartal, atau bulan dengan kartu kredit atau debit yang dapat diterima.</li> </ul>	<p>You may pay your premiums by the following method:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• annually by cheque or direct debit from a UK bank account, bank transfer, or an acceptable credit or debit card</li> <li>• half-yearly, quarterly, or monthly by an acceptable credit or debit card, or by direct debit from a UK bank account</li> </ul>
<p>Kami hanya dapat menerima pembayaran menggunakan debit atau kartu kredit jika Anda telah memilih Polis sterling, euro atau dolar. Jika Anda membayar Premi Anda melalui debit secara langsung, Kami akan membutuhkan Anda untuk menandatangani mandat debit secara langsung sebelum kami memberlakukan Polis Anda. Apabila pajak atas Premi asuransi atau bentuk apapun juga yang sejenis dipungut oleh pemerintah pada Negara tempat tinggal Anda, Anda juga wajib membayar sejumlah pajak tersebut kepada Kami. Premi wajib dibayarkan secara langsung kepada Kami. Apabila Anda membayar Premi Anda kepada pihak lain seperti perantara atau Broker Asuransi, maka pihak tersebut akan bertindak untuk dan atas nama Anda sebagai Agen. Kami tidak akan bertanggung jawab terhadap setiap Premi yang dibayarkan kepada Pihak Ketiga manapun. Bila Anda memberi kami rincian debit/kartu kredit atau mandat debit langsung, Anda memberi wewenang kepada kami untuk mendebet akun Anda dengan Premi yang sesuai karena tahun rencana berjalan dan untuk semua Premi perpanjangan berikutnya yang harus ditagih oleh kami, sampai saat Anda memberitahukan kepada Kami secara tertulis bahwa Anda ingin mengubah metode pembayaran atau membatalkan Polis Anda. Anda bertanggung jawab untuk memberi tahu Kami tentang rincian kartu kredit/debit Anda saat ini. Jika rincian yang kami pegang untuk Anda masih berlaku, Kami akan secara otomatis mendebet akun Anda dengan premi perpanjangan Anda pada atau sebelum tanggal perpanjangan Anda.</p>	<p>We can only accept credit or debit card payments if you have a sterling, euro or dollar plan. We can only accept direct debit payments if you have a sterling plan. If you pay your premiums by direct debit, we will require your original, signed direct debit mandate before we can commence your plan. If insurance premium tax or any similar charge is levied by the government in your country of residence, you must also pay to us the amount of such tax. Premiums must be paid directly to us. If you pay your premiums to anyone else such as an intermediary or insurance broker, then that person is acting on your behalf as your agent. We are not responsible for any premiums paid to any third party. When you provide us with your debit/credit card details or direct debit mandate you are authorising us to debit your account with the appropriate premiums due for the current plan year and for all subsequent renewal premiums due as invoiced by us, until such time as you advise us in writing that you wish to alter your payment method or cancel your plan. It is your responsibility to keep us informed about your current credit/debit card details. Provided the details we hold for you are still valid, we will automatically debit your account with your renewal premium on or before your renewal date.</p>
<p>Kami akan secara otomatis membatalkan pertanggungungan Anda apabila Anda gagal untuk membayar Premi Anda pada saat atau sebelum tanggal jatuh tempo Premi, atau Kami tidak dapat menarik Premi Anda dari debit atau kartu kredit Anda, atau pendebetan secara langsung dengan alasan apapun. Kami mungkin memperbolehkan untuk melanjutkan pertanggungungan Anda tanpa harus Anda melengkapi formulir aplikasi baru dan pernyataan kesehatan Apabila Anda membayar Premi terhutang dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal jatuh tempo. Selama jangka waktu waktu 30 (tiga puluh) hari ini, Kami tidak akan menerima Klaim apapun untuk perawatan yang terjadi pada saat atau setelah tanggal jatuh tempo pembayaran Premi sampai Anda telah membayarkan Premi jatuh tempo tersebut. Hal ini juga berlaku kepada perawatan yang telah kami setujui sebelumnya. Apabila Anda tidak membayar Premi Anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal jatuh tempo, Kami akan membatalkan Polis Anda saat tengah malam sebelum tanggal jatuh tempo pembayaran Premi. Ketika Kami telah membatalkan Polis Anda, maka Anda wajib untuk mengisi secara lengkap formulir permohonan baru yang kemudian akan diajukan kepada underwriting medis.</p>	<p>We will automatically cancel your cover if you fail to pay your premium on or before the premium due date, or if we are unable to collect your premium from your credit/debit card, or by direct debit for any reason. We may allow your cover to continue without you having to complete a new application form and health declaration if you pay the outstanding premium within 30 days of the premium due date. During this 30 day period we will not accept any claims for treatment incurred on or after the premium due date until you have paid the premium due. This also applies to treatment that we have already pre-authorised. If you do not pay your premium within 30 days of the premium due date, we will cancel your plan from midnight on the day before your premium due date. Once we have cancelled your plan, you will have to complete a new application form which will be subject to medical underwriting.</p>
<p>Bila Anda memiliki anak-anak yang memenuhi syarat yang layak termasuk dalam Program Asuransi Essential Health Plan Anda (pemegang Program Asuransi Essential Health Plan), diskon premi anak akan diterapkan sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anak pertama akan dikenakan biaya 100% dari tarif premi anak</li> </ul>	<p>When you have eligible dependant children included in your (the plan holder's) plan, the child premium discounts will be applied as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the first child will be charged 100% of the child premium rate</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• anak pertama akan dikenakan biaya 80% dari tarif premi anak</li> <li>• anak ketiga dan semua anak berikutnya akan dikenakan 60% dari tarif premi anak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• the second child will be charged 80% of the child premium rate</li> <li>• the third child and all subsequent children will be charged 60% of the child premium rate.</li> </ul>
<p>Jika anak meninggalkan Program Asuransi Essential Health Plan Anda (pemegang Program Asuransi Essential Health Plan), kami akan menghitung ulang premi untuk anak-anak yang tersisa yang berlaku sejak tanggal anak tersebut berangkat. Ini berarti bahwa premi anak yang Anda bayarkan akan selalu didasarkan pada jumlah sebenarnya dari anak yang Anda asuh. Diskon untuk Premi anak tidak bisa diberikan jika Anda, Pemegang Polis, tidak sekaligus menjadi Tertanggung. Dalam kondisi ini maka premi untuk anak akan menjadi naik sebesar 20%.</p>	<p>If a child leaves your, the plan holder's, plan, we will re-calculate the premiums for the remaining children with effect from the date on which the child leaves. This means that the child premiums you pay will always be based on the actual number of children you insure. Child premium discounts are not available when you, the plan holder, are not an insured person. In such cases, the child premium rate will be increased by 20%.</p>
<p>Pasal 5 : PEMBATALAN POLIS</p>	<p>Article 5: POLICY CANCELLATION</p>
<p>Jika Anda memutuskan bahwa Anda ingin membatalkan Program Asuransi Essential Health Plan Anda, Anda harus memberitahu kami secara tertulis melalui surat, surat elektronik atau faksimili. Kami akan membatalkan pertanggungannya Anda sejak tanggal kami menerima instruksi tertulis Anda kecuali jika Anda telah menginstruksikan kepada kami untuk membatalkan Program Asuransi Essential Health Plan Anda mulai suatu tanggal yang akan datang. Kami tidak dapat membatalkan Program Asuransi Essential Health Plan Anda sebelum menerima instruksi tertulis Anda.</p> <p>Asalkan belum ada klaim yang diajukan, kami akan mengembalikan semua premi yang belum terpakai. Jika ada klaim yang pernah diajukan oleh tertanggung mana pun, maka premi tidak akan dikembalikan.</p>	<p>If you wish to cancel your plan, or if you want to cancel cover for one of your dependants, you must instruct us in writing by letter, email, or fax. We will cancel cover from the date we receive your written instructions, or from a date in the future that you have specified. We will not cancel cover from a date prior to us receiving your written instruction to cancel. If you are eligible for direct billing services, we will cancel your cover from the date on which we receive your returned membership card. We will only make a refund in respect of unused premium if no claim has been made. If a claim has been made by any insured person, no unused premium will be refunded in respect of that insured person.</p>
<p>Kami berhak untuk langsung membatalkan Program Asuransi Essential Health Plan Anda jika:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anda tidak membayar premi Anda dan biaya-biaya lainnya seperti pajak premi asuransi dalam waktu 30 hari sejak tanggal jatuh tempo premi</li> <li>• Anda tidak lagi memenuhi syarat untuk diikutsertakan dalam Program Asuransi Essential Health Plan atau Anda pindah ke negara di mana kami tidak dapat menawarkan pertanggungannya kesehatan</li> <li>• Anda belum memberi kami informasi medis yang telah kami minta agar dapat mengkaji suatu klaim atau klaim potensial yang mungkin timbul di masa mendatang</li> <li>• Anda belum melunasi kembali kepada kami pembayaran klaim yang tidak memenuhi syarat yang telah kami tagihkan kepada Anda</li> <li>• Anda, tertanggung atau orang yang bertindak atas nama Anda telah menyampaikan komentar yang bersifat mengancam atau mencaci-maki, atau menggunakan bahasa yang tidak dapat diterima kepada kami atau anggota staf kami, atau penyedia layanan yang bertindak atas nama kami, baik secara lisan (termasuk pembicaraan telepon) atau secara tertulis (termasuk komunikasi elektronik)</li> <li>• kami secara wajar menduga bahwa ada tertanggung yang telah menyesatkan kami atau berusaha menyesatkan kami, baik dengan sengaja atau karena kecerobohan, baik pada saat bergabung atau pun ketika mengajukan klaim, dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mengajukan klaim berdasarkan polis ini dengan mengetahui bahwa klaim tersebut tidak jujur, sengaja dilebih-lebihkan atau mengandung unsur kecurangan dalam hal apa pun</li> <li>○ memberi kami informasi yang tidak lengkap atau palsu; atau</li> <li>○ bekerjasama dengan pihak lain untuk memberikan informasi palsu kepada kami; atau</li> <li>○ merubah dokumen asli</li> </ul> </li> </ul>	<p>We have the right to cancel your plan immediately if:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• you do not pay your premium and other charges such as insurance premium tax within 30 days of any premium due date</li> <li>• you are no longer eligible to be included in the plan or you move to a country where we are unable to offer health cover</li> <li>• you have not provided us with medical information we have requested to enable us to assess a claim or any potential claim that may arise in the future</li> <li>• you have not repaid to us fully any ineligible claim payments we have invoiced you with</li> <li>• you, any insured person or any person acting on your behalf has made any threatening or abusive comment, or used any unacceptable language towards us or any member of our staff, or any service provider acting on our behalf, whether verbally (including any telephone conversation) or in writing (including any electronic communication)</li> <li>• we reasonably suspect that any insured person has misled us or attempted to mislead us, whether intentionally or carelessly, either at the time of joining or when making a claim, by: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ making a claim under this policy knowing it to be dishonest, intentionally exaggerated or fraudulent in any way</li> <li>○ providing us with incomplete or false information</li> <li>○ working with another party to provide false information to us</li> <li>○ changing original documents</li> </ul> </li> </ul>
<p>Jika kami membatalkan Program Asuransi Essential Health Plan Anda karena alasan di atas maka kami tidak akan mengembalikan premi yang telah Anda bayarkan kepada kami. Kami juga dapat melaporkan hal tersebut kepada pihak berwajib yang terkait, apabila diperlukan.</p>	<p>If we cancel your plan for any of the above reasons we will not refund any premium you have paid to us. We may also report the matter to the relevant authorities, if appropriate.</p>
<p>Pasal 6 : PERPANJANGAN POLIS</p>	<p>Article 6: POLICY RENEWAL</p>



Anda dapat terus memperpanjang Program Asuransi Essential Health Plan Anda, setiap tahun, tanpa memandang usia atau kondisi kesehatan Anda, atau banyaknya atau nilai klaim yang telah Anda ajukan. Kami tidak akan membatalkan Program Asuransi Essential Health Plan Anda kecuali jika kami berhak untuk berbuat demikian menurut kebijakan pembatalan kami.

Sebelum tanggal perpanjangan Program Asuransi Essential Health Plan Anda kami akan mengirimkan tagihan kepada Anda melalui surat elektronik yang menyebutkan premi Anda untuk masa pertanggung jawaban baru Anda.

Premi Anda untuk setiap masa pertanggung jawaban baru tersebut akan ditentukan oleh hal-hal berikut:

- usia Anda pada awal masa pertanggung jawaban baru Anda
- usia para tertanggung Anda yang memenuhi syarat pada awal masa pertanggung jawaban baru mereka
- banyaknya anak yang memenuhi syarat yang Anda asuransikan
- jenis Program Asuransi Essential Health Plan Anda
- wilayah pertanggung jawaban Anda dan
- jumlah eksekusi Anda
- negara tempat tinggal Anda

Faktor-faktor lain dapat mempengaruhi premi perpanjangan Anda, seperti perubahan umum yang kami berlakukan terhadap premi Program Asuransi Essential Health Plan kami setiap tahun, dan perubahan atas diskon yang kami kenakan untuk menaikkan eksekusi standar, terhadap pembebanan yang kami kenakan untuk menurunkan eksekusi standar, terhadap diskon premi anak, dan terhadap bea tambahan untuk premi angsuran. Kami dapat pula mengubah cara pembayaran yang kami tawarkan. Premi Anda juga dapat dipengaruhi oleh diberlakukannya, atau dinaikkannya, pajak premi asuransi atau pajak, pungutan atau bea lainnya yang berlaku di negara tempat tinggal Anda. Kami dapat pula merubah manfaat yang ditawarkan oleh jenis Program Asuransi Essential Health Plan Anda dan jika kami melakukannya, kami akan mengirimkan surat kepada Anda sebelum tanggal perpanjangan Anda untuk mengkonfirmasi perubahan-perubahan manfaat ini. Segala perubahan yang kami lakukan terhadap manfaat Anda akan mulai berlaku sejak tanggal perpanjangan Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Dari waktu ke waktu kami dapat memutuskan untuk memberhentikan Program Asuransi Essential Health Plan di mana Anda menjadi anggota. Jika ini terjadi maka kami akan mengalihkan keanggotaan Anda ke Program Asuransi Essential Health Plan lain yang serupa.

Anda harus membayar premi perpanjangan Anda pada atau sebelum tanggal jatuh tempo.

Jika Anda membayar premi Anda dengan kartu kredit atau debit, kecuali jika Anda memberitahu kami agar tidak berbuat demikian, dan asalkan informasi kartu kredit dan debit Anda sesuai keadaan terkini, kami akan menarik premi perpanjangan Anda pada atau sekitar tanggal jatuh temponya. Jika Anda tidak membayar premi perpanjangan Anda dalam waktu 30 hari sejak tanggal jatuh tempo premi, kami akan membatalkan Program Asuransi Essential Health Plan Anda terhitung mulai tengah malam pada hari sebelum tanggal jatuh tempo premi Anda. Kami dapat memperbolehkan pertanggung jawaban Anda berlanjut tanpa harus mengisi formulir permohonan dan pernyataan kesehatan baru jika Anda membayar premi yang tertunggak dalam waktu 30 hari sejak tanggal jatuh tempo premi. Selama jangka waktu 30 hari ini kami tidak akan menerima klaim untuk perawatan yang dikeluarkan pada atau setelah tanggal jatuh tempo premi sampai Anda telah membayar premi yang tertunggak. Hal ini juga berlaku untuk perawatan yang telah kami sahkan sebelumnya. Jika Anda tidak ingin memperpanjang Program Asuransi Essential Health Plan Anda, Anda harus memberitahunya kepada kami secara tertulis sesegera mungkin setelah Anda menerima tagihan premi perpanjangan Anda dan sebelum tanggal perpanjangan Anda.

You may continue to renew your plan, each year, regardless of your age or state of health, or the number or value of claims you have made. We will not cancel your plan unless we are entitled to do so under our cancellation policy. Prior to your plan renewal date we will send you an invoice by email stating your premiums for your new period of cover. Your premium for each new period of cover will be determined by the following:

- your age at the start of your new period of cover
- the ages of your eligible dependants at the start of their new period of cover
- the number of eligible children you insure
- your plan type
- your area of cover
- your excess amount
- your country of residence

Other factors may affect your renewal premiums, such as general changes we make to our premiums annually, and changes to the discounts we apply to increase the standard excess, to the loadings we make to decrease the standard excess, to the child premium discounts, and to the surcharge for instalment premiums. We may also change the methods of payment we offer. Your premiums may also be affected by the introduction of, or increase to insurance premium tax or other tax, levy or charge applicable in your county of residence. We may also change the benefits offered by your plan type and if we do, we will write to you before your renewal date to confirm these benefit changes. Any changes we make to your benefits will come into effect from the renewal date of your plan. From time to time we may decide to discontinue the plan you are a member of. If this happens we will transfer your membership to another similar plan.

You must pay your renewal premium on or before the due date. If you pay your premium by credit or debit card or by direct debit, unless you tell us not to, and provided your credit and debit card details are current, we will withdraw your renewal premium on or around its due date. If you do not pay your renewal premium within 30 days of the premium due date, we will cancel your plan from midnight on the day before your premium due date. We may allow your cover to continue without you having to complete a new application form and health declaration if you pay the outstanding premium within 30 days of the premium due date. During this 30 day period we will not accept any claims for treatment incurred on or after the premium due date until you have paid the premium due. This also applies to treatment that we have already pre-authorised. If you do not wish to renew your plan you must inform us in writing as soon as you receive your renewal premium invoice and prior to your renewal date.

