



Essential Health Plan Agreement for Employees

For employees with an Essential health
plan whose period of cover starts
on or after **01 August 2019**

William Russell^o

<p>PERJANJIAN PROGRAM ASURANSI ESSENTIAL HEALTH PLAN ANDA</p>	<p>AGREEMENT FOR YOUR ESSENTIAL HEALTH PLAN</p>
<p>BAGIAN I PENDAHULUAN</p>	<p>CHAPTER I PRELIMINARY</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Mohon untuk luangkan waktu untuk membaca perjanjian ini bersama dengan sertifikat master perusahaan asuransi Anda, sertifikat asuransi Anda sendiri, dan formulir aplikasi Anda. Bersama-sama, dokumen-dokumen ini membentuk kontrak antara