Pasal 7 : TUNTUTAN KEPADA PIHAK KETIGA	Article 7: DEMANDS ON THIRD PARTIES
LippoInsurance tidak akan bertanggung jawab terhadap setiap tuntutan apapun yang berasal dari Tertanggung atau pihak lainnya yang disebabkan atas kelalaian atau malpraktik yang timbul dari perawatan yang dilakukan.	LippoInsurance will not responsible for any charges by an insured person or any other party for negligence or malpractice arising from treatment undertaken.
Pasal 8 : PENIPUAN	Article 8: FRAUD
Jika klaim yang diajukan tidak benar, termasuk dokumen atau dokumen palsu yang telah diubah dengan tujuan menyesatkan kami, kami berhak membatalkan pertanggungan Anda.	In the event that any claim submitted is fraudulent, includes forged documents or documents that have been altered with the aim of misleading us, we reserve the right to cancel your plan.
Pasal 9 : BATAS WILAYAH ASURANSI	Article 9: AREA OF COVER
Pertanggungan yang diberikan berdasarkan Polis Anda adalah seluruh dunia, dengan tunduk pada pengecualian dan pembatasan berikut:	The cover provided by your plan is worldwide, subject to the following exclusions and restrictions:
1. <u>Negara dan wilayah Pertanggungan yang dikecualikan</u> Tidak ada manfaat yang dibayarkan jika perawatan dilakukan di Amerika Serikat, Kanada, negara dan pulau di Karibia, dan wilayah London.	1. <u>Excluded countries and areas</u> No cover is provided in the USA, Canada, any Caribbean country or island, and the London area.
2. <u>Batasan negara dan wilayah Pertanggungan</u> Seluruh negara di Uni Eropa, Andorra, Kepulauan Channel, Gibraltar, Greenland, Islandia, Liechtenstein, Monaco, Norwegia, San Marino, Swiss, Australia, China, Hong Kong, Jepang, Makau, Selandia Baru, Singapura dan Taiwan penjaminan yang kami berikan dibatasi untuk perawatan darurat yang Anda terima saat dalam perjalanan sementara. Perawatan darurat adalah perawatan esensial yang ditanggung oleh program asuransi Anda dan harus diberikan jika Anda menderita kecelakaan atau penyakit yang tiba-tiba dan tidak diduga yang belum pernah Anda derita sebelumnya. Pertanggungan hanya diberikan sesuai dengan manfaat program yang tercantum dalam sertifikat asuransi Anda dan pertanggungan tidak akan diberikan untuk kondisi yang sudah ada atau kondisi terkait, atau kondisi apa pun yang secara khusus dikecualikan dalam sertifikat asuransi Anda. Kami tidak akan membayar perawatan jika Anda tetap bepergian ke suatu negara atau kawasan yang dibatasi meski sudah mengetahui Anda akan memerlukan perawatan. Kami hanya membayar perawatan yang menurut pendapat kami adalah esensial dan tidak dapat ditunda secara wajar hingga kepulangan Anda ke negara yang termasuk dalam wilayah pertanggungan Anda. Perjalanan sementara adalah perjalanan dengan lama tidak lebih dari 90 hari. Perjalanan yang lebih lama dari 90 hari tidak akan ditanggung. Manfaat maksimum yang akan kami bayar sehubungan dengan perawatan darurat yang Anda terima di negara atau kawasan terbatas dalam suatu masa pertanggungan tahunan adalah US\$50.000.	2. <u>Restricted countries and regions</u> For all countries within the European Union, Andorra, Channel Islands, Gibraltar, Greenland, Iceland, Liechtenstein, Monaco, Norway, San Marino, Switzerland, Australia, China, Hong Kong, Japan, Macau, New Zealand, Singapore and Taiwan the cover we provide is restricted to emergency treatment you receive while on a temporary trip. Emergency treatment is essential treatment covered by your plan and required if you suffer an accident or a sudden and unforeseen illness you have never suffered from before. Cover is only provided in accordance with the benefits of the plan stated on your certificate of insurance and no cover will be provided in respect of a pre-existing medical condition or related condition, or any condition specifically excluded on your certificate of insurance. We will not pay for treatment if you have travelled to a restricted country or region knowing that you would require treatment. We only pay for treatment that in our opinion was essential and could not reasonably have been delayed until your return to a country within your area of cover. A temporary trip is a trip of not more than 90 days' duration. Any trip of longer than 90 days will not be covered. The maximum benefit we will pay in respect of all emergency treatment you receive in restricted countries or regions during an annual period of cover is US\$50,000.
Pasal 10 : MATA UANG	Article 10: CURRENCY
Dalam hal klaim yang diajukan sehubungan dengan biaya-biaya yang dinyatakan dalam mata uang negara lain, maka berlaku ketentuan sebagai berikut:  1. Nilai tukar yang berlaku adalah nilai tukar jual yang diterbitkan oleh Bank Indonesia atas mata uang negara yang bersangkutan serta disetujui oleh kami pada tanggal tertanggung meninggalkan Rumah Sakit tempat tertanggung tersebut dirawat.  2. Apabila kurs tengah mata uang negara yang dimaksud belum diterbitkan oleh Bank Indonesia, maka kami akan menggunakan kurs yang diterbitkan oleh pihak yang ditentukan LippoInsurance (dalam hal ini pihak tersebut bukan sebagai arbiter).	If a claim is submitted for an amount in a currency other than Indonesia Rupiah or US Dollars, the following provisions shall apply:  1. The applicable exchange rate is the exchange rate specified by the Bank of Indonesia on the date on which the insured leaves the hospital where he or she was treated. 2. If no exchange rate for the currency in question is specified by the Bank of Indonesia, the market exchange rate according to xe.com will be applied.
Pasal 11 : PENYELESAIAN PERSELISIHAN	Article 11: DISPUTE AFFIRMATION
Dalam hal timbul perselisihan antara Penanggung dan Tertanggung sebagai akibat dari penafsiran atas tanggung jawab atau besarnya ganti	In the event of any dispute arising between the Insurer and the Insured as a consequence of the interpretation of the liability or the

<p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>A. LEMBAGA ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA</b></p> <p>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.</p> <p><b>B. PENGADILAN</b></p> <p>Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia.</p>	<p>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 arising. The dispute arises at the moment that the Insured expresses disagreement in writing with regards to interpretation of the liability or the amount of indemnity of this Policy.</p> <p>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:</p> <p><b>A. ALTERNATIVE DISPUTE RESOLUTION BODY</b></p> <p>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.</p> <p><b>B. COURT</b></p> <p>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.</p>
<p><b>Pasal 12 : HUKUM YANG BERLAKU</b></p> <p>Setiap perselisihan yang timbul dari dan/atau berkaitan dengan ketentuan Polis saat ini wajib diselesaikan dan tunduk berdasarkan hukum dan peraturan yang berlaku di Negara Republik Indonesia.</p>	<p><b>Article 12: VALIDITY OF LAW</b></p> <p>All disputes arising out of or in connection with the present policy wording shall be finally settled in accordance with the laws and regulations applicable in the territories of the Republic of Indonesia.</p>
<p><b>Pasal 13: BAHASA</b></p> <p>Jika terjadi perbedaan interpretasi terhadap Polis ini, maka yang akan dipergunakan oleh Para Pihak adalah terjemahan dalam Bahasa Indonesia.</p>	<p><b>Article 13 LANGUAGE</b></p> <p>If there is any difference in interpretation of this Policy, then that will be used by the Parties is the translation in Bahasa Indonesia.</p>
<p><b>BAGIAN III KEPESEERTAAN</b></p>	<p><b>CHAPTER III MEMBERSHIP</b></p>
<p><b>Pasal 1 : SYARAT KEPESEERTAAN</b></p> <p>Tanggung jawab Anda adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memastikan dibayarnya semua premi bila jatuh tempo</li> <li>• memberitahu kami jika data pribadi Anda, atau data pribadi tertanggung mana pun, berubah</li> <li>• memberitahu kami tentang alamat surat elektronik terkini Anda</li> <li>• memberitahu kami jika Anda mengganti alamat, negara tempat tinggal atau negara asal Anda</li> </ul>	<p><b>Article 1: MEMBERSHIP TERMS</b></p> <p>It is your responsibility to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ensure that all premiums are paid when they are due</li> <li>• inform us if your personal details, or the personal details of any insured person, change</li> <li>• keep us advised of your current email address</li> <li>• inform us if you change your address, country of residency or country of nationality</li> </ul>
<p>Tertanggung termasuk Anda dan tanggungan lainnya terdaftar di dalam sertifikat asuransi sesuai dengan masing-masing Program Asuransi Essential Health Plan Anda.</p>	<p>Insured persons include you and any eligible dependants specified in your certificate of insurance as being included in the plan.</p>
<p>Tertanggung bisa diperpanjang sampai dengan usia 70 tahun.</p>	<p>Insured persons can be renewed until age 70.</p>
<p>Anda harus berusia di bawah 70 tahun pada tanggal mulai Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Anda dapat mengajukan permohonan pertanggunganan atas nama suami/istri atau pasangan Anda (asalkan ia berusia di bawah 70 tahun), dan/atau atas nama anak-anak Anda yang belum menikah, asalkan mereka berusia di bawah 18 tahun, atau kurang dari 25 tahun jika masih menempuh pendidikan purnawaktu.</p>	<p>Eligible dependants include your spouse or partner, provided they are under age 70 at their date of entry, and your unmarried children provided the unmarried children are less than 18 years old, or less than 25 years old if in continuous full-time education.</p>
<p>Semua Tertanggung harus terdaftar dalam Formulir Aplikasi</p>	<p>All insured persons must be included and named on your application form.</p>
<p><b>Pasal 2 : KARTU PESERTA</b></p>	<p><b>Article 2: MEMBERSHIP CARD</b></p>

Kami akan menerbitkan kartu peserta untuk masing-masing Tertanggung yang terdaftar berikut dengan sertifikat asuransi Anda.	We will produce a membership card for each insured person as a proof of insurance, together with your certificate of insurance.
Pasal 3 : TANGGAL MULAINYA MANFAAT PESERTA	Article 3: PLAN STATE DATE
Tanggal berlakunya Program Asuransi Essential Health Plan Anda sesuai dengan yang tertera pada sertifikat asuransi Anda.	Your plan start date is stated on your certificate of insurance.
Pasal 4 : TANGGAL BERAKHIRNYA MANFAAT PESERTA	Article 4: EXPIRY DATE
Program Asuransi Essential Health Plan Anda akan berakhir jika periode pertanggungannya Anda berakhir dan Anda tidak memperpanjang Program Asuransi Essential Health Plan Anda karena Anda tidak lagi setuju dengan ketentuan-ketentuan yang ada atau karena alasan-alasan lain yang tertera pada Program Asuransi Essential Health Plan Anda.	Your plan will terminate if the period of cover and you have not renewed your plan, if the insured persons no longer satisfy eligibility requirements, or for any reasons stated elsewhere in this agreement.
<b>BAGIAN IV MANFAAT PESERTA</b>	<b>CHAPTER IV BENEFIT</b>
Pasal 1: MANFAAT ASURANSI SERTA BATASAN-BATASANNYA	Article 1: THE BENEFITS AND BENEFIT LIMITS FOR YOUR PLAN TYPE
Tabel manfaat yang diuraikan dalam Pasal 8 dari Bagian IV ini mengatur pertanggungannya yang disediakan oleh Program Asuransi Elite Health Plan, dan batasan yang berlaku untuk setiap Program Asuransi Elite Health Plan ditunjukkan dalam Appendix 1. Program Asuransi Essential Health Plan yang Anda ambil adalah yang tertera pada sertifikat asuransi. Kami akan menanggung biaya-biaya yang timbul sesuai dengan tabel manfaat yang sesuai dengan Program Asuransi Essential Health Plan yang Anda ambil. Masing-masing manfaat pada tabel tersebut menggunakan kurs Dollar atau Rupiah. Kurs yang dipakai dari manfaat asuransi tersebut adalah sesuai dengan yang tertera pada sertifikat asuransi Anda. Batasan manfaat yang tertera pada tabel manfaat adalah batasan maksimal jumlah yang akan Kami bayarkan setelah dikurangi oleh adanya eksekusi atau pembayaran oleh asuransi lain, dan akan tergantung dari batasan tahunan dari manfaat tersebut serta dari batasan manfaat yang berlaku lainnya.	The table of benefits described in Article 8 of this Chapter IV sets out the cover provided by the plan, and the limits that apply to each plan type are presented in Appendix I. The plan type you have is as shown on your certificate of insurance. We will pay only for the treatment or services stated in the table of benefits relating to your plan. Each benefit limit in the table of benefits is expressed in US Dollars or Indonesian Rupiah. The currency of the benefit limits that we will apply to your plan is shown on your certificate of insurance. The limits shown in the table of benefits are the maximum amounts we will pay after the application of any excess and coinsurance, and will be subject to the annual benefit limit and any other specified applicable benefit limits.
Pasal 2 : MASA TUNGGU	Article 2: WAITING PERIODS
Manfaat-manfaat tertentu dari tabel manfaat tersebut memiliki ketentuan masa tunggu. Anda akan dipertanggungjawabkan oleh Program Asuransi Essential Health Plan yang setelah periode masa tunggu Anda berakhir sebelum Anda melakukan klaim untuk manfaat tersebut. Tidak ada manfaat yang akan dibayarkan untuk setiap biaya dari perawatan yang terjadi selama periode Masa Tunggu.	Certain benefits in the table of benefits specify a waiting period. You must be covered by the same plan for the full duration of the specified waiting period before you can claim for that benefit. No benefit is payable for any treatment costs incurred during the waiting period.
Pasal 3: BIAYA-BIAYA YANG WAJAR	Article 3: REASONABLE AND CUSTOMERY CHARGES
Biaya – biaya Yang Wajar adalah biaya medis yang benar-benar dikeluarkan oleh Anda untuk mendapat perawatan kesehatan. Biaya ini bukan termasuk biaya yang merupakan rekayasa atau palsu dan bukan merupakan biaya yang timbul atas perawatan yang tidak dibutuhkan secara medis.	Reasonable Costs are medical expenses which have actually been incurred by an insured person for eligible medical treatment. It does not include any counterfeit or fraudulent expenses or expenses for treatment not actually received, or costs for treatment that is not medically necessary.
Pasal 4: BATASAN MANFAAT SEUMUR HIDUP	Article 4: LIFETIME LIMITS
Jika terdapat batasan manfaat seumur hidup maka ini adalah batas maksimal pembayaran untuk setiap spesifik manfaat selama periode pertanggungannya Anda.	Where there is a lifetime benefit limit, this is the maximum amount we will pay in respect of that particular benefit during your lifetime.
Pasal 5: MANFAAT OPSIONAL	Article 5: OPTIONAL BENEFITS
Manfaat tertentu pada tabel manfaat adalah bersifat opsional. Anda hanya berhak atas manfaat-manfaat yang telah Anda pilih dan tercantum pada sertifikat asuransi.	Certain benefits in the table of benefits are optional. You are only eligible for these benefits if you have selected them and they are stated on your certificate of insurance.
Pasal 6: PRE-OTORISASI	Article 6 PRE-AUTHORISATION
Terdapat manfaat-manfaat pada tabel manfaat yang membutuhkan proses pre-otorisasi.	There are certain benefits in the table of benefits for which you must obtain pre-authorisation.
Pasal 7: PENGECEULIAN	Article 7: EXCLUSIONS
Tabel manfaat harus dibaca dan dimengerti dalam hubungannya dengan “apa-apa yang dikecualikan” dari perjanjian ini.	The table of benefits should be read in conjunction with the ‘What you are not covered for’ section of this agreement.
Pasal 8: MANFAAT	Article 8: BENEFITS
<b>1. Biaya Rumah Sakit</b>	<b>1. Hospital costs</b> You must obtain pre-authorisation for all benefits included in this



Anda harus mendapatkan pra-otorisasi terlebih dahulu untuk semua manfaat yang termasuk dalam bagian ini.

- a) Biaya Akomodasi Rumah Sakit  
Biaya kamar single standar dengan kamar mandi atau kamar mandi *en-suite*, ketika Anda menjadi pasien rawat inap atau *day-patient*.
- b) Perawatan rumah sakit  
Perawatan yang Anda terima saat Anda menjadi pasien rawat inap atau *day-patient*, termasuk biaya dokter, biaya dokter bedah dan anestesi, perawatan, obat-obatan dan pakaian bedah, biaya kamar operasi dan perawatan intensif, patologi, *X-rays*, *scan*, tes diagnostik dan fisioterapi.  
Kami juga akan membayar untuk tes pra-perawatan yang Anda jalani dengan rawat jalan untuk perawatan di rumah sakit yang dijadwalkan untuk Anda terima serta sesuai dengan pertanggungannya.  
Kami juga akan membayar biaya pembedahan pengangkatan yang terkena dampak, pembedahan gigi bungsu yang terkubur dan tidak erupsi. Perawatan ini tunduk pada periode masa tunggu 12 bulan dan hanya akan dipertanggungjawabkan ketika operasi dilakukan oleh dokter (bukan dokter gigi) di rumah sakit (bukan di klinik gigi) dan di bawah anestesi umum.
- c) Biaya Akomodasi Orang tua  
Biaya satu orang tua yang tinggal di rumah sakit dengan seorang anak di bawah usia 18 tahun sementara anak tersebut menerima perawatan yang memenuhi syarat yang dipertanggungjawabkan di dalam polis ini.
- d) Ambulans (darat)  
Biaya ambulans pribadi jika Anda memerlukan perawatan rumah sakit yang dipertanggungjawabkan oleh Polis Anda dan jika secara medis Anda perlu pergi ke rumah sakit dengan ambulans.
- e) Perawatan Gigi Darurat Rawat Inap di Rumah Sakit  
Perawatan sebagai pasien rawat inap yang diperlukan untuk memulihkan gigi yang sehat dan alami setelah mengalami kecelakaan yang dipertanggungjawabkan di dalam Polis ini asalkan perawatan itu diterima dalam waktu 15 (lima belas) hari setelah kecelakaan. Semua perawatan harus dilakukan oleh dokter gigi di ruang gawat darurat rumah sakit atau kamar operasi gigi.

## 2. Perawatan Kanker

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk semua manfaat di bawah ini yaitu:

- a) Perawatan kanker  
Perawatan kanker, termasuk kemoterapi, radioterapi, imunoterapi, konsultasi, tes, *scan*, dan obat-obatan.  
Kami juga akan membayar perawatan gigi restoratif setelah menjalani kemoterapi atau radioterapi.
- b) Tes genom kanker  
Biaya tes untuk mengurutkan gen sel kanker

## 3. Transplantasi organ, sumsum tulang atau jaringan

- a) Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk semua manfaat yang termasuk dalam bagian ini.
- b) Kami hanya mencakup transplantasi yang dilakukan di lembaga-lembaga terakreditasi internasional oleh ahli bedah terakreditasi dan di mana pengadaan organ sesuai dengan pedoman WHO (World Health Organization).
- c) Kami tidak menanggung biaya yang terkait dengan akuisisi organ.
- d) Transplantasi dan perawatan terkait  
Biaya yang dikeluarkan saat dirawat di rumah sakit, termasuk obat anti-penolakan, dan semua perawatan rawat jalan yang

section.

- a) Hospital accommodation  
The cost of a standard single room with an en-suite bath or shower room, when you are an in-patient or day-patient.
- b) Hospital treatment  
Treatment you receive while you are an in-patient or day-patient, including surgeons' and anaesthetists' and doctors' fees, nursing care, drugs and surgical dressings, operating theatre charges and intensive care, pathology, X-rays, scans, diagnostic tests and physiotherapy.  
We will also pay for pre-admission tests that you undergo on an out-patient basis for hospital treatment you are scheduled to receive that is covered by your plan.  
We will also pay for in-patient surgical removal of impacted, buried or unerupted wisdom teeth. This is subject to a 12-month waiting period and covered only when the surgery is performed by a medical doctor (not a dentist) in a hospital (not a dental surgery) and under general anaesthetic.
- c) Parent accommodation  
The cost of one parent staying in hospital with a child under 18 years of age while the child is receiving eligible treatment covered by their plan.
- d) Road ambulance  
The cost of a private road ambulance if you need hospital treatment covered by your plan and if it is medically necessary for you to travel to hospital by ambulance.
- e) In-patient emergency restorative dental treatment  
Treatment as an in-patient required to restore sound and natural teeth following an accident covered by your plan, provided that treatment is received within 15 days of the accident. All treatment must be carried out by a dentist in a hospital emergency room or dental surgery.

## 2. Cancer treatment

You must obtain pre-authorisation for all benefits included in this section.

- a) Cancer treatment  
Cancer treatment, including chemotherapy, radiotherapy, immunotherapy, consultations, tests, scans, and drugs.  
We will also pay for restorative dental treatment following chemotherapy or radiotherapy.
- b) Cancer genome tests  
The cost of tests to sequence the genes of cancer cells

## 3. Organ, bone marrow or tissue transplants

- a) You must obtain pre-authorisation for all benefits included in this section.
- b) We only cover transplants carried out in internationally accredited institutions by accredited surgeons and where the organ procurement is in accordance with WHO (World Health Organisation) guidelines.
- c) We do not cover any costs associated with the acquisition of the organ.
- d) Transplant and related treatment  
Costs incurred while hospitalised, including anti-rejection

terkait yang diperlukan pada saat sebelum dan setelah transplantasi.

- e) Biaya donator  
Biaya medis yang terkait dengan donor sebagai pasien rawat inap atau *day-patient*.

#### 4. Dialisis Ginjal

- a) Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk manfaat dialisis ginjal jangka pendek hingga 4 (empat) minggu, jika Anda memerlukan ini segera pada saat sebelum atau sesudah operasi pencangkokan ginjal yang dipertanggungjawabkan di dalam Polis ini.  
b) Kami juga akan membayar dialisis hingga 4 (empat) minggu jika ini diperlukan sementara untuk gagal ginjal mendadak akibat penyakit atau cedera, yang memengaruhi bagian lain dari tubuh Anda serta sesuai dengan yang dipertanggungjawabkan oleh Polis Anda.  
c) Kami tidak mencakup dialisis ginjal rutin atau jangka panjang

#### 5. Bedah Rekonstruktif

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk manfaat ini yaitu maksimal dua operasi untuk mengembalikan penampilan Anda setelah kecelakaan atau setelah operasi untuk kanker, asalkan perawatan asli untuk kecelakaan atau kanker telah dibayar oleh kami, dan asalkan operasi rekonstruktif terjadi dalam waktu dua tahun setelah kecelakaan atau kanker asli operasi.

#### 6. Kelainan kongenital atau kondisi keturunan

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk manfaat ini. Perawatan untuk kondisi bawaan atau kondisi keturunan (apakah didiagnosis sebagai kondisi kronis atau tidak) dan perawatan untuk kondisi yang terkait.

Manfaat ini tidak mencakup perawatan psikiatri atau psikoterapi, pengobatan gratis, pengobatan tradisional Tiongkok, akupunktur atau perawatan homeopati, Tidak ada pertanggungjawaban untuk kondisi bawaan atau kondisi turun-temurun jika, sebelum dimulainya pertanggungjawaban Anda, Anda telah memiliki tanda-tanda abnormal, gejala atau hasil tes yang terkait dengan kondisi bawaan atau kondisi keturunan (baik apakah sudah didiagnosis atau belum). Namun, pertanggungjawaban bisa berlaku untuk untuk bayi yang baru lahir di bawah manfaat bayi yang baru lahir. Batas seumur hidup Anda untuk manfaat ini akan dikurangi dengan pembayaran klaim apa pun yang telah kami lakukan di bawah manfaat yang baru lahir sehubungan dengan cacat lahir, kondisi bawaan atau kondisi turun-temurun. Batas seumur hidup yang ditampilkan akan berlaku terlepas dari jumlah kondisi bawaan dan kondisi turun-temurun. Pertanggungjawaban hingga sub-batas tahunan untuk perawatan rawat jalan.

#### 7. Perawatan HIV/AIDS

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk manfaat ini. (Masa tunggu 24 (dua puluh empat) bulan)  
Pengobatan yang timbul dari atau yang terkait dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan/atau penyakit terkait HIV, termasuk *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) atau *AIDS-related complex* (ARC) untuk jangka waktu maksimum 5 (lima) tahun. Kami tidak akan mempertanggungjawabkan Anda jika penyakit ini terjadi sebelum tanggal masuk Anda.

#### 8. Implan Prostetik

Bagian tubuh buatan yang diperlukan untuk mengganti sendi atau ligamen, katup jantung, aorta atau pembuluh darah arteri, otot

drugs, and all related out-patient treatment required prior to and after the transplant.

- e) Donor costs  
Medical costs associated with the donor as an in-patient or day-patient.

#### 4. Kidney dialysis

You must obtain pre-authorisation for this benefit:

- a) Short-term kidney dialysis of up to 4 weeks, if **you** need this immediately before or after a kidney transplant operation covered by your plan.  
b) We will also pay for dialysis for up to 4 weeks if this is needed temporarily for sudden kidney failure resulting from a disease or injury, covered by your plan, which affects another part of your body.  
c) We do not cover regular or long-term kidney dialysis

#### 5. Reconstructive surgery

You must obtain pre-authorisation for this benefit.

A maximum of two surgeries to restore your appearance after an accident or after surgery for cancer, provided the original treatment for the accident or cancer was paid for by us, and provided the reconstructive surgery takes place within two years of the accident or the original cancer surgery.

#### 6. Congenital conditions or hereditary conditions

You must obtain pre-authorisation for this benefit.

Treatment for a congenital condition or hereditary condition (whether diagnosed as a chronic condition or not) and treatment for any related condition.

This benefit does not extend to psychiatric treatment or psychotherapy, complimentary medicine, traditional Chinese medicine, acupuncture or homeopathic treatment,

There is no cover for congenital conditions or hereditary conditions if, prior to commencement of your cover, you have had any abnormal signs, symptoms or test results related to the congenital condition or hereditary condition (whether or not a specific diagnosis has been made). However, there may be some cover for newborn babies under the newborn babies' benefit.

Your lifetime limit for this benefit will be reduced by any payments we have made under the newborn babies benefit with respect to birth defects, congenital conditions or hereditary conditions. The lifetime limit shown applies irrespective of the number of congenital conditions and hereditary conditions.

Cover is up to the annual sub-limit for out-patient treatment.

#### 7. HIV/AIDS treatment

You must obtain pre-authorisation for this benefit (24-month waiting period)

Treatment arising from or related to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or HIV-related illnesses, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS-related complex (ARC) for a maximum period of 5 years.

We do not provide cover if the virus was contracted before your date of entry.

sphincter, lensa atau kornea mata, atau untuk mengendalikan inkontinensia urin, atau untuk bertindak sebagai alat pacu jantung, atau untuk menghilangkan kelebihan cairan dari otak.

Sebagai bagian dari manfaat ini, kami juga akan membayar penyangga lutut jika itu adalah bagian penting dari operasi bedah untuk perbaikan ke ligamen lutut, dan untuk penopang tulang belakang jika itu adalah bagian penting dari operasi bedah untuk tulang belakang.

#### 9. Biaya Medis Sehari-hari

- a) Perawatan medis utama  
Kunjungan ke dokter umum atau dokter, konsultasi spesialis, obat yang diresepkan dan perban, patologi, *scan*, radiologi dan tes diagnostik yang diterima sebagai pasien rawat jalan.
- b) Perawatan bangsal darurat  
Perawatan darurat yang Anda terima di rumah sakit.
- c) Prosedur bedah rawat jalan  
Prosedur bedah yang tidak memerlukan perawatan rawat inap atau *day-patient*.
- d) Tes diagnostik lanjutan  
MRI dan CAT (CT) scan dilakukan atas saran dari dokter medis dan PET *scan* dilakukan atas saran dari dokter spesialis. Surat rujukan medis Anda akan diperlukan.  
Kami akan membayar untuk satu konsultasi hanya untuk mendapatkan hasil tes diagnostik.
- e) Fisioterapi  
Fisioterapi yang diperlukan secara medis ketika Anda dirujuk atas saran dari dokter medis Anda kepada fisioterapis yang terdaftar untuk sesi fisioterapi di negara tempat perawatan diberikan. Anda harus mengirimkan surat rujukan medis untuk mendukung klaim Anda.  
Setelah 6 (enam) sesi fisioterapi pertama Anda, jika Anda membutuhkan lebih banyak sesi maka Anda harus menghubungi kami dan kami akan menulis laporan medis kepada dokter Anda guna menilai klaim Anda lebih lanjut. Kami tidak akan membayar untuk fisioterapi apa pun yang belum kami pra-otorisasi.  
Jika kondisi Anda (atau menjadi) kondisi kronis dan perawatan berkelanjutan diperlukan untuk mempertahankan daripada menyembuhkannya maka tidak ada pembayaran lebih lanjut yang akan dilakukan.

#### 10. Kondisi Kronis

Pertanggungjawaban untuk semua manfaat dalam bagian ini adalah terkait dengan sub-batas manfaat tahunan untuk perawatan rawat jalan.

- a) Guncangan Akut  
Pengobatan jangka pendek untuk mengobati guncangan akut yang terkait kondisi kronis yang dipertanggungjawabkan di dalam Polis Anda.
- b) Pemantauan dan pemeliharaan  
Konsultasi rutin, tes, dan obat-obatan (yang diresepkan) yang diperlukan untuk memantau dan menjaga stabilitas kondisi yang kronis.

#### 11. Perawatan Seumur Hidup

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk semua manfaat yang termasuk dalam bagian ini.

- a) Hospis dan perawatan paliatif  
Untuk diagnosis kondisi medis terminal yang dipertanggungjawabkan oleh Polis Anda, semua biaya untuk perawatan yang diterima

#### 8. Prothsetik implants

Surgically-implanted, artificial body parts necessary to replace a joint or ligament, a heart valve, the aorta or an arterial blood vessel, a sphincter muscle, the lens or cornea of the eye, or to control urinary incontinence, or to act as a heart pacemaker, or to remove excess fluid from the brain.

As part of this benefit, we will also pay for a knee brace if it is an essential part of a surgical operation for the repair to a knee ligament, and for a spinal support if it is an essential part of a surgical operation to the spine.

#### 9. Everyday medical costs

- a) Primary medical care  
Visits to a GP or doctor, specialist consultations, prescribed drugs and dressings, pathology, scans, radiology and diagnostic tests received as an out-patient.
- b) Emergency ward treatment  
Emergency treatment that you have received at a hospital.
- c) Out-patient surgical procedures  
Surgical procedures that do not require in-patient or day-patient treatment.
- d) Advanced diagnostic tests  
MRI and CAT (CT) scans performed on the advice of a medical doctor and PET scans performed on the advice of a specialist. Your medical referral letter will be required.  
We will pay for one consultation only to obtain the results of the diagnostic test.
- e) Physiotherapy  
Medically necessary physiotherapy when you have been referred on the advice of your medical doctor to a physiotherapist who is registered to practice physiotherapy in the country where the treatment is administered. You must send us your medical referral letter in support of your claim.  
After your first 6 sessions of physiotherapy, if you need more sessions you must contact us and we will write to your doctor for a medical report in order to assess your claim further. We will not pay for any physiotherapy that we have not preauthorised.  
If your condition is (or becomes) a chronic condition and ongoing treatment is aimed at maintaining rather than curing it, no further payments will be made.

#### 10. Chronic conditions

Cover for all benefits in this section is up to the annual sub-limit for out-patient treatment.

- a) Acute flare-ups  
Short-term treatment to treat acute flare-ups of a chronic condition covered by your plan.
- b) Monitoring and maintenance  
Regular consultations, tests, and prescribed medication required to monitor and maintain the stability of a chronic condition

#### 11. Lifetime Care

You must obtain pre-authorisation for all benefits included in this section.

- a) Hospice and palliative care

atas saran dari praktisi medis atau dokter spesialis untuk tujuan menawarkan bantuan untuk meredakan gejala.

Ini termasuk semua akomodasi rumah sakit atau hospis dan perawatan oleh perawat yang memenuhi syarat dan berlisensi.

- b) Pemeliharaan hidup buatan  
Perawatan yang Anda butuhkan setelah mendapatkan pemeliharaan hidup buatan selama 8 minggu.
- c) Keadaan vegetatif yang terus-menerus dan kerusakan neurologis.  
Perawatan yang Anda perlukan setelah Anda berada di rumah sakit selama 8 minggu untuk kerusakan neurologis permanen atau jika Anda berada dalam keadaan vegetatif yang persisten.

## 12. Komplikasi kehamilan (masa tunggu 10 bulan)

Manfaat ini tidak berlaku untuk anak-anak yang dipertanggungjawabkan sebagai tanggungan di dalam Polis.

Perawatan rawat inap atau *day-patient* yang diperlukan sebagai akibat langsung dari komplikasi kehamilan. Kami tidak menyediakan pertanggungjawaban untuk persalinan (termasuk juga semua operasi caesar). Kami tidak mempertanggungjawabkan Anda jika Anda bertindak sebagai perwakilan atau meminta orang lain bertindak sebagai perwakilan Anda. Kami tidak akan memberikan pertanggungjawaban untuk kehamilan yang ditetapkan melalui reproduksi terbantu (misalnya IVF) hingga setelah pemindaian standar selama 12 minggu, terlepas dari berapa lama Anda telah dipertanggungjawabkan oleh Polis Anda.

Kami tidak akan memberikan pertanggungjawaban untuk hal-hal yang terkait dengan penghentian kehamilan atau perawatan atau penyelidikan yang timbul sebagai akibat dari komplikasi yang berkaitan dengan penghentian kehamilan.

## 13. Manfaat Ekspatriat

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk semua manfaat yang termasuk dalam bagian ini.

- a) Bantuan Medis 24 jam  
Jika Anda memiliki keadaan darurat medis yang memerlukan bantuan medis segera, Anda harus menghubungi kami.
- b) Evakuasi Medis  
Jika Anda (atau setiap anak yang dicakup oleh manfaat yang baru lahir dalam jangka waktu 90 hari pertama kehidupannya) memiliki kondisi mengancam jiwa atau ekstremitas yang tercakup oleh Polis Anda serta yang memerlukan perawatan rawat inap segera yang tidak dapat disediakan secara lokal maka Layanan Bantuan akan mengatur agar Anda dipindahkan melalui udara dan/atau dengan transportasi darat ke rumah sakit terdekat dalam area perlindungan Anda di mana perawatan medis yang sesuai tersedia.
- c) Kami tidak menanggung biaya lain berdasarkan Polis ini seperti biaya akomodasi hotel.
- d) Kami tidak menanggung evakuasi darurat ke, dari atau di Amerika Serikat.
- e) Layanan Bantuan mempunyai hak mutlak untuk memutuskan apakah kondisi medis Anda memenuhi syarat untuk evakuasi, ke mana Anda akan dievakuasi serta terkait dengan penggunaan sarana dan metode evakuasi yang dipakai.
- f) Tiket Pesawat Kepulangan.  
Terkait dengan evakuasi darurat yang dipertanggungjawabkan oleh Polis Anda maka kami akan membayar tiket pesawat untuk kembali ke negara tempat tinggal Anda.
- g) Biaya perjalanan seorang pendamping  
Biaya transportasi orang lain untuk menemani Anda dalam evakuasi darurat Anda, dan tiket kelas ekonomi untuk mereka kembali. Jika tidak memungkinkan mereka untuk menemani

On diagnosis of a terminal medical condition covered by your plan, all costs for treatment received on the advice of a medical practitioner or specialist for the purpose of offering relief of symptoms. This includes all hospital or hospice accommodation, and nursing care by a qualified nurse.

- b) Artificial life maintenance  
Treatment you require after you have already been on artificial life maintenance for 8 weeks.
- c) Persistent vegetative state and neurological damage.  
Treatment you require after you have been in hospital for 8 weeks for permanent neurological damage or if you are in a persistent vegetative state.

## 12. Complications of pregnancy (10-month waiting period)

Dependant children included in your plan are not eligible for these benefits.

In-patient or day-patient treatment necessary as a direct result of a complication of pregnancy. We do not provide cover under this benefit for childbirth (which includes any Caesarean section). We do not provide cover under this benefit if you act as a surrogate or have anyone else acting as a surrogate for you. We do not provide cover under this benefit for a pregnancy established through assisted reproduction (e.g. IVF) until after the standard 12-week scan, irrespective of how long you have been covered by the plan.

We do not cover termination of pregnancy or any treatment or investigations that arise as a result of complications relating to termination of pregnancy.

## 13. Expat benefits

You must obtain pre-authorisation for all benefits included in this section.

- a) 24-hour medical assistance helpline  
If you have a medical emergency which requires immediate medical assistance, you must contact us.
- b) Medevac  
If you (or any child covered by the newborn benefit within its first 90 days of life) have a life-threatening or limb-threatening condition covered by your plan which requires immediate in-patient treatment that cannot be adequately provided locally, the Assistance Service will arrange for you to be moved by air and/or by surface transportation to the nearest hospital within your area of cover where appropriate medical treatment is available.
- c) We do not cover any other costs under this benefit such as hotel accommodation charges.
- d) We do not cover emergency evacuation to, from or within the USA.
- e) The Assistance Service retains the absolute right to decide whether your medical condition is eligible for evacuation, where you are evacuated to and the means and method of the evacuation.
- f) Return airfare.  
Following an emergency evacuation covered by your plan, we will pay for your economy return airfare to your country of residence.



<p>Anda dalam evakuasi medis Anda karena suatu hal terkait dengan metode evakuasi yang akan digunakan maka kami akan membayar tiket pesawat pulang pergi kelas ekonomi dengan penerbangan terjadwal, atau transportasi darat pulang pergi yang sesuai, mana pun yang merupakan paling tepat.</p> <p>h) Pemulangan Jenazah Jika Anda meninggal dunia sebagai akibat dari kondisi yang dipertanggungkan oleh Polis Anda saat Anda berada di luar negara Anda maka kami akan membayar untuk pemulangan jenazah Anda (jenazah Anda atau abu yang akan diangkut ke negara asal tempat tinggal Anda). Manfaat di bawah ini tidak tersedia jika klaim yang diajukan terkait dengan pemakaman atau manfaat kremasi di tempat Anda meninggal.</p> <p>i) Pemakaman atau kremasi Jika Anda meninggal dunia sebagai akibat dari kondisi yang dipertanggungkan oleh Polis Anda ketika Anda berada di luar negara Anda maka kami akan membayar Anda untuk biaya penguburan atau dikremasi di tempat di mana Anda meninggal. Manfaat ini tidak tersedia jika klaim yang diajukan termasuk ke dalam manfaat pemulangan jenazah. Kami tidak akan mempertanggungkan Anda jika Anda meninggal di negara asal Anda. Kami tidak akan mempertanggungkan Anda untuk biaya seorang praktisi agama.</p>	<p>g) Travelling expenses of a companion The transportation costs of another person to accompany you on your emergency evacuation, and their economy class ticket back. If it is not possible for them to accompany you on your medical evacuation because of the method of evacuation, we will pay either for their economy class round-trip airfare on a scheduled flight, or their suitable round-trip surface transportation, whichever is the most appropriate.</p> <p>h) Repatriation of mortal remains If you die as the result of a condition that is covered by your plan while you are outside your country of nationality, we will pay for your body or ashes to be transported to your country of nationality or country of residence. This benefit is not available if a claim is made for the burial or cremation benefit at the place where you died.</p> <p>i) Burial or cremation If you die as the result of a condition that is covered by your plan while you are outside your country of nationality, we will pay for you to be buried or cremated at the place where you died. This benefit is not available if a claim is made under the repatriation of mortal remains benefit. We do not provide cover under this benefit if you die in your country of nationality. We do not provide cover under this benefit for the costs of a religious practitioner.</p>
<p><b>BAGIAN V PENGECEUALIAN KHUSUS UNTUK MANFAAT PERAWATAN MEDIS KHUSUS</b></p>	<p><b>Chapter V EXCLUDED COSTS</b></p>
<p>Berikut ini adalah biaya-biaya yang tidak ditanggung oleh Program Asuransi Essential Health Plan Anda, serta pengecualian khusus dalam sertifikat asuransi Anda, dan pengecualian-pengecualian lainnya yang diberikan dalam tabel manfaat. Manfaat lainnya, sebagaimana yang diberikan dalam tabel manfaat, dapat pula dibatasi atau dikecualikan tergantung jenis Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Semua kondisi, tes, perawatan atau pun kenaikan biaya perawatan yang Anda keluarkan karena komplikasi yang terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung sebagai akibat dari perawatan kondisi yang dikecualikan juga tidak ditanggung. Di samping pengecualian-pengecualian yang dinyatakan di bawah ini, kami juga tidak menanggung biaya-biaya berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• biaya pengisian, atau penyediaan formulir klaim atau laporan medis</li> <li>• biaya bank yang dikeluarkan akibat adanya transfer dana yang kami lakukan</li> <li>• kerugian yang mungkin Anda alami akibat fluktuasi nilai tukar</li> <li>• ongkos-ongkos yang dikeluarkan akibat kesalahan pembayaran yang terjadi karena tidak benarnya informasi yang Anda berikan kepada kami</li> <li>• biaya administrasi, pendaftaran atau pembatalan yang dikenakan oleh rumah sakit, dokter atau penyedia layanan kesehatan lainnya</li> <li>• pungutan yang dikenakan oleh bank atau perusahaan kartu kredit Anda</li> </ul>	<p>The following are not covered by your plan, as well as any specific exclusions stated on your certificate of insurance, and other exclusions stated within the table of benefits. Other benefits, as stated within the table of benefits, may also be restricted or excluded depending on your plan type. All conditions, tests, treatments or increased treatment costs you incur because of complications that occur directly or indirectly as a consequence of treatment of any excluded condition will also not be covered. We will also not pay for the fees and charges listed below. You will be responsible for them.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fees for the completion, or providing of, claim forms or any other medical reports</li> <li>• bank charges incurred as a result of us transferring money</li> <li>• losses you may incur due to fluctuations in exchange rates</li> <li>• charges incurred as the result of payment errors that arise as the result of you having provided us with incorrect information</li> <li>• administration, registration, or cancellation fees charged by hospitals, doctors, or other providers of medical services</li> <li>• any charges made by your bank or credit card company</li> </ul>
<p>1) Kondisi/gangguan adiktif dan penyalahgunaan alkohol, obat-obatan dan pelarut Perawatan yang terkait dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kecanduan (seperti kecanduan alkohol atau obat-obatan) atau penyalahgunaan zat (seperti alkohol, obat-obatan atau pelarut)</li> </ul>	<p>1) Addictive conditions or disorders, and alcohol, drug, and solvent abuse You are not covered for treatment related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• addictions (such as alcohol or drug addiction) or substance abuse (such as alcohol, drug or solvent abuse)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>penyakit atau cedera yang diperlukan secara langsung atau tidak langsung akibat penyalahgunaan atau kecanduan tersebut</li> <li>penyakit atau cedera yang diperlukan secara langsung atau tidak langsung akibat berada dalam pengaruh zat (seperti alkohol, obat-obatan atau pelarut)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>any illness or injury needed directly or indirectly as a result of any such abuse or addiction</li> <li>any illness or injury needed directly or indirectly as a result of being under the influence of any substance (such as alcohol, drugs or solvents)</li> </ul>
<p>2) Pengujian alergi dan/atau desensitisasi</p> <p>Perawatan yang terkait dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tes alergi melalui analisis rambut</li> <li>suntikan desensitisasi alergi atau penetralisir makanan</li> </ul> <p>Kami hanya akan membayar untuk tes tempel (patch testing) jika Anda telah dirujuk oleh dokter dan ini terbatas pada satu kali investigasi sepanjang umur program Anda. Untuk ini akan diperlukan surat rujukan dokter Anda.</p>	<p>2) Allergy testing and/or desensitization</p> <p>You are not covered for treatment related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>allergy testing by hair analysis</li> <li>allergy desensitisation or food neutralising injections</li> </ul> <p>We will only pay for patch testing if you have been referred by a medical doctor and this is limited to one patch testing investigation over the lifetime of your plan. Your medical referral letter will be required.</p>
<p>3) Pengobatan dan terapi alternatif</p> <p>Pengobatan dan terapi alternatif, termasuk namun tidak terbatas pada fisioterapi akua, dukun patah tulang (bone-setting), cuci usus (colonic irrigation), hidroterapi, Intervetebral Differential Dynamics (IDD), kinesiologi, naturoterapi, Ayurveda dan terapi pijat.</p>	<p>3) Alternative treatment and therapies</p> <p>You are not covered for alternative treatments and therapies, including, but not limited to, aqua physiotherapy, bone-setting, colonic irrigation, hydrotherapy, Intervertebral Differential Dynamics (IDD), kinesiology, naturotherapy, Ayurveda and massage therapy.</p>
<p>4) Alat Penyambung Hidup Buatan</p> <p>Anda tidak akan dipertanggungjawabkan oleh alat penyambung hidup buatan selain dari manfaat-manfaat yang sesuai dengan <i>lifetime care benefit</i>.</p>	<p>4) Artificial life maintenance</p> <p>You are not covered for artificial life maintenance, other than any benefit you are eligible for under the lifetime care benefit.</p>
<p>5) Pengaturan kelahiran, masalah seksual dan operasi kelamin</p> <p>Perawatan yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari atau sehubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>kontrasepsi atau sterilisasi</li> <li>masalah seksual (termasuk impotensi dan dorongan seksual yang menurun)</li> <li>operasi kelamin</li> </ul>	<p>5) Birth control, sexual problems and gender reassignment</p> <p>You are not covered for treatment directly or indirectly arising from or connected with:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>contraception or sterilisation</li> <li>sexual problems (including impotence and decreased libido)</li> <li>gender reassignment</li> </ul>
<p>6) Pemaparan dan kontaminasi bahan kimia</p> <p>Biaya perawatan yang terkait secara langsung atau tidak langsung dengan perawatan untuk kondisi medis apa pun yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari kontaminasi bahan kimia, radioaktivitas atau bahan nuklir apa pun, termasuk pembakaran bahan bakar nuklir.</p>	<p>6) Chemical exposure and contamination</p> <p>You are not covered for treatment costs directly or indirectly related to treatment for any medical conditions arising directly or indirectly from chemical contamination, radioactivity or any nuclear material whatsoever, including the combustion of nuclear fuel.</p>
<p>7) Khitan</p> <p>Kecuali jika diperlukan untuk pengobatan suatu kondisi medis akut yang ditanggung oleh program Anda.</p>	<p>7) Circumcision</p> <p>You are not covered for treatment related to circumcision, unless it is required for treatment of an acute medical condition covered by your plan.</p>
<p>8) Pemulihan, rehabilitasi, panti perawatan dan spa/hidro kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>akomodasi rumah sakit jika alasan Anda diopname adalah untuk tujuan pemulihan, rehabilitasi atau pengawasan</li> <li>perawatan relaksasi atau istirahat, atau perawatan di klinik pengobatan alami, spa kesehatan dan hidro kesehatan</li> <li>tempat tidur milik swasta yang terdaftar sebagai panti perawatan yang terhubung ke institusi tersebut atau rumah sakit di mana rumah sakit tersebut boleh dikatakan telah menjadi rumah atau tempat tinggal tetap Anda</li> <li>perawatan di rumah</li> </ul>	<p>8) Convalescence, rehabilitation, nursing homes, and health spas or hydros</p> <p>You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>hospital accommodation if the reason you are hospitalised is for the purpose of convalescence, rehabilitation or supervision</li> <li>relaxation or rest treatments, or treatments in nature cure clinics, health spas and health hydros</li> <li>private beds registered as nursing homes attached to such establishments or a hospital where the hospital has effectively become your home or permanent abode</li> </ul> <p>Other than treatment you are eligible for under the rehabilitation treatment benefit.</p>
<p>9) Bedah plastik dan perawatan</p> <p>Investigasi atau perawatan yang berkaitan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pengobatan kosmetik atau estetik untuk memperbaiki penampilan Anda, sekalipun diresepkan secara medis</li> <li>pengeluaran lemak atau jaringan berlebih</li> <li>pembesaran atau pengecilan ukuran payudara</li> <li>skleroterapi untuk spider veins, perawatan varises permukaan</li> </ul>	<p>9) Cosmetic surgery and treatment</p> <p>You are not covered for investigations or treatment related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>cosmetic or aesthetic treatment to enhance your appearance, even when medically prescribed</li> <li>the removal of fat or surplus tissue</li> <li>breast enlargement or reduction</li> <li>sclerotherapy for spider veins, treatment of superficial varicose veins</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Botox, dermal filler, atau pengobatan vitiligo atau gangguan pigmentasi kulit apa pun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Botox, dermal fillers, or treatment of vitiligo or any skin pigmentation disorder</li> </ul>
<p>10) Perbuatan kriminal</p> <p>Perawatan yang timbul dari atau sehubungan dengan cedera yang diderita ketika Anda terlibat dalam perbuatan yang bersifat kriminal, ilegal atau melanggar hukum.</p>	<p>10) Criminal activity</p> <p>You are not covered for treatment arising from or related to injuries sustained while you are engaged in a criminal, illegal or unlawful act.</p>
<p>11) Masalah perkembangan, kesulitan belajar, gangguan bicara dan masalah perilaku</p> <p>Konsultasi, tes yang diperlukan untuk mendiagnosa, atau perawatan terhadap atau yang berkaitan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>keterlambatan perkembangan</li> <li>kesulitan belajar dan pendidikan, termasuk, namun tidak terbatas pada, disleksia dan gangguan bicara</li> <li>masalah perilaku, termasuk, namun tidak terbatas pada, Attention Deficit Disorder (ADD), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) dan sindrom Tourette</li> <li>perkembangan fisik jenis apa pun</li> <li>pertumbuhan gigi</li> </ul>	<p>11) Development, learning difficulties, speech disorders, and behavioural problems</p> <p>You are not covered for any consultations, tests required to diagnose, or treatment of or related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>developmental delays</li> <li>learning and education difficulties, including, but not limited to, dyslexia and speech disorders</li> <li>behavioural problems, including, but not limited to, Attention Deficit Disorder (ADD), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Tourette's syndrome</li> <li>physical development of any kind</li> <li>teething</li> </ul>
<p>12) Ahli diet</p> <p>Pengobatan atau saran oleh ahli gizi atau ahli gizi. Harap dicatat, hal ini mungkin ditutupi setelah diagnosis kanker - lihat manfaat 'Ahli gizi' di bagian 'Pengobatan kanker'.</p>	<p>12) Dietitian</p> <p>You are not covered for treatment or advice by a dietitian or nutritionist. Please note however this may be covered following a diagnosis of cancer. Please see the dietitian benefit within the cancer treatment section of the table of benefits.</p>
<p>13) Obat-obatan dan perawatan eksperimental</p> <p>Perawatan yang bersifat eksperimental, atau belum terbukti efektif. Ini meliputi, namun tidak terbatas pada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>perawatan yang disediakan sebagai bagian dari uji klinis</li> <li>perawatan yang belum disetujui oleh The National Institute for Clinical Excellence (NICE)</li> <li>obat-obatan atau pengobatan yang diresepkan untuk tujuan yang belum mendapat lisensi atau persetujuan dari NICE</li> <li>kombinasi obat-obatan atau pengobatan yang diresepkan untuk tujuan yang belum mendapat lisensi atau persetujuan dari NICE.</li> </ul>	<p>13) Experimental drugs and treatments</p> <p>You are not covered for treatment or medicine which in our reasonable opinion is experimental or unproven based on generally acceptable current clinical evidence and generally accepted medical practice.</p>
<p>14) Penglihatan</p> <p>Anda tidak dapat dipertanggungjawabkan dalam hal: pengobatan untuk mengoreksi penglihatan Anda, seperti perawatan laser, keratotomi refraktif dan keratotomi fotorefraktif, kacamata, dan alat bantu visual lainnya, perawatan strabismus (juling) atau ambliopia (lazy eye) tes penglihatan</p>	<p>14) Eyesight</p> <p>You are not covered for: treatment to correct your eyesight, such as laser treatment, refractive keratotomy and photorefractive keratotomy spectacles, and other visual aids, treatment of strabismus (squint) or amblyopia (lazy eye) sight tests. Please note however these may be covered under the well-being benefits section of the table of benefits</p>
<p>15) Kegagalan mengikuti nasehat dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pengobatan yang timbul karena atau sehubungan dengan Anda secara tidak wajar gagal mencari atau mengikuti nasehat dokter dan/atau perawatan yang diresepkan, atau keterlambatan yang tidak wajar oleh Anda dalam mencari atau mengikuti nasehat dokter dan/atau perawatan yang diresepkan tersebut</li> <li>komplikasi yang timbul karena tidak menghiraukan nasehat tersebut</li> </ul>	<p>15) Failure to follow medical advice</p> <p>You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>treatment arising from or related to your unreasonable failure to seek or follow medical advice and/or prescribed treatment, or</li> <li>your unreasonable delay in seeking or following such medical advice and/or prescribed treatment complications arising from ignoring such advice</li> </ul>
<p>16) Foetal surgery</p> <p>Anda tidak dipertanggungjawabkan untuk pembedahan yang dilakukan pada saat anak berada di dalam rahim ibu.</p>	<p>16) Foetal surgery</p> <p>You are not covered for surgery undertaken on a child while it is in its mother's womb.</p>
<p>17) Tes genetika dan/atau rekayasa genetika</p> <p>Namun harap dicatat bahwa tes genom dapat ditanggung dalam "tes genom kanker" pada bagian "Perawatan kanker".</p>	<p>17) Genetic testing or genetic engineering</p> <p>You are not covered for genetic testing or genetic engineering, other than treatment you are eligible for under the cancer genome tests benefit within the cancer treatment benefit section of the table of benefits.</p>
<p>18) Pendengaran</p>	<p>18) Hearing</p> <p>You are not covered for:</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• pengobatan untuk atau timbul dari tuli yang disebabkan oleh maturing atau aging</li> <li>• Pengobatan untuk atau timbul dari ketulian yang disebabkan oleh kelainan kongenital jika kelainan tersebut didiagnosis, atau Anda menunjukkan tanda atau gejala kelainan, sebelum tanggal masuk Anda - tolong catat bahwa ini mungkin tertutup</li> </ul> <p>Untuk anak-anak yang baru lahir selama 90 hari pertama kehidupan mereka di bawah 'Cover for newborn babies' benefit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alat bantu Dengar</li> <li>• tes pendengaran - perlu diketahui namun hal ini mungkin tercakup dalam bagian 'Manfaat Kesejahteraan'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• treatment for or arising from deafness caused by maturing or ageing</li> <li>• treatment for or arising from deafness caused by a congenital abnormality if either the abnormality was diagnosed, or you were showing signs or symptoms of the abnormality, before your date of entry. Please note, however, that this may be covered for newborn children during their first 90 days of life under the newborn babies benefit</li> <li>• hearing aids</li> <li>• hearing tests (unless covered under your plan in the well-being benefit section of the table of benefits)</li> </ul>
<p>19) Infertilitas, IVF dan reproduksi yang dibantu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tes atau diagnosis yang berhubungan dengan infertilitas</li> <li>- perawatan infertilitas, reproduksi yang dibantu (mis. perawatan IVF), termasuk memastikan kehamilan</li> </ul>	<p>19) Infertility, IVF, and assisted reproduction</p> <p>You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• testing or diagnosis related to infertility</li> <li>• infertility treatment, assisted reproduction (e.g. IVF treatment), including establishing pregnancy</li> </ul>
<p>20) Kesulitan Belajar dan berpendidikan.</p> <p>Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk hal-hal yang terkait dengan kesulitan belajar dan berpendidikan termasuk namun tidak terbatas pada <i>dyslexia</i> dan gangguan bicara.</p>	<p>20) Learning and educational difficulties</p> <p>You are not covered for learning and educational difficulties, including, but not limited to, dyslexia and speech disorders.</p>
<p>21) Menopause dan pubertas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengobatan untuk menghilangkan gejala yang umumnya terkait dengan perubahan fisiologis atau alami akibat penuaan. Menopause atau pubertas</li> <li>• densitometri tulang</li> <li>• Tes hormon reproduksi, terapi hormon reproduksi atau terapi sulih hormon (HRT) - tolong catat hal ini mungkin tercakup dalam manfaat 'terapi hormonal Hormon' di bagian 'Biaya pengobatan setiap hari' jika Anda menderita kehilangan fungsi ovarium sebelum usia 40</li> </ul>	<p>21) Menopause and puberty</p> <p>You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• treatment to relieve the symptoms commonly associated with physiological or natural changes as a result of ageing e.g. menopause or puberty</li> <li>• bone densitometry</li> <li>• reproductive hormone testing, reproductive hormone therapy or hormone replacement therapy (HRT). Please note however this may be covered under the hormone replacement therapy benefit within the everyday medical costs section of the table of benefits if you suffer loss of ovarian function before the age of 40</li> </ul>
<p>22) Pergeseran dinding hidung</p> <p>Perawatan yang berkaitan dengan pergeseran dinding hidung (nasal septum deviation) dan nasal concha resection.</p>	<p>22) Nasal septum deviation</p> <p>You are not covered for treatment related to nasal septum deviation and nasal concha resection.</p>
<p>23) Perawatan Paliatif</p> <p>Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan paliatif selain pada pertanggungungan yang tersedia untuk perawatan paliatif dari kondisi medis terminal dibawah <i>lifetime care benefits</i> dari tabel manfaat.</p>	<p>23) Palliative care</p> <p>You are not covered for palliative care other than cover available to you for the palliative care of a terminal medical condition under the lifetime care benefits section of the table of benefits.</p>
<p>24) Keadaan vegetatif persisten dan kerusakan saraf</p> <p>Kami tidak akan membayar untuk perawatan ketika tinggal di rumah sakit selama lebih dari delapan minggu berturut-turut karena kerusakan saraf permanen, atau jika Anda berada dalam keadaan vegetatif persisten, selain pertanggungungan yang memenuhi syarat dalam manfaat "Penyakit terminal".</p>	<p>24) Persistent vegetative state and neurological damage</p> <p>You are not covered for treatment received after:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• you have been in a vegetative state for a period of eight weeks</li> <li>• you have sustained permanent neurological damage and remained in hospital for a period of eight weeks</li> </ul> <p>Except for any treatment you are eligible for under the lifetime care benefit.</p>
<p>25) Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya atau kondisi terkait</p> <p>Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan yang berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ kondisi yang sudah ada sebelumnya dan terkait yang pernah Anda alami dalam jangka waktu lima tahun sebelum tanggal bergabung Anda, kecuali jika kami telah menyepakati lain; dan</li> <li>○ segala kondisi medis yang sudah ada sebelumnya dari jenis-jenis berikut ini dan segala kondisi terkait, jika Anda pernah mengalaminya sewaktu-waktu sebelum tanggal bergabung Anda, kecuali kami telah menyepakati lain:</li> <li>○ kondisi otak atau saraf</li> <li>○ kanker, tumor atau growth</li> <li>○ kondisi jantung atau peredaran darah</li> </ul>	<p>25) Pre-existing medical conditions or related conditions</p> <p>You are not covered for treatment related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• any pre-existing medical conditions and related conditions which you have had during the five years before your date of entry, unless we have agreed otherwise</li> <li>• any pre-existing medical conditions of the following types and any related conditions, if you have ever had them at any time before your date of entry, unless we have agreed otherwise:</li> <li>• brain or nervous system conditions</li> <li>• cancer, tumours or growths</li> <li>• heart or circulatory conditions</li> <li>• psychiatric or psychological conditions, drug and alcohol issues or sleep disorders</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>○ kondisi psikiatris atau psikologis, masalah obat dan alkohol atau gangguan tidur</li> <li>○ penggantian sendi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● joint replacements</li> </ul>
<p>26) Pembedahan preventif Pembedahan bila tidak ada tanda-tanda atau gejala fisik yang terlihat, atau diagnosis telah dilakukan.</p>	<p>26) Preventive surgery You are not covered for surgery when no physical signs or symptoms are shown, or diagnosis has been made.</p>
<p>27) Olah raga profesional dan balap motor sebagai pemain amatir atau profesional Perawatan untuk penyakit atau cedera yang berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keikutsertaan, termasuk juga pelatihan atau latihan, dalam olah raga profesional atau balap profesional apa pun (yang kami maksud dengan profesional adalah olah raga di mana Anda dibayar untuk ikut serta)</li> <li>- keikutsertaan, termasuk juga pelatihan atau latihan, dalam balap apa pun (baik amatir maupun profesional) yang menggunakan kendaraan bermotor</li> </ul>	<p>27) Professional sports and motorised racing as an amateur or a professional You are not covered for treatment for an illness or injury related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● participation, to include training for or practising for, in any kind of professional sport or professional racing (by professional we mean sport where you are being paid to participate)</li> <li>● participation, to include training for or practising for, in any kind of racing (whether amateur or professional) which involves the use of a motorised vehicle</li> </ul>
<p>28) Kondisi kulit kepala</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perawatan yang khusus berhubungan dengan kondisi kulit kepala, termasuk, namun tidak terbatas pada, alopecia</li> <li>- wig - harap dicatat bahwa ini mungkin ditutupi setelah kemoterapi - lihat manfaat 'Wig'</li> </ul>	<p>28) Scalp conditions You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● treatment specifically related to scalp conditions, including, but not limited to, alopecia</li> <li>● wigs (please note however this may be covered following chemotherapy – see the wigs benefit of the table of benefits)</li> </ul>
<p>29) Pencarian dan/atau penyelamatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- operasi pencarian dan/atau penyelamatan, termasuk, namun tidak terbatas pada, pencarian di gunung atau penyelamatan dari lereng atau landasan ski</li> <li>- evakuasi dari instalasi lepas pantai seperti kilang minyak, atau dari kapal laut jenis apa pun seperti kapal, feri atau kapal layar</li> </ul>	<p>29) Search and/or rescue You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● search and/or rescue operations, including, but not limited to, mountain rescue or rescue from ski slopes or pistes</li> <li>● evacuations from offshore installations such as oil rigs, or from any type of sea going vessel such as a ship, ferry or yacht</li> </ul>
<p>30) Opini kedua atau tes duplikat Opini kedua atau berikutnya dari seorang dokter medis, praktisi kedokteran atau spesialis atau untuk tes duplikat untuk kondisi yang sama.</p>	<p>30) Second opinions or duplicate tests You are not covered for second or subsequent opinions from a medical doctor, medical practitioner or specialist or for duplicate tests for the same condition.</p>
<p>31) Cedera yang ditimbulkan oleh diri sendiri Perawatan atas cedera yang ditimbulkan oleh diri sendiri atau perawatan cedera atau penyakit yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh cedera yang ditimbulkan oleh diri sendiri.</p>	<p>31) Self-inflicted injuries You are not covered for treatment of self-inflicted injuries or treatment of any injury or illness directly or indirectly caused by self-inflicted injuries.</p>
<p>32) Penyakit menular seksual Perawatan yang berkaitan dengan penyakit menular seksual termasuk kutil kelamin/dubur.</p>	<p>32) Sexually transmitted diseases You are not covered for treatment related to sexually transmitted diseases including genital/anal warts.</p>
<p>33) Gangguan tidur Tes diagnostik untuk atau perawatan gangguan yang berhubungan dengan tidur, termasuk, namun tidak terbatas pada, insomnia, mendengkur dan apnea tidur.</p>	<p>33) Sleep disorders You are not covered for diagnostic tests for or treatment of any sleep related disorder, including, but not limited to, insomnia, snoring and sleep apnoea.</p>
<p>34) Pemanenan sel punca (Stem cell harvesting) Pemanenan sel punca selain dari sebelum transplantasi sel punca, atau perawatan yang dilakukan untuk mengantisipasi, sebelum, atau sesudah pemanenan tersebut.</p>	<p>34) Stem-cell harvesting You are not covered for stem cell harvesting other than prior to a stem cell transplant, or any treatment undertaken in anticipation of, prior to, or following such harvesting.</p>
<p>35) Tersedia persediaan medis Item yang tidak disarankan seperti kemasan panas dan dingin dan perban pendukung.</p>	<p>35) Sundry medical supplies You are not covered for non-prescribed items such as hot and cold packs and support bandages, unless these are required as a result of treatment received during a medical emergency.</p>
<p>36) Biaya perjalanan Biaya perjalanan termasuk tiket pesawat dan akomodasi hotel, kecuali jika ditanggung secara khusus dalam bagian “Manfaat ekspat”.</p>	<p>36) Travel costs You are not covered for travel costs including airfares and hotel accommodation, unless specifically covered under the expat benefits section of the table of benefits.</p>
<p>37) Perawatan oleh pihak terkait Perawatan yang disediakan oleh dan/atau di bawah kendali dan/atau atas rujukan dari:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● anggota keluarga, termasuk, namun tidak terbatas pada, suami/istri, pasangan, orang tua, kakak, adik, anak, kakek/nenek, cucu, paman atau bibi</li> </ul>	<p>37) Treatment by a related party You are not covered for treatment provided by and/or under the control of and/or on referral from:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● any family member, including, but not limited to, a spouse, partner, parent, brother, sister, child, grand-parent, grand-child, uncle or aunt</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• penyedia layanan medis, praktisi medis atau spesialis di mana tertanggung memiliki kepentingan finansial dan/atau kepentingan profesional, termasuk, namun tidak terbatas pada, karyawan, pemberi kerja, konsultan dan pemilik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• any medical services provider, medical practitioner or specialist where the insured person has a financial interest and/or a professional interest, including, but not limited to, employees, employers, consultants and owners</li> </ul>
<p>38) Vitamin, suplemen diet dan zat alami Zat alami yang bisa dibeli tanpa resep dokter, termasuk, namun tidak terbatas pada, vitamin, mineral dan zat organik. Harap dicatat, bagaimanapun hal ini mungkin tercakup dalam 'asuhan rutinitas persalinan dan persalinan'.</p>	<p>38) Vitamins, dietary supplements, natural substances, and creams You are not covered for commercially available substances that can be purchased without prescription, including, but not limited to, vitamins, minerals, organic substances, moisturisers, oils, creams, or other pharmaceutical products, other than any treatment available to you under the routine maternity care and childbirth benefit within the maternity costs benefits section of the table of benefits.</p>
<p>39) Perang dan terorisme Perawatan yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari perang, tindak permusuhan oleh musuh asing, terorisme, pemberontakan, perang sipil, revolusi, kudeta militer, huru-hara, pemogokan, darurat militer, pengepungan, atau upaya penggulingan pemerintah kecuali jika Anda merupakan innocent bystander (orang yang berada dan menyaksikan suatu kejadian tetapi tidak terlibat dalam kejadian tersebut) yang tidak berada di suatu negara atau kawasan dalam suatu negara yang oleh Kantor Luar Negeri dan Persemakmuran Inggris telah disarankan untuk ditinggalkan.</p>	<p>39) War and terrorism You are not covered for treatment arising directly or indirectly from war, foreign enemy hostility, terrorism, rebellion, civil war, revolution, military coup, riot, strike, martial law, state of seige or attempted overthrow of a government, unless you are an innocent bystander in a country or region that the British Foreign &amp; Commonwealth Office has not advised its citizens to leave.</p>
<p>40) Kondisi yang berkaitan dengan berat badan dan gangguan makan Penyelidikan atau perawatan yang berkaitan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obesitas, atau yang diperlukan karena obesitas</li> <li>- pemantauan atau kontrol berat badan, seperti kelas, alat bantu dan obat pelangsing</li> <li>- operasi pengecilan lambung, atau komplikasi yang timbul dari operasi pengecilan lambung</li> <li>- gangguan pola makan jenis apa pun, seperti anoreksia nervosa atau bulimia</li> </ul>	<p>40) Weight-related conditions and eating disorders You are not covered for investigations or treatment related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obesity, or which is necessary because of obesity</li> <li>• weight monitoring or control, such as slimming classes, aids and drugs</li> <li>• bariatric surgery, or complications resulting from bariatric surgery</li> <li>• eating disorders of any kind, such as anorexia nervosa or bulimia</li> </ul>
<p>41) Pemaparan yang disengaja terhadap bahaya yang tidak perlu Perawatan kondisi apa pun yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari kelalaian besar Anda dan/atau pemaparan yang disengaja terhadap bahaya yang tidak perlu oleh Anda kecuali dalam upaya untuk menyelamatkan nyawa manusia.</p>	<p>41) Wilful exposure to needless danger You are not covered for treatment of any conditions arising directly or indirectly from your gross negligence and/or your wilful exposure to needless danger except in an attempt to save a human life.</p>
<p><b>BAGIAN VI KLAIM</b></p>	<p><b>Chapter VI CLAIMS</b></p>
<p>Pasal 1 : PROSEDUR</p>	<p>Article 1: PROCEDURE</p>
<p>Kami telah menunjuk Fullerton Health to melakukan proses administrasi dan untuk melakukan penyelesaian klaim reimbursemen Anda.</p>	<p>We have appointed Fullerton Health to administer and settle your network and reimbursement claims.</p>
<p>Sebagaimana dinyatakan dalam tabel manfaat, ada manfaat dan perawatan tertentu di mana untuk itu Anda harus memperoleh pengesahan terlebih dahulu. Jika Anda perlu mengajukan klaim untuk manfaat atau perawatan yang mana Anda harus memperoleh pengesahan terlebih dahulu, Anda harus menghubungi kami dahulu sebelum memulai perawatan Anda dan memberi kami semua informasi yang kami perlukan untuk menilai apakah usulan perawatan Anda tersebut memenuhi syarat untuk pertanggunggaan menurut Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Jika usulan perawatan Anda tersebut memenuhi syarat untuk pertanggunggaan, kami akan memberikan pengesahan terlebih dahulu atas semua pengeluaran yang memenuhi syarat. Kami tidak akan membayar biaya atau pengeluaran perawatan yang belum mendapat pengesahan dari kami sebelumnya.</p>	<p>As stated in the table of benefits, there are certain benefits and treatments for which you must obtain pre-authorisation. If you need to claim for a benefit or treatment for which you must obtain pre-authorisation, you must contact us, Fullerton Health or the Assistance Service in advance of starting your treatment and provide all the information we require to assess if your proposed treatment will be eligible for cover under your plan. If your proposed treatment is eligible for cover, we will pre-authorise all eligible expenses. We will not pay for any treatment costs or expenses that have not been preauthorised by us, Fullerton Health or the Assistance Service in advance.</p>
<p>Anda memiliki kebebasan untuk memilih kapan dan di mana Anda menerima perawatan medis Anda di wilayah Anda.</p>	<p>You have the freedom to choose when and where you receive your medical treatment within your area of cover.</p>
<p>Semua perawatan rumah sakit untuk pasien rawat inap dan day patient harus mendapat pengesahan terlebih dahulu dari kami atau oleh Layanan Bantuan.</p>	<p>All in-patient and day-patient hospital treatment must be preauthorised by us, Fullerton Health or the Assistance Service more than 48 hours in advance. Please contact us as soon as you know you</p>

Harap menghubungi kami begitu Anda mengetahui bahwa Anda perlu menjalani rawat inap atau perawatan day-patient agar kami dapat menghubungi rumah sakit tersebut untuk memperoleh informasi medis yang diperlukan.

Kami akan meminta Anda untuk mengisi formulir pra-pengesahan dan formulir ijin untuk rumah sakit untuk merilis data kepada kami. Begitu kami menerima semua informasi yang diperlukan dari rumah sakit dan Anda sendiri (yang memuat informasi tambahan yang mungkin kami minta) kami akan memberitahu Anda apakah usulan perawatan tersebut akan ditanggung oleh Program Asuransi Essential Health Plan Anda.

Harap dicatat, jika Anda menghubungi kami kurang dari 48 jam sebelum Anda diterima masuk rumah sakit, kami mungkin tidak dapat mengesahkan perawatan Anda pada waktu yang diperlukan dan Anda mungkin harus membayar sendiri perawatan Anda dan mengajukan klaim untuk penggantian.

Jika Anda dibawa ke rumah sakit dalam keadaan darurat dan Anda secara wajar tidak mungkin menghubungi kami sebelum diterima masuk rumah sakit, kami akan mempertimbangkan klaim Anda, asalkan Anda menghubungi kami dalam waktu 24 jam sejak Anda masuk rumah sakit. Jika Anda tidak menghubungi kami dalam waktu 24 jam, kami mungkin akan menolak klaim Anda, atau mengenakan biaya co-insurance 20% atas klaim Anda.

Meskipun sebagian besar perawatan rawat jalan tidak perlu mendapat pengesahan terlebih dahulu dari kami, kami menganjurkan agar Anda tetap menghubungi kami atau Layanan Bantuan, dalam kejadian darurat sekalipun, sebelum menjalani perawatan apa pun untuk memastikan bahwa perawatan tersebut ditanggung oleh Program Asuransi Essential Health Plan Anda.

Jika Anda mengajukan klaim untuk suatu kondisi medis, Anda perlu mengunduh formulir klaim dari situs web kami.

Harap melengkapi Bagian A formulir klaim. Jika jumlah total klaim Anda kemungkinan melebihi US\$500 (atau jumlah yang setara dalam mata uang asing), harap membawa formulir klaim Anda ketika Anda datang ke dokter Anda dan memintanya untuk mengisi dan menandatangani Bagian B formulir klaim.

Pindailah formulir klaim yang sudah dilengkapi tersebut dan faktur dan kuitansi yang terperinci lengkap untuk perawatan yang telah Anda terima, dan kirimkan ke Fullerton Health.

Sekalipun klaim Anda kurang dari US\$500 kami mungkin dalam beberapa kasus akan mensyaratkan agar dokter Anda mengisi dan menandatangani bagian B formulir klaim Anda sebelum kami dapat menyelesaikan klaim Anda.

Kami baru dapat memberi penggantian atas klaim Anda setelah kami mendapat faktur dan kuitansi yang terperinci lengkap yang memberikan perincian perawatan dan layanan medis yang telah Anda terima, dan obat-obatan yang telah diresepkan kepada Anda.

Harap menyimpan faktur, kuitansi dan formulir klaim asli Anda selama sampai 12 bulan. Kami mungkin memerlukan dokumen-dokumen ini untuk keperluan audit.

Formulir klaim tidak diperlukan namun saat Anda mengklaim keuntungan sebagai berikut:

- Klaim kesejahteraan dan gigi: jika Anda mengklaim manfaat kesejahteraan, atau mendapatkan manfaat dari gigi, kirimkan faktur dan kuitansi lengkap yang Anda klaim untuk penggantian, beserta rincian rekening bank Anda.
- Klaim kunjungan rumah yang penuh welas asih: jika Anda mengklaim untuk mendapatkan manfaat dari kunjungan pulang ke rumah, tolong kirimkan salinan surat kematian anggota keluarga dekat Anda, bersama dengan salinan faktur untuk tiket pesawat pulang-pergi, yang menyebutkan kelas perjalanan, Dan rincian rekening bank Anda.

Jika Anda mengajukan klaim untuk fisioterapi rawat jalan, MRI, CAT (CT) atau PET Scan Anda juga harus mengirimkan kepada kami surat

need to have inpatient or day-patient treatment so we can contact the hospital to obtain the necessary medical information. We will ask you to complete a pre-authorisation form and a consent form for the hospital to release details to us. Once we have received all information required from the hospital and yourself (to include any additional information we may request) we will advise you if the proposed treatment will be covered by your plan. If you are admitted to hospital in an emergency and it is not reasonably possible for you to contact us in advance of your admission, we will consider your claim, provided you contact us within 24 hours of your admission. If you do not contact us within 24 hours, we may decline your claim, or subject your claim to 20% co-insurance.

Although most out-patient treatment does not need to be preauthorised in advance by us, Fullerton Health or the Assistance Service, we recommend that you do contact us, even in the event of an emergency, before undergoing any treatment to ensure that the treatment is covered by your plan.

If you are claiming for a medical condition, you will need to download a claim form from our website. Please complete section A of the claim form. If the total amount of your claim is likely to exceed US\$500 (or the foreign currency equivalent), please take the claim form with you when you visit your doctor and ask him or her to complete and sign section B of the claim form. Scan the completed claim form and the fully itemised invoices and receipts for the treatment you have received, and send to Fullerton Health. Even if your claim is less than US\$500 we may in some cases require your doctor to complete and sign section B of your claim form before we can settle your claim. We can only reimburse your claim when we have fully itemised invoices and receipts which give a breakdown of the treatment and medical services you have received, and any drugs you have been prescribed. Please retain your original invoices, receipts and claim forms for 12 months. We may require these for auditing purposes. Claim forms are not required however when you are claiming for the following benefits:

- Well-being and dental claims: If you are claiming for the wellbeing benefit, or dental benefit please send us the fully itemised invoices and receipts for which you are claiming reimbursement, together with your bank account details.
- Compassionate home visit claims: If you are claiming for the compassionate home visit benefit please send us a copy of the death certificate of your close family member, together with a copy of the invoice for your round-trip airfare, stating the class of travel, and your bank account details.

If you are claiming for out-patient physiotherapy, any treatment by a chiropractor, osteopath, chiroprapist or podiatrist, out-patient

<p>rujukan dokter Anda. Jika Anda mengajukan klaim untuk PET SCAN, Anda juga harus mengirimkan kepada kami surat rujukan dokter spesialis Anda.</p>	<p>psychiatric or psychotherapy treatment, a dietitian consultation or an MRI or CAT (CT) scan you must also send us your medical referral letter. If you are claiming for a PET scan, you must also send us your specialist's medical referral letter.</p>
<p>Kami dapat menerima informasi yang diperlukan untuk memproses klaim Anda melalui surat elektronik. Anda cukup memindai dalam format PDF faktur, kuitansi yang terperinci lengkap, surat rujukan dokter (bila diperlukan) dan formulis klaim Anda yang sudah diisi lengkap dan mengirimkan semuanya secara elektronik ke Fullerton Health. Harap tetap menyimpan semua dokumen aslinya selama 12 bulan sementara kami mencadangkan hak untuk mendapatkan dokumen-dokumen ini sebelum mengkaji klaim Anda. Kami juga mungkin akan memerlukan dokumen-dokumen tersebut sewaktu-waktu untuk keperluan audit. Atau, Anda dapat mengirimkan informasi yang diperlukan untuk memproses klaim Anda via pos.</p> <p>Anda harus mengajukan klaim Anda dalam waktu 6 bulan sejak tanggal perawatan Anda, kecuali jika Anda secara wajar tidak mungkin mengajukan klaim tersebut dalam jangka waktu ini.</p> <p>Kami tidak akan membayarkan biaya yang dikenakan oleh praktisi kedokteran, atau siapa pun, untuk mengisi formulir klaim.</p>	<p>We can accept the information required to process your claim via email. Simply, scan in PDF format your itemised invoices, receipts, medical referral letter (when required) and your fully completed claim form and email them all to Fullerton Health. Please always retain the original copies of everything for a period of 12 months as we reserve the right to receive these documents before we assess your claim. We may also require them at any time for auditing purposes. Or, you can send the information required to process your claim by post. You must submit your claim within 6 months of your treatment date, unless it was not reasonably possible for you to submit the claim within this time. We will not pay any invoices received by us more than 12 months after the treatment date. We will not pay fees charged by a medical practitioner, or anyone else, for completing a claim form.</p>
<p>Kami hanya akan melakukan pembayaran kepada Anda atau kepada penyedia layanan kesehatan yang menyediakan perawatan Anda. Pembayaran tidak akan diberikan untuk perawatan yang belum dijalani.</p> <p>Jika kami atau Layanan Bantuan memberikan pengesahan terlebih dahulu atas biaya-biaya yang kemudian ternyata berhubungan dengan suatu kondisi yang tidak ditanggung oleh Program Asuransi Essential Health Plan Anda, maka Anda bertanggung jawab atas semua biaya yang dikeluarkan, dan jika kami telah menyelesaikan pembayaran atas nama Anda, maka Anda bertanggung jawab membayar kembali kepada kami jumlah yang telah kami bayarkan.</p>	<p>Where possible we will settle invoices for in-patient or daypatient treatment direct with the hospital or medical services provider. We will deduct any excess or co-insurance amount, as well as any other ineligible items, and you will be responsible for paying the shortfall direct to the hospital or medical services provider. If we are paying you direct, our preferred method of payment is bank transfer. If you provide us with incorrect payment details and we cannot recover the payments, we will not make the payment again to you. We will only make payment to you or to the medical services provider that provided your treatment. Payment will not be made for treatment that has not been received yet. If we or the Assistance Service pre-authorise costs which subsequently turn out to have been related to a condition which is not covered by your plan, you will be responsible for all the costs incurred, and if we have made any settlement on your behalf, you will be responsible for repaying to us the amount we have paid.</p>
<p>Agar memenuhi syarat untuk menerima layanan penagihan langsung, Anda harus telah mengisi lengkap aplikasi untuk layanan ini. Jika Anda memenuhi syarat untuk layanan penagihan langsung maka hal ini akan tercantum dalam sertifikat asuransi Anda dan Anda akan diberikan kartu anggota yang menggunakan huruf 'DB'. Kartu ini, bersama dengan identifikasi foto, akan memungkinkan Anda menerima perawatan yang memenuhi syarat di penyedia layanan medis penagihan langsung di dalam jaringan medis kami. Penyedia layanan medis penagihan langsung akan menagih langsung kepada kami untuk perawatan Anda. Jika biaya perawatan Anda lebih besar dari US \$ 500, penyedia layanan medis penagihan langsung akan menghubungi kami untuk melakukan pra-otorisasi perawatan. Untuk menghindari penundaan pelayanan, sebaiknya Anda menghubungi kami sebelum perawatan Anda. Setelah kami memverifikasi bahwa perawatan tersebut layak untuk dipertanggungjawabkan maka kami akan memberitahukan kepada penyedia layanan medis penagihan langsung. Penting untuk dicatat bahwa penyedia layanan medis penagihan langsung tidak mengetahui persyaratan dan manfaat yang diberikan oleh Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Mereka akan memberikan perawatan sesuai dengan kesepakatan terpisah antara Kami dengan mereka. Ini berarti bahwa, untuk klaim kurang dari US \$ 500 dimana penyedia layanan medis penagihan langsung tidak berkewajiban untuk menghubungi kami untuk pra-otorisasi, Anda bertanggung jawab untuk hanya mengklaim perawatan yang memenuhi syarat untuk mendapatkan perlindungan berdasarkan Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Kami memiliki kewajiban untuk menyelesaikan semua tagihan untuk perawatan yang diterima dari</p>	<p>To be eligible to receive the direct billing service, you must have completed an application for the service and have paid any additional premium invoiced by us. If you are eligible for the direct billing service this will be stated on your certificate of insurance, and you will be issued with a membership card which bears the letters 'DB'. This card, together with photographic identification, will enable you to receive eligible treatment at direct billing medical services providers within our medical network. The direct billing medical services provider will bill us directly for your treatment. If the cost of your treatment is greater than US\$500, the direct billing medical services provider will contact us for preauthorisation of the treatment. To avoid delays, we recommend that you contact us in advance of your treatment. Once we have verified that the treatment is eligible for cover, we will let the direct billing medical services provider know. It is important to note that the direct billing medical services provider is not aware of the terms and benefits provided by your plan. They will provide treatment in accordance with a separate agreement between us and them. This means that, for claims of less than US\$500 where the direct billing medical services provider is not obliged to contact us for pre-authorisation, it is your responsibility to claim only for treatment that is eligible for cover under your plan. We have an obligation to settle all bills for treatment received from direct billing medical services providers within our medical network, provided that they fall within the terms of the contract between us and them. If you receive treatment for a medical condition that is not covered by your plan, we will invoice you for the ineligible expenses</p>



<p>penyedia layanan medis penagihan langsung di dalam jaringan medis Kami, asalkan mereka termasuk dalam persyaratan kontrak antara Kami dan mereka. Jika Anda melakukan perawatan untuk kondisi medis yang tidak termasuk ke dalam Program Asuransi Essential Health Plan Anda maka kami akan melakukan penagihan kepada Anda untuk biaya yang tidak bisa dipertanggungjawabkan tersebut. Jika Anda tidak melunasi nya kepada kami dalam 30 hari, kami akan menarik layanan penagihan langsung dari Anda dan kami tidak akan memperpanjang Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Jika Anda membatalkan Program Asuransi Essential Health Plan Anda maka Anda harus mengembalikan kartu keanggotaan Anda kepada kami. Kami akan membatalkan pertanggungjawaban Anda sejak tanggal kami menerima kartu anggota Anda. Kartu keanggotaan adalah milik kami dan kami dapat meminta Anda mengembalikan kartu kepada kami setiap saat.</p>	<p>you have claimed. If you do not repay to us these ineligible expenses within 30 days, we will withdraw the direct billing service from you and we will not renew your plan. If you cancel your plan, you must return your membership card to us. We will cancel your cover with effect from the date we receive your membership card. We can accept a photograph of a cut card. The membership cards are our property and we can ask you to return the cards to us at any time.</p>
<p>Fullerton Health akan melakukan proses klaim dan menyelesaikan pembayaran klaim atas setiap pengajuan klaim reimbursement dengan syarat pengajuan klaim sesuai dengan ketentuan Polis dan lengkap dengan dokumen yang disyaratkan dalam waktu 5 hari kerja setelah dokumen lengkap diterima. Jika ada dokumen yang tidak lengkap maka klaim akan ditolak oleh Fullerton Health dan dapat diajukan kembali dalam jangka waktu 30 hari kalender.</p>	<p>Fullerton Health will process and make payment of the clear and completed reimbursement claim within 5 working days after receiving the documents direct from Insured. Any incomplete claim will be rejected by Fullerton Health and given 30 calendar days period to Insured for resubmission.</p>
<p>Fullerton Health akan melakukan proses klaim dan menyelesaikan pembayaran klaim atas setiap pengajuan klaim reimbursement dengan syarat pengajuan klaim sesuai dengan ketentuan Polis dan lengkap dengan dokumen yang disyaratkan dalam waktu 5 hari kerja setelah dokumen lengkap diterima. Jika ada dokumen yang tidak lengkap maka klaim akan ditolak oleh Fullerton Health dan dapat diajukan kembali dalam jangka waktu 30 hari kalender.</p>	<p>Fullerton Health will process and make payment of the clear and completed reimbursement claim within 5 working days after receiving the documents direct from Insured. Any incomplete claim will be rejected by Fullerton Health and given 30 calendar days period to Insured for resubmission.</p>
<p><b>Pasal 2: PENGECEKAN ATAS PESERTA YANG MENGAJUKAN KLAIM</b></p>	<p><b>Article 2: OTHER INFORMATION ABOUT CLAIMS</b></p>
<p>Kami berhak untuk meminta informasi medis tambahan untuk memungkinkan kami menilai klaim Anda, seperti laporan medis atau hasil tes. Informasi medis tambahan tersebut disediakan oleh biaya Anda sendiri. Kami juga berhak untuk meminta pemeriksaan kesehatan secara independen. Jika Anda tidak setuju untuk menyediakan informasi medis tambahan yang diminta, maka LippoInsurance tidak bisa memeriksa klaim yang Anda ajukan. Jika Anda memerlukan pemeriksaan lanjutan kami juga berhak untuk meminta informasi medis lebih lanjut, dan jika kami melakukan permintaan tersebut maka biaya terkait dengan penyediaan informasi medis ini akan menjadi biaya Anda sendiri. Kami tidak akan mengembalikan dokumen asli seperti kuitansi atau surat medis, namun kami akan mengirimkan salinan dokumen sesuai dengan permintaan Anda.</p>	<p>We may request additional medical information to enable us to assess your claim, such as medical reports or tests. These must be provided at your own expense. We may also request an independent medical examination. If you do not agree to supply us with additional medical information that we reasonably request, we will not be able to assess your claim. If you require ongoing treatment we may ask for further medical information, and if we do, the cost of providing this information must be borne by you. We are unable to return original documents such as invoices or medical letters, but we will send you copies upon request.</p>
<p>Kami tidak akan membayarkan untuk setiap perawatan yang menurut kami tidak sesuai berdasarkan praktik medis dan klinis yang telah ada dan kami berhak melakukan peninjauan ulang atas perawatan Anda jika menurut kami perlu untuk melakukannya.</p>	<p>We will not pay for treatment which in our opinion is inappropriate based on established medical and clinical practice and we are entitled to conduct a review of your treatment when it is reasonable for us to do so.</p>
<p>Jika Anda mengaku menderita penyakit atau cedera yang disebabkan oleh orang atau organisasi lain (pihak ketiga), Anda harus segera memberi tahu kami secara tertulis, atau memberi tahu kami di dalam formulir klaim Anda. Kami kemudian akan membayar manfaat sesuai dengan persyaratan dalam perjanjian ini asalkan Anda mengambil semua langkah penting yang kami minta agar Anda membantu kami dalam hal penyelesaian biaya kami dari kesalahan orang atau organisasi tersebut (seperti melalui perusahaan asuransi mereka) termasuk biaya perawatan yang kami bayarkan, ditambah bunga, dengan biaya Anda sendiri. Jika Anda mengajukan tuntutan ganti rugi pribadi terhadap pihak ketiga, Anda harus memberi kami nama lengkap dan alamat pengacara yang menangani tindakan tersebut. Kami kemudian akan menghubungi pengacara untuk menginformasikan kepentingan kami dan berusaha untuk memulihkan</p>	<p>If you are claiming for an illness or injury that was caused by some other person or organisation (a third party) you must let us know in writing straight away, or tell us on your claim form. We will then pay benefit in accordance with the terms of this agreement provided that you take all necessary steps we ask you to take to assist us in recovering our costs from the person or organisation at fault (such as through their insurance company) the cost of the treatment paid for by us, plus interest, at your own expense. If you pursue a personal claim for damages against the third party, you must provide us with the full name and address of the solicitor handling the action. We will then contact the solicitor to register our interest and seek to recover our own costs, plus interest, in addition to any damages that you may recover or be awarded. We reserve the right to appoint our own</p>

<p>biaya kami sendiri, ditambah bunga, selain daripada setiap kerusakan yang telah Anda dapatkan. Kami berhak menunjuk pengacara kami sendiri untuk bertindak atas nama Anda dalam hal ini dan untuk mengambil alih tindakan tersebut. Jika Anda, atau orang yang diasuransikan, dapat pulih dari kompensasi pihak ketiga (dengan atau tanpa melalui tindakan hukum) yang mencakup biaya pengobatan yang telah kami bayar, Anda harus membayar jumlah tersebut kepada kami. Keterkaitan apapun yang Anda atau Tertanggung yang mungkin juga diberikan sehubungan dengan biaya pengobatan yang telah kami bayar juga harus dibayarkan kepada kami. Jika Anda hanya menerima sebagian klaim Anda atas kerusakan maka Anda harus membayar sebagian dari biaya tersebut kepada kami.</p>	<p>solicitor to act on your behalf in this matter and to take over the conduct of the action. If you, or any insured person, are able to recover from the third party (whether or not through legal action) compensation that includes any treatment costs we have paid, you must repay that amount to us. Any interest that you or any insured person may also have been awarded that relates to the recovered treatment costs we have paid for must also be repaid to us. If you only receive a proportion of your claim for damages then you must repay to us the same proportion of our costs.</p>
<p>Jika Anda memiliki asuransi lain yang menanggung biaya yang sama maka kami hanya akan membayar klaim sesuai dengan proporsi kami. Saat Anda yang mengajukan klaim terlebih dahulu kepada kami maka dalam hal ini Anda harus memberi kami rincian lengkap tentang asuransi Anda yang lain termasuk nama dan alamat perusahaan asuransi tersebut, nomor polis termasuk nomor klaim dan informasi lainnya yang relevan. Kami kemudian akan menghubungi perusahaan asuransi tersebut untuk memastikan bahwa kami hanya membayar klaim sesuai dengan proporsi kami. Kami akan mengirimkan informasi pribadi Anda mengenai klaim Anda kepada perusahaan asuransi tersebut. Kami juga akan mengizinkan jumlah yang dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain untuk diimbangi dengan kelebihan pembayaran berdasarkan Program Asuransi Essential Health Plan dengan kami, dengan menerima konfirmasi dari perusahaan asuransi lain atas jumlah yang telah dibayarkan oleh mereka, dan dengan biaya perawatan yang layak yang sesuai dengan Program Asuransi Essential Health Plan Anda.</p>	<p>If you have any other insurance that covers the same costs as we do, we will only pay our proportionate share of the claim. In this event, you must provide us with full details of the other insurance, including the name and address of the other insurer, their policy and claim number and any other relevant information, when you first submit your claim. We will then contact the other insurance company to ensure that we only pay our proportion of the claim. This may involve us sending your personal information regarding your claim to the other insurer. We will also allow sums paid by another insurer to be offset against the excess payable under your plan with us, subject to receiving confirmation from the other insurer of any amounts already paid by them, and subject to the treatment costs being eligible for cover under your plan with us.</p>
<p><b>Pasal 3 : KLAIM YANG DIHENTIKAN</b></p>	<p><b>Article 3: REJECTED CLAIMS</b></p>
<p>Jika terjadi penolakan terhadap pembayaran klaim yang Anda ajukan, Anda berhak untuk mengajukan banding terhadap keputusan penolakan tersebut. Jika LippoInsurance menolak banding Anda, maka Anda berhak untuk mengajukan banding ke pengadilan arbitrase. Jika kami menolak untuk membayar klaim Anda dan Anda tidak mengajukan banding atas keputusan tersebut atau Anda tidak mengajukan banding ke pengadilan arbitrase dalam jangka waktu 12 bulan sejak tanggal penolakan pertama kali dari kami maka klaim tersebut akan kami tutup dan tidak bisa diajukan kembali.</p>	<p>In the event that we refuse to pay a claim that you have made, you are entitled to appeal against the decision. If we turn down your appeal, you are entitled to make an appeal to a court of arbitration. If we have refused payment of your claim and you do not appeal against the decision or make an appeal to a court of arbitration within 12 months of the initial date of our refusal, the claim is considered closed and it cannot be resubmitted to us for payment.</p>
<p><b>Pasal 4: EKSES</b></p>	<p><b>Article 4: EXCESS</b></p>
<p>Ekses yang tercantum pada sertifikat asuransi Anda adalah jumlah yang harus Anda bayarkan untuk biaya perawatan Anda. Jika Program Asuransi Essential Health Plan Anda memiliki ekses dan manfaat yang Anda klaim memiliki co-insurance dan/atau batas, maka kami akan menggunakan co-insurance dahulu, kemudian ekses, kemudian batas. Jika Anda telah memilih Program Asuransi Essential Health Plan yang memiliki ekses per klaim, ini adalah jumlah yang harus Anda bayarkan setiap kali Anda mengajukan klaim baru untuk perawatan yang ditanggung oleh Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Klaim baru adalah klaim untuk kondisi yang tidak terkait dengan klaim yang sudah ada. Jika klaim Anda adalah untuk perawatan suatu kondisi kronis, AIDS/HIV, atau untuk konsultasi lanjutan rawat jalan dan/atau tes untuk kanker dan perawatan tersebut berlanjut sampai ke masa pertanggungans baru maka kami akan memperlakukannya sebagai klaim baru. Dalam situasi seperti ini kami akan menggunakan kembali ekses pada tanggal perpanjangan Program Asuransi Essential Health Plan Anda dan setiap perpanjangan Program Asuransi Essential Health Plan berikutnya hingga klaim tersebut selesai. Jika ekses Anda adalah per tahun maka akan digunakan satu kali per masa pertanggungans. Sebagai contoh, jika ekses Anda US\$250 per tahun, maka kami tidak akan membayar untuk US\$250 pertama dari pengeluaran yang memenuhi syarat yang Anda keluarkan selama masa</p>	<p>The excess shown on your certificate of insurance is the amount you will have to pay towards the cost of your treatment. If your plan has an excess and the benefit you are claiming for has co-insurance or limits, we will apply the co-insurance first, then the excess, then the limit. If you have chosen a plan which has an excess per claim, this is the amount you will have to pay each time you make a new claim for treatment covered by your plan. New claims are those that are for a condition which is not related to an existing claim. If your claim is for the treatment of a chronic condition, AIDS/HIV, or for out-patient follow-up consultations and/or tests for cancer and the treatment continues into a new period of cover, we will treat it as a new claim. In these circumstances we will reapply the excess at your plan renewal date and each subsequent plan renewal until the claim is finished. If your claim is in respect of the well-being benefits, your excess will be applied once per period of cover. If your excess is per annum it will be applied once per period of cover. For example, if your excess is US\$250 per annum, we will not pay for the first US\$250 of eligible expenses you incur during your period of cover. We will apply one excess per period of cover irrespective of the number of claims you make. You must submit all eligible claims to us - even claims within your annual excess, as we will only be able to reimburse you when the value of the eligible expenses you incur exceeds the amount of your annual excess. When you renew the</p>

<p>pertanggunggan Anda. Kami akan menggunakan satu eksek per masa pertanggunggan tanpa memandang ada berapa klaim yang Anda ajukan. Anda harus mengajukan semua klaim yang memenuhi syarat kepada kami – bahkan klaim yang masuk dalam eksek tahunan Anda, karena kami baru dapat memberikan penggantian kepada Anda bila nilai pengeluaran yang memenuhi syarat yang Anda keluarkan melebihi jumlah eksek tahunan Anda. Ketika Anda memperpanjang Program Asuransi Essential Health Plan, eksek tahunan akan digunakan kembali untuk masa pertanggunggan baru Anda.</p>	<p>plan, the annual excess will apply again in respect of your new period of cover.</p>
<p><b>BAGIAN VII</b> <b>DEFINISI</b></p>	<p><b>CHAPTER VII</b> <b>DEFINITION</b></p>
<p><b>Kecelakaan</b> Peristiwa yang mendadak, tidak diduga, tidak lazim, khusus, dahsyat, bersifat eksternal yang terjadi pada satu waktu dan tempat yang dapat diidentifikasi terlepas dari semua sebab lain, yang langsung, segera dan semata-mata mengakibatkan cedera badan fisik yang mengakibatkan kerugian. Terkenanya penyakit atau keadaan sakit (termasuk, namun tidak terbatas pada, serangan jantung, stroke atau kanker), atau pun penyuntikan atau penelanan zat apa pun, samasekali tidak dapat dianggap sebagai kecelakaan. Peristiwa yang secara langsung atau tidak langsung memperparah suatu cedera badan fisik yang sudah ada sebelumnya tidak akan dianggap sebagai kecelakaan.</p>	<p><b>Accident</b> A sudden, unexpected, unusual, specific, violent, external event which occurs at a single identifiable time and place independently of all other causes, which results directly, immediately and solely in physical bodily injury which results in a loss. In no event shall the contracting of any disease and/or illness (including, but not limited to, heart attack, stroke or cancer), nor the injection or ingestion of any substance, be considered an accident. An event which directly or indirectly exacerbates a previously existing physical bodily injury shall not be considered an accident.</p>
<p><b>Kondisi medis akut</b> Penyakit, cedera atau keadaan sakit yang kemungkinan cepat merespon terhadap perawatan yang ditujukan untuk mengembalikan Anda ke kondisi kesehatan semula tepat sebelum menderita penyakit, keadaan sakit atau cedera tersebut, atau yang membawa Anda pulih total.</p>	<p><b>Acute medical condition</b> A disease, injury or illness 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.</p>
<p><b>Pencitraan Lanjutan</b> <i>Magnetic Resonance Imaging (MRI), Computed Tomography (CT) dan Positron Emission Tomography (PET).</i></p>	<p><b>Advanced imaging</b> Diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), computed tomography (CT), and positron emission tomography (PET).</p>
<p><b>Perjanjian (Agreement)</b> Buklet ini. Perjanjian harus dibaca bersamaan dengan formulir permohonan Anda yang telah diisi dan ditandatangani dan sertifikat asuransi Anda. Bersama-sama dokumen-dokumen ini merupakan kontrak Program Asuransi Essential Health Plan Anda dengan kami.</p>	<p><b>Agreement</b> The contents of this document, read in conjunction with your completed and signed application form and your certificate of insurance. Together, these items make up your plan contract with us.</p>
<p><b>Formulir Aplikasi</b> Formulir permohonan yang telah Anda isi dan tanda tangani atas nama diri Anda sendiri dan atas nama tertanggung yang memenuhi syarat yang dimintakan pertanggunggan. Harap dicatat bahwa adakalanya yang perlu diisi mungkin adalah formulir alternatif seperti pernyataan kesehatan atau formulir upgrade dan bukan formulir permohonan ini. Kami akan memberitahu Anda bila demikian halnya. Formulir alternatif tersebut selanjutnya akan digolongkan sebagai permohonan/formulir permohonan untuk keperluan perjanjian ini. Informasi tentang formulir permohonan yang telah diisi sebelumnya, jika ada, juga dapat kami gunakan untuk alasan penjaminan dan pengkajian klaim.</p>	<p><b>Application or application form</b> The application form you have completed and signed on behalf of yourself and on behalf of any eligible dependants for whom cover is requested. Please note that on some occasions an alternative form such as a health declaration or an upgrade form may be required to be completed instead of a full application form. We will advise you when this is the case. The alternative form will then be classed as the application or application form for the purpose of this agreement. Information on previously completed application forms, if applicable, may also be used by us for underwriting and claims assessment reasons.</p>
<p><b>Wilayah pertanggunggan</b> Batas-batas kewilayahan Program Asuransi Essential Health Plan Anda.</p>	<p><b>Area of cover</b> The territorial limits of your plan.</p>
<p><b>Alat Penyangga Hidup Buatan</b> Jika Anda membutuhkan peralatan medis yang membantu atau mengganti fungsi penting dari bagian tubuh, termasuk ventilasi mekanis, <i>Percutaneous Endoscopic Gastronomy (PEG), nasal feeding.</i></p>	<p><b>Artificial life maintenance</b> When you require medical equipment that assists or replaces important bodily functions, including mechanical ventilation, percutaneous endoscopic gastronomy (PEG), and nasal feeding.</p>
<p><b>Layanan Bantuan</b> Perusahaan bantuan darurat yang dikontrak oleh kami untuk menyediakan layanan bantuan kepada anggota Program Asuransi Essential Health Plan pada saat Anda melakukan klaim.</p>	<p><b>Assistance Service</b> The emergency assistance company contracted by us to provide assistance services to plan members at the time of your claim.</p>
<p><b>Reproduksi yang dibantu</b> Penggunaan teknik kedokteran, termasuk, namun tidak terbatas pada, in-vitro fertilization (IVF) dengan atau tanpa suntikan sperma intra-sitoblastik (ICSI), gamete intra-fallopian transfer (GIFT), zygote intra-fallopian transfer (ZIIT), donasi sel telur dan inseminasi dalam Rahim</p>	<p><b>Assisted reproduction</b> The use of medical techniques, including, but not limited to, invitro fertilisation (IVF) with or without intra-cytoplasmic sperm injection (ICSI), gamete intra-fallopian transfer (GIFT), zygote intra-fallopian transfer (ZIFT), egg donation and intra-uterine insemination (IUI)</p>

(IUI) dengan induksi ovulasi, yang diterima selama periode 3 bulan sebelum pembuahan.	with ovulation induction, received during the 3-month period prior to conception.
<b>Negara dan pulau di Karibia</b> Semua negara di kawasan Karibia termasuk Hindia Barat dan semua pulau yang dikelilingi oleh atau berbatasan dengan Laut Karibia.	<b>Caribbean country or island</b> All countries in the Caribbean region including the West Indies and all islands surrounded by or bordering the Caribbean Sea.
<b>Sertifikat asuransi</b> Konfirmasi pertanggunggunaan asuransi Anda yang dikeluarkan oleh kami. Sertifikat ini mengkonfirmasi jenis Program Asuransi Essential Health Plan yang telah Anda beli, mata uang yang Anda pilih, wilayah pertanggunggunaan Anda, masa pertanggunggunaan, tanggal bergabung, tanggal perpanjangan, jumlah eksek, syarat-syarat khusus, negara tempat tinggal Anda, negara asal Anda, dan lampiran tertanggung. Lampiran tertanggung memuat daftar orang-orang yang kami tanggung menurut perjanjian Anda dengan kami. Jika ada perubahan keterangan pada sertifikat asuransi Anda maka kami akan mengeluarkan sertifikat asuransi yang baru untuk Anda yang mengkonfirmasi perubahan tersebut.	<b>Certificate of insurance</b> The confirmation of your insurance cover issued by us. It confirms the plan type you have bought, the currency you selected, your area of cover, period of cover, date of entry, renewal date, excess amount, special terms, your country of residence, your country of nationality, and the schedule of insured persons. The schedule of insured persons lists the persons insured by us under your agreement with us. If there are any changes to the details on your certificate of insurance we will issue you with a new one confirming the changes.
<b>Kondisi kronis</b> Penyakit, keadaan sakit atau cedera yang memiliki satu atau lebih ciri-ciri berikut: - memerlukan pemantauan yang berlanjut atau jangka panjang melalui konsultasi, pemeriksaan, check-up dan/atau tes - memerlukan kontrol atau peringatan gejala yang berlanjut atau jangka panjang - Anda perlu menjalani rehabilitasi atau latihan khusus untuk mengatasinya - berlanjut untuk seterusnya - tidak ada obatnya yang diketahui - timbul kembali atau kemungkinan dapat timbul kembali	<b>Chronic condition</b> A disease, illness or injury that has one or more of the following characteristics: <ul style="list-style-type: none"> <li>• it needs ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups and/or tests</li> <li>• it needs ongoing or long-term control or relief of symptoms</li> <li>• you need to be rehabilitated or specially trained to cope with it</li> <li>• it continues indefinitely</li> <li>• it has no known cure</li> <li>• it comes back or is likely to come back</li> </ul>
<b>Klaim</b> Rangkaian perawatan untuk suatu penyakit, cedera, kondisi medis, kondisi gigi atau kehamilan tertentu, atau penggunaan manfaat ekspanat.	<b>Claim</b> A course of treatment for a specific illness, injury, medical condition, dental condition or pregnancy, or the use of an expat benefit.
<b>Kerabat dekat keluarga</b> Pasangan Anda, pasangan saudara, rekan kerja sama, orang tua, saudara laki-laki, saudara perempuan, anak atau cucu.	<b>Close family member</b> Your spouse, civil partner, a co-habiting partner, parent, brother, sister, child or grand-child.
<b>Co-insurance</b> Kontribusi yang harus Anda berikan terhadap biaya-biaya klaim Anda yang memenuhi syarat.	<b>Co-insurance</b> A contribution that you must make towards the eligible costs of your claim.
<b>Komplikasi kehamilan</b> Perawatan yang diterima untuk kondisi medis yang timbul karena tahap-tahap kehamilan sebelum persalinan atau sesudah persalinan.	<b>Complications of pregnancy</b> Treatment received for a medical condition which arises because of the antenatal or postnatal stages of pregnancy.
<b>Kondisi bawaan</b> Baik bersifat turunan maupun tidak, segala keabnormalan, cacat bentuk, penyakit, keadaan sakit atau cedera yang ada saat kelahiran, baik yang terdiagnosa atau pun tidak, atau cacat bentuk yang timbul selama tahap-tahap kehamilan sebelum persalinan, atau disebabkan pada saat persalinan.	<b>Congenital condition</b> Whether hereditary or not, any abnormality, deformity, disease, illness or injury present at birth, whether diagnosed or not, or any deformity arising during the antenatal stages of pregnancy, or caused during childbirth.
<b>Negara tempat tinggal</b> Negara di mana Anda biasanya tinggal sebagaimana tercantum dalam formulir permohonan Anda atau selanjutnya diberitahukan kepada kami secara tertulis.	<b>Country of nationality</b> Your country of origin, for which you hold a passport. If you hold more than one passport your country of nationality will be the country you have declared on your application form.
<b>Negara Tempat Tinggal</b> Negara tempat tinggal Anda yang tertera pada formulir aplikasi atau yang telah diinformasikan kepada LippoInsurance.	<b>Country of residence</b> The country in which you are habitually resident as specified on your application form or subsequently advised to us in writing.
<b>Tanggal bergabung</b> Tanggal di mana pertanggunggunaan untuk Anda, dan masing-masing tanggungan Anda, pertama kali dimulai. Tanggal bergabung Anda adalah seperti yang dicantumkan pada sertifikat asuransi Anda.	<b>Date of entry</b> The date on which cover for you, and each of your dependants, first commenced. Your date of entry is as stated on your certificate of insurance.
<b>Day-patient</b> Pasien yang masuk rumah sakit atau unit day-patient untuk tindakan medis yang karena alasan medis tidak dapat dilaksanakan secara rawat jalan dan yang mengharuskan pasien menempati tempat tidur di rumah	<b>Day-patient</b> A patient admitted to a hospital or day-patient unit for a medical procedure which for medical reasons could not have been performed on an out-patient basis and which requires them to occupy a hospital



sakit untuk suatu periode pemulihan yang diawasi secara medis, namun secara medis tidak perlu bagi mereka untuk menginap.	bed for a period of medically supervised recovery, but it is not medically necessary for them to occupy a bed overnight.
<b>Perawatan gigi</b> Tindakan gigi yang dilaksanakan oleh praktisi kedokteran gigi Anda yang secara klinis diperlukan untuk pemeliharaan dan/atau pemulihan kesehatan mulut, dan disediakan sesuai dengan standar praktek kedokteran gigi yang diakui.	<b>Dental treatment</b> Dental procedures undertaken by your dental practitioner which are clinically necessary for the maintenance and/or restoration of oral health, and are provided in accordance with accepted standards of dental practice.
<b>Dokter gigi/Praktisi kedokteran gigi</b> Seseorang yang berkualifikasi yang secara sah menjalani profesi ini di negara tempat ia berada.	<b>Dentist or dental practitioner</b> A qualified person legally carrying out this profession in the country in which he or she is located.
<b>Tes diagnostik</b> Investigasi, seperti sinar X atau tes darah untuk mendiagnosa penyebab gejala-gejala Anda.	<b>Diagnostic tests</b> Investigations, such as x-rays or blood tests to diagnose the cause of your symptoms.
<b>Penyedia Layanan Medis dengan Penagihan Langsung</b> Rumah Sakit, klinik rawat jalan atau dokter medis yang memiliki perjanjian terkait dengan penagihan langsung.	<b>Direct billing medical services provider</b> A hospital, out-patient clinic or medical doctor with whom we hold a current direct billing agreement.
<b>Dokter</b> Lihat Dokter Medis (Medical Doctor).	<b>Doctor</b> See medical doctor.
<b>Tanggungjawab yang memenuhi syarat</b> Suami/istri atau pasangan Anda, asalkan ia masih berusia di bawah 70 tahun pada tanggal bergabungnya, dan anak-anak Anda yang belum menikah (yaitu anak laki-laki, anak perempuan, anak tiri laki-laki, anak tiri perempuan, anak angkat dan anak yang berada di bawah perwalian sah Anda) asalkan anak yang belum menikah tersebut masih berusia di bawah 18 tahun, atau di bawah 25 tahun jika sedang menempuh pendidikan purnawaktu yang terus-menerus. Jika anak adalah anak angkat atau menjadi subyek perwalian sah, kami mungkin akan meminta bukti. Kami dapat pula meminta bukti bahwa seorang anak tanggungan sedang menempuh pendidikan purnawaktu.	<b>Eligible dependants</b> Your spouse or partner, provided they are under age 70 at their date of entry, and your unmarried children (i.e. your son, daughter, step-son, step-daughter, adopted children and children subject to legal guardianship) provided the unmarried children are aged less than 18 years old, or less than 25 years old if in continuous full-time education. If a child is adopted or the subject of legal guardianship we may require proof. We may also require proof of a dependent child being in full time education.
<b>Operasi caesar darurat</b> Operasi caesar, yang baru dijadwalkan untuk dilaksanakan kurang dari 24 jam sebelumnya.	<b>Emergency caesarean section</b> A caesarean section, which has been scheduled to take place less than 24 hours in advance.
<b>Perawatan darurat</b> Perawatan esensial, yang ditanggung oleh Program Asuransi Essential Health Plan Anda, yang diperlukan dengan segera jika Anda menderita kecelakaan atau penyakit yang tiba-tiba dan tidak diduga yang belum pernah Anda derita sebelumnya, yang bukan merupakan kondisi yang sudah ada sebelumnya, atau kondisi terkait, atau kondisi yang untuk Anda memiliki pengecualian medis diri.	<b>Emergency treatment</b> Essential treatment, covered by your plan, that is immediately required if you suffer an accident or a sudden and unforeseen illness you have never suffered from before, which is not a pre-existing medical condition, or a related condition, or a condition for which you have a personal medical exclusion.
<b>Ekses</b> Jumlah yang dinyatakan sebagai ekses dalam sertifikat asuransi Anda, yaitu jumlah yang harus Anda kontribusikan untuk setiap klaim. Jika ekses Anda adalah per tahun, ekses yang tercantum pada sertifikat asuransi Anda adalah jumlah yang harus Anda kontribusikan terhadap biaya perawatan yang memenuhi syarat yang ditanggung oleh Program Asuransi Essential Health Plan Anda dan diterima dalam masa pertanggungjawaban yang sama.	<b>Excess</b> The amount stated as the excess in your certificate of insurance, being the amount you must contribute to each claim. If your excess is per annum, the excess stated on your certificate of insurance is the amount you must contribute towards the cost of eligible treatment covered by your plan and received within the same period of cover.
<b>Pertanggungjawaban Penuh</b> Dimanapun istilah "Pertanggungjawaban Penuh" muncul di tabel manfaat maka ini berarti pengembalian penuh dari biaya-biaya yang wajar, kekurangan dari setiap ekses atau setiap koasuransi yang sesuai dengan plan Anda dan tunduk kepada setiap batasan yang ditentukan dimanapun di dalam tabel manfaat untuk setiap tipe perawatan yang Anda terima.	<b>Full Cover</b> Wherever the term 'Full cover' appears in the table of benefits, this means full refund of reasonable and customary charges, less any excess or co-insurance applicable to your plan, and subject to any limits that are specified anywhere else in the table of benefits for the type of treatment or care you receive.
<b>Rumah sakit</b> Tempat yang memiliki ijin sah sebagai rumah sakit medis atau bedah menurut undang-undang negara tempatnya berada.	<b>Hospital</b> An establishment which is legally licensed as a medical or surgical hospital under the laws of the country in which it is situated.
<b>Innocent bystander</b> Orang yang tidak terlibat dalam, ikut serta dalam atau meliputi perang, aksi permusuhan oleh musuh asing (baik perang dinyatakan maupun tidak), perang sipil, pemberontakan, revolusi, huru-hara atau kekuasaan militer	<b>Innocent bystander</b> Someone who is not involved with, participating in or reporting on war, acts of foreign enemy hostilities (whether or not war is declared), civil war, rebellion, revolution, insurrection or military or

atau kekuasaan yang direbut, pembangkangan, kerusuhan, pemogokan, darurat militer atau pengepungan, atau upaya penggulingan pemerintah, atau pun aksi terorisme, atau aktif ikut serta dalam operasi melawan kegiatan seperti ini.	usurped power, mutiny, riot, strike, martial law or state of siege, or attempted overthrow of government, or any acts of terrorism, or actively participating in operations countering any such activities.
<b>Pasien rawat inap</b> Pasien yang masuk ke rumah sakit dan menempati tempat tidur selama semalam atau lebih karena alasan medis.	<b>In-patient</b> A patient who is admitted to hospital and who occupies a bed overnight or longer for medical reasons.
<b>Tertanggung</b> Anda dan tanggungan yang memenuhi syarat, yang dalam sertifikat asuransi Anda disebutkan bahwa diikutsertakan dalam Program Asuransi Essential Health Plan ini.	<b>Insured person</b> You and any eligible dependants specified in your certificate of insurance as being included in the plan.
<b>Penanggung</b> Perusahaan asuransi yang menyediakan pertanggungan asuransi untuk Program Asuransi Essential Health Plan ini. Yang menjadi penanggung adalah PT Lippo General Insurance Tbk. (“LippoInsurance”)	<b>Insurer</b> The insurance company that provides the insurance cover for your plan. The insurer is PT Lippo General Insurance Tbk (“LippoInsurance”).
<b>Kondisi yang mengancam nyawa</b> Kondisi medis kritis yang ditanggung oleh Program Asuransi Essential Health Plan Anda, yang menurut pendapat Layanan Bantuan merupakan keadaan yang mengancam nyawa yang memerlukan perawatan rawat inap dengan segera.	<b>Life-threatening condition</b> A critical medical condition covered by your plan, which in the opinion of the Assistance Service constitutes a life-threatening situation which requires immediate in-patient treatment.
<b>Wilayah London</b> Alamat di Inggris Raya dalam wilayah kode pos E, EC, N, NW, SE, SW, W atau WC.	<b>London area</b> Any address in the United Kingdom within the E, EC, N, NW, SE, SW, W or WC postcode areas.
<b>Dokter medis</b> Orang yang memiliki kualifikasi sah di bidang kedokteran setelah mengikuti pendidikan di sekolah kedokteran yang diakui (seperti yang tercantum dalam World Directory of Medical Schools yang diterbitkan dari waktu ke waktu oleh Organisasi Kesehatan Dunia) untuk menyediakan perawatan medis dan yang memegang ijin untuk berpraktek di bidang kedokteran di negara tempat perawatan dijalani.	<b>Medical doctor</b> A person who is legally qualified in medical practice following attendance at a recognised medical school (as listed in the World Directory of Medical Schools as published from time to time by the World Health Organisation) to provide medical treatment and who is licensed to practise medicine in the country where the treatment is received.
<b>Diperlukan secara medis</b> Perawatan yang secara medis diperlukan dan sesuai dengan kondisi sebenarnya. Dalam hal ini perawatan tersebut harus: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dalam keadaan penting untuk mendiagnosa atau mengobati kondisi, penyakit atau cedera;</li> <li>• sesuai dengan gejala pasien, diagnosis ataupun pengobatan pasien dari kondisi yang mendasarinya;</li> <li>• sesuai dengan praktik medis umum yang berlaku dan standar perawatan medis profesional pada saat itu;</li> <li>• diperlukan untuk alasan selain atau kenyamanan pasien atau dokternya</li> <li>• terbukti dan telah ditunjukkan memiliki nilai medis dan dibuktikan dengan pengobatan medis internasional secara ilmiah terkait dengan keefektifan dan keamanan dari perawatan tersebut;</li> <li>• dianggap sebagai jenis perawatan yang paling tepat dan mempertimbangkan keamanan dari setiap tingkat perawatan yang diambil oleh pasien serta mempertimbangkan keefektifan biaya;</li> <li>• dilakukan di fasilitas yang sesuai, dalam keadaan yang tepat, dan pada tingkat perawatan yang tepat sesuai kondisi medis pasien;</li> <li>• dilakukan hanya untuk jangka waktu yang sesuai.</li> </ul>	<b>Medically necessary</b> Treatment that is medically necessary and appropriate. The treatment must be: <ul style="list-style-type: none"> <li>• essential to diagnose or treat a patient’s condition, illness or injury;</li> <li>• consistent with the patient’s symptoms, diagnosis or treatment of the underlying condition;</li> <li>• in accordance with generally accepted medical practice and professional standards of medical care at the time;</li> <li>• required for reasons other than the comfort or convenience of the patient or his or her physician</li> <li>• proven and been demonstrated to have medical value, with international medical and scientific evidence of the effectiveness and safety of the treatment;</li> <li>• considered to be the most appropriate type and level of treatment taking patient safety and cost effectiveness into consideration;</li> <li>• provided at an appropriate facility, in an appropriate setting, and at an appropriate level of care for the treatment of the patient’s medical condition;</li> <li>• provided only for an appropriate duration of time.</li> </ul>
<b>Praktisi kedokteran</b> Orang yang terdaftar penuh menurut Undang-undang Kedokteran di negara tempat ia berpraktek dan yang memiliki spesialisasi dalam bidang keperawatan, pengobatan homeopati, akupunktur, ortopedi, osteopati, chiropractor, chiropractor, podiatry atau fisioterapi, dan yang kepadanya Anda telah dirujuk oleh dokter medis.	<b>Medical practitioner</b> A person who has full registration under the Medical Acts of the country where they practice and who specialises in nursing, homeopathy, acupuncture, orthopaedic medicine, traditional Chinese medicine, osteopathy, chiropractic, chiropractor, podiatry or physiotherapy treatment, and to whom you have been referred by a medical doctor.
<b>Surat rujukan dokter</b> Surat dari dokter medis atau spesialis Anda yang merujuk Anda ke praktisi kedokteran lain untuk perawatan yang ditanggung oleh Program Asuransi	<b>Medical referral letter</b> A letter from your medical doctor or specialist which refers you to another medical practitioner for treatment covered by your plan. We

Essential Health Plan Anda. Kami hanya akan membayar perawatan bila tanggal mulai perawatan Anda selambat-lambatnya 3 bulan setelah tanggal surat rujukan dokter Anda.	will only pay for treatment when the start date of your treatment is within 3 months of the date of your medical referral letter.
<b>Penyedia layanan medis</b> Rumah sakit, klinik rawat jalan, praktisi kedokteran, praktisi kedokteran gigi, pakar optik atau apotek.	<b>Medical services provider(s)</b> A hospital, out-patient clinic, medical practitioner, dental practitioner, optician or pharmacy.
<b>Penjaminan medis</b> Proses di mana Anda menyampaikan dan kami mengkaji informasi kesehatan dan medis yang kami minta untuk memutuskan syarat-syarat kami dalam menerima permohonan pertanggungan Anda, atau kenaikan pertanggungan. Berdasarkan informasi yang Anda berikan kepada kami, kami dapat memutuskan untuk memberlakukan syarat-syarat khusus pada pertanggungan Anda, seperti pengecualian medis pribadi, atau kami dapat memutuskan untuk tidak menawarkan pertanggungan kepada Anda.	<b>Medical underwriting</b> The process of you providing and us assessing the health and medical information we ask for to decide the terms under which we will accept your application for cover, or for enhanced cover. Based on the information you give us, we may decide to place special terms on your cover, such as personal medical exclusions, or we may decide not to offer you cover.
<b>Pasien rawat jalan</b> Pasien yang datang ke ruang konsultasi, unit gawat darurat atau klinik rawat jalan rumah sakit, bila ia secara medis tidak perlu diterima sebagai day-patient atau pasien rawat inap.	<b>Out-patient</b> A patient who attends a hospital consulting room, emergency room or out-patient clinic, when it is not medically necessary for them to be admitted as a day-patient or an in-patient.
<b>Tindakan bedah rawat jalan</b> Tindakan rawat jalan di mana salah satu atau lebih hal berikut secara medis perlu: - bius total atau lokal atau pembiusan intravena - manipulasi atau relokasi tulang yang retak atau sendi yang terlepas oleh seorang dokter medis - tindakan bedah yang invasif - tindakan diagnostik yang invasif yang menggunakan intra-arterial cannulation - penggunaan peralatan endoskopi	<b>Out-patient surgical procedure</b> An out-patient procedure where one or more of the following is medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> <li>• general or local anaesthesia or intravenous sedation</li> <li>• manipulation or relocation of a fractured bone or dislocated joint by a medical doctor</li> <li>• invasive surgical procedures</li> <li>• invasive diagnostic procedures involving intra arterial cannulation</li> <li>• the use of endoscopic equipment</li> </ul>
<b>Masa pertanggungan</b> Masa 12 bulan sejak tanggal bergabung Anda atau dari tanggal perpanjangan selanjutnya. Masa pertanggungan Anda adalah sebagaimana tercantum pada sertifikat asuransi Anda.	<b>Period of cover</b> A period of 12 months from your date of entry or from any subsequent renewal date. Your period of cover is as shown on your certificate of insurance.
<b>Pengecualian medis pribadi</b> Pembatasan atas pertanggungan Anda yang dinyatakan pada sertifikat asuransi Anda dan secara khusus mengecualikan perawatan suatu kondisi atau beberapa kondisi medis tertentu dan segala kondisi terkait.	<b>Personal medical exclusions</b> A restriction on your cover that is stated on your certificate of insurance and specifically excludes treatment of a certain medical condition or conditions and any related conditions.
<b>Program Asuransi Essential Health Plan/Tipe Program Asuransi Essential Health Plan</b> Program Asuransi Essential Health Plan dengan paket Essential Care atau Essential Care Plus di mana Anda dan keluarga beserta tanggungan Anda dilindungi.	<b>Plan or plan type</b> The Essential Care plan or Essential Care Plus on which you and your eligible dependants are covered.
<b>Pemegang Program Asuransi Essential Health Plan</b> Orang yang dinyatakan sebagai pemegang Program Asuransi Essential Health Plan dalam sertifikat asuransi.	<b>Plan holder</b> The person stated as the plan holder on the certificate of insurance.
<b>Operasi caesar yang direncanakan</b> Operasi caesar yang telah dijadwalkan untuk berlangsung lebih dari 24 jam di muka, baik ini karena alasan medis atau elektif.	<b>Planned caesarean section</b> A caesarean section which has been scheduled to take place more than 24 hours in advance, whether this be for medical or elective reasons.
<b>Perawatan pasca rumah sakit</b> Konsultasi, fisioterapi, tes diagnostic dan/atau perawatan lanjut yang secara medis perlu, yang diperlukan secara rawat jalan setelah rawat inap atau perawatan day-patient yang ditanggung oleh Program Asuransi Essential Health Plan Anda dan dijalani dalam batas waktu 90 hari setelah tanggal Anda keluar dari rumah sakit.	<b>Post-hospital treatment</b> Medically necessary follow-up consultations, physiotherapy, diagnostic tests and/or treatment required on an out-patient basis following in-patient or day-patient treatment covered by your plan and received within the 90 day period following the date you are discharged from hospital.
<b>Tes sebelum Rawat Inap</b> Pemeriksaan rawat jalan dimana kondisi kesehatan Anda akan dinilai dengan tujuan memastikan bahwa kondisi Anda fit secara medis terkait dengan perawatan yang sudah Anda rencanakan dan Anda cukup siap untuk perawatan tersebut. Penilaian ini termasuk elektrokardiografi, tes darah dan urin serta pemeriksaan dada melalui sinar x.	<b>Pre-admission tests</b> An out-patient assessment during which your health is assessed in order to confirm that you are medically fit to undergo the planned treatment and that you are sufficiently prepared for it. The assessment may include an electrocardiogram, blood and/or urine tests and a chest x-ray.
<b>Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya</b>	<b>Pre-existing medical conditions</b>

<p>Segala penyakit, keadaan sakit atau cedera, baik kondisi tersebut telah didiagnosa atau pun tidak sebelum tanggal bergabung Anda, di mana untuk itu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anda telah menerima pengobatan, saran atau perawatan; atau</li> <li>- Anda telah mengalami gejala</li> </ul>	<p>Any disease, illness or injury, whether the condition has been diagnosed or not before your date of entry, for which:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• you have received medication, advice or treatment; or</li> <li>• you have experienced symptoms</li> </ul>
<p><b>Premi</b> Jumlah uang yang harus Anda bayar kepada kami baik per tahun, per setengah tahun, per triwulan atau per bulan untuk Program Asuransi Essential Health Plan asuransi Anda.</p>	<p><b>Premium</b> The amount(s) you are required to pay to us either annually, half-yearly, quarterly or monthly for your insurance plan.</p>
<p><b>Tanggal jatuh tempo premi</b> Tanggal di mana pembayaran premi Anda jatuh tempo.</p>	<p><b>Premium due date</b> The date on which your premium is due to be paid.</p>
<p><b>Pemeriksaan kesehatan preventif</b> Tes kesehatan, penyaringan dan/atau tindakan klinis yang dirancang khusus untuk pencegahan penyakit dan deteksi awal.</p>	<p><b>Preventive health checks</b> Health tests, screening and/or clinical procedures specifically designed for disease prevention and early detection.</p>
<p><b>Juru rawat yang berkualifikasi</b> Juru rawat yang terdaftar namanya dalam daftar resmi juru rawat yang diselenggarakan oleh suatu badan registrasi keperawatan wajib di negara tempat perawatan diberikan.</p>	<p><b>Qualified nurse</b> A nurse whose name is currently on any official register of nurses maintained by a statutory nursing registration body within the country where treatment is provided.</p>
<p><b>Wajar dan lazim</b> Biaya yang biasa dikenakan untuk perawatan Anda oleh penyedia layanan medis di negara tempat Anda menerima perawatan Anda, dan untuk lama menginap yang secara medis diperlukan. Jika biaya perawatan Anda tidak wajar dan lazim, maka kami hanya akan membayar sampai jumlah yang biasanya dikenakan di negara tersebut. Jika lama menginap tidak wajar dan lazim, kami hanya akan membayar untuk lama menginap secara medis diperlukan. Apabila terjadi perselisihan, kami akan mengidentifikasi jumlah yang biasanya dikenakan untuk perawatan Anda oleh penyedia layanan medis di negara tempat Anda menerima perawatan tersebut, dengan cara mencari tiga penawaran harga dan mengambil rata-rata mean dari ketiga penawaran ini.</p>	<p><b>Reasonable and customary</b> The charge that would typically be made for your treatment by medical services providers in the country where you receive your treatment, and for the medically necessary length of stay required. If the cost of your treatment is not reasonable and customary, we will only pay up to the amount which is typically charged in that country. If the length of stay is not reasonable and customary, we will only pay for the medically necessary length of stay required. In the event of a dispute, we will identify the amount typically charged for your treatment by obtaining comparable quotations from three other medical services providers in the country where you receive your treatment, and taking a mean average of these three quotations.</p>
<p><b>Rehabilitasi</b> Perawatan dalam bentuk kombinasi terapi seperti terapi fisik, okupasi dan wicara yang dimaksudkan untuk memulihkan fungsi lengkap setelah peristiwa akut seperti stroke.</p>	<p><b>Rehabilitation</b> Treatment in the form of a combination of therapies such as physical, occupational and speech therapy aimed at restoring full function after an acute event such as a stroke.</p>
<p><b>Rumah Sakit atau Klinik Rehabilitasi</b> Fasilitas medis yang berlisensi di bawah peraturan negara tempat fasilitas tersebut beroperasi dan dirancang untuk pasien yang tidak lagi memerlukan perawatan akut di rumah sakit namun masih memerlukan pengawasan atau perawat medis dan/atau bantuan untuk aktivitas sehari-hari karena adanya cacat medis.</p>	<p><b>Rehabilitation hospital or unit</b> A medical facility licensed under the regulations of the country in which it operates and designed for patients who no longer need acute hospital care but who still require medical or nursing supervision and/or assistance with activities of daily living because of their medical disability.</p>
<p><b>Kondisi terkait</b> Segala sakit, penyakit maupun cedera yang disebabkan oleh kondisi medis yang sudah ada sebelumnya atau yang dihasilkan oleh penyebab mendasar yang sama seperti kondisi medis yang sudah ada sebelumnya.</p>	<p><b>Related condition</b> Any disease, illness or injury that is caused by a pre-existing medical condition or results from the same underlying cause as a pre-existing medical condition.</p>
<p><b>Tanggal perpanjangan</b> Tanggal ulang tahun Program Asuransi Essential Health Plan Anda sebagaimana tercantum pada sertifikat asuransi Anda, umumnya ulang tahun tanggal semula Anda bergabung dengan Program Asuransi Essential Health Plan ini.</p>	<p><b>Renewal date</b> The anniversary date of your plan as shown on your certificate of insurance, normally the anniversary of your original date of entry to the plan.</p>
<p><b>Sesi</b> Satu konsultasi yang kontinu di mana dalam waktu tersebut Anda mungkin menerima saran, perawatan dan/atau pengobatan yang diresepkan.</p>	<p><b>Session</b> A single continuous consultation during which time you may receive advice, treatment and/or prescribed medication.</p>
<p><b>Spesialis</b> Seorang praktisi kedokteran yang terdaftar penuh oleh badan regulasi di negara tempat ia berpraktek setelah mengikuti pendidikan di sekolah kedokteran yang diakui (seperti yang tercantum dalam World Directory of Medical Schools yang diterbitkan dari waktu ke waktu oleh Organisasi Kesehatan Dunia). Ia harus tercatat dalam daftar spesialis yang tepat</p>	<p><b>Specialist</b> A medical practitioner who is fully registered by the regulatory body of the country in which he or she practices following attendance at a recognised medical school (as listed in the World Directory of Medical Schools as published from time to time by the World Health Organisation). They must be on a specialist register appropriate for</p>



<p>untuk kondisi yang memerlukan perawatan tersebut. Bila peraturan mengharuskan, praktisi kedokteran tersebut harus pula memiliki ijin praktek. Kami mencadangkan hak untuk tidak memberikan atau untuk menarik pengakuan atas seorang spesialis karena alasan seperti skorsing pencatatan, penipuan atau biaya-biaya yang tidak wajar.</p>	<p>the condition for which treatment is sought. Where regulation demands, the medical practitioner must also have a licence to practice. We reserve the right to withhold or remove recognition of any specialist for reasons such as suspension of registration, fraud or unreasonable charges.</p>
<p><b>Syarat-syarat khusus</b> Pengecualian medis pribadi, pembatasan atau penyesuaian premi yang dapat kami berlakukan atas Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Syarat-syarat khusus yang berkaitan dengan Program Asuransi Essential Health Plan Anda akan dimuat dalam sertifikat asuransi Anda.</p>	<p><b>Special terms</b> Any personal medical exclusions, restrictions or premium adjustments we may apply to your plan. Any special terms relating to your plan will appear on your certificate of insurance.</p>
<p><b>Kondisi medis terminal</b> Suatu kondisi yang telah menjadi tidak dapat disembuhkan dan semua perawatan yang diberikan adalah untuk memperpanjang hidup.</p>	<p><b>Terminal medical condition</b> A condition that has become incurable and all the treatments given are to prolong life.</p>
<p><b>Kondisi medis terminal</b> Suatu kondisi yang telah menjadi tidak dapat disembuhkan dan semua perawatan yang diberikan adalah untuk memperpanjang hidup.</p>	<p><b>Terminal medical condition</b> A condition that has become incurable and all the treatments given are to prolong life.</p>
<p><b>Premi belum terpakai</b> Jumlah premi yang berkenaan dengan jangka waktu sejak tanggal setelah tanggal pembatalan, hingga tanggal sebelum tanggal jatuh tempo premi berikutnya. Apabila ada pengembalian premi belum terpakai yang memenuhi syarat, maka jumlah premi belum terpakai yang dikembalikan, (dengan menggunakan Program Asuransi Essential Health Plan yang dibayar per tahun sebagai contoh), adalah premi tahunan yang dibayarkan dibagi dengan 12 dan dikalikan dengan banyaknya bulan kalender penuh yang masih tersisa dalam masa pertanggungjawaban. Jika Program Asuransi Essential Health Plan dibatalkan di tengah bulan, suatu jumlah tambahan, yang sama dengan seperdua belas premi tahunan yang dibayarkan, dikalikan dengan proporsi banyaknya hari tanpa pertanggungjawaban dalam bulan kalender juga akan dibayarkan. Sebagai contoh, jika premi tahunan untuk seorang tertanggung sebesar US\$3.000, masa pertanggungjawaban tanggal 1 Januari sampai 31 Desember 2017, dan tertanggung keluar dari Program Asuransi Essential Health Plan pada tanggal 27 September 2017, maka premi belum terpakai menjadi US\$775, yaitu: - <math>((US\\$3.000 / 12) \times 3) = US\\$750</math> untuk ketiga bulan penuh tanpa pertanggungjawaban (Oktober, November dan Desember); ditambahkan ke - - <math>((US\\$3.000 / 12) \times 0,1) = US\\$25</math> untuk ketiga hari di bulan September tanpa pertanggungjawaban (0,1 dihitung dalam contoh ini dengan membagi 3 (jumlah hari di bulan September tanpa pertanggungjawaban, yaitu tanggal 28, 29 dan 30) dengan total banyaknya hari di bulan September (30)). Metode penghitungan yang tepat yang menggunakan prinsip yang sama dengan contoh di atas akan digunakan jika frekuensi premi bukan per tahun.</p>	<p><b>Unused premium</b> The amount of premium that is attributable to the period from the date after the date of cancellation, up to the date before the next premium due date. In the event of a refund of unused premium being eligible, the unused premium amount refunded, (using an annually paid plan as an example), will be the annual premium paid divided by 12 and multiplied by the number of whole calendar months remaining in the period of cover. If the plan is cancelled part way through a month, an additional amount, equal to one twelfth of the annual premium paid, multiplied by the proportion of days without cover in the calendar month of cancellation will also be paid. For example, if the annual premium for an insured person is US\$3,000, the period of cover is 1st January to 31st December 2018, and the insured person leaves the plan on 27th September 2018, the unused premium will be US\$775, as:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>((US\\$3,000 / 12) \times 3) = US\\$750</math> for the three whole months without cover (October, November and December); added to -</li> <li>• <math>((US\\$3,000 / 12) \times 0.1) = US\\$25</math> for the three days in September without cover (the 0.1 calculated in this example by dividing 3 (the days in September without cover, i.e. the 28th, 29th and 30th) by the total number of days in September (30))</li> </ul> <p>Appropriate calculation methods using the same principle as the above example will be used if the premium frequency is not annual.</p>
<p><b>Kami</b> LippoInsurance atas nama penanggung.</p>	<p><b>Us, we, our</b> LippoInsurance</p>
<p><b>Keadaan vegetatif</b> Keadaan di mana tidak ada tanda-tanda sadar atau fungsi kognitif, sekalipun orang tersebut dapat membuka matanya dan/atau bernafas sendiri tanpa dibantu. Jika orang tersebut berada dalam keadaan vegetatif selama delapan minggu berturut-turut, ia akan dianggap berada dalam keadaan vegetatif persisten.</p>	<p><b>Vegetative state</b> A state where there is no sign of awareness or any cognitive function, even if the person can open their eyes and/or breathe unaided. If the person is in a vegetative state for a continuous period of eight weeks, they will be considered to be in a persistent vegetative state.</p>
<p><b>PERJANJIAN INI TELAH DISESUAIKAN DENGAN KETENTUAN PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERMASUK PERATURAN OTORITAS JASA KEUANGAN (OJK)</b></p>	<p><b>THIS AGREEMENT HAS BEEN ADJUSTED BY THE PROVISIONS OF REGULATORY REGULATIONS , INCLUDING REGULATION AND LEGISLATION SPECIFIED BY THE OTORITAS JASA KEUANGAN (OJK)</b></p>
<p><b>BAGIAN VIII PEMBIRITAHUAN PENTING</b></p>	<p><b>CHAPTER VIII IMPORTANT NOTICE</b></p>
<p>Anda berhak untuk mendapatkan ganti rugi atas setiap klaim sesuai dengan ketentuan dan persyaratan yang diatur dalam Polis ini.</p>	<p>You are entitled to reimbursement on claims in accordance with the terms and conditions of this policy.</p>

Apabila klaim Anda ditolak karena tidak terpenuhinya ketentuan atau persyaratan Polis ini dan jumlah klaim Anda tidak lebih dari Rp 750.000.000- per kasus dan Anda berkeberatan atas penolakan itu, Anda boleh menempuh upaya penyelesaian melalui Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia.

- Pelayanan BMAI tidak dikenakan biaya
- Keputusan Ajudikasi BMAI wajib kami terima
- Anda bebas untuk menerima atau menolak keputusan Ajudikasi BMAI

Anda dapat menghubungi BMAI melalui:

- Phone No. : 021 – 5274145
- Fax No. : 021 – 5274146
- Email : [info@bmai.or.id](mailto:info@bmai.or.id)
- Website : [www.bmai.or.id](http://www.bmai.or.id)

If your claim is rejected because it does not satisfy the terms and conditions of this policy, and your claim is no more than Rp 750.000.000, and you dispute this rejection, you may place your dispute resolution efforts through Badan Mediasi dan Arbitrase Asuransi Indonesia (BMAI).

- The BMAI service is free of charge
- We will submit to the decision of the BMAI Adjudication
- You are free to accept or discard the decision(s) of BMAI Adjudication

You may contact BMAI as follows:

- Phone No. : 021 – 5274145
- Fax No. : 021 – 5274146
- Email : [info@bmai.or.id](mailto:info@bmai.or.id)
- Website : [www.bmai.or.id](http://www.bmai.or.id)

**We're here to help**

Call us on +021 5256161  
or visit [william-russell.co.id](http://william-russell.co.id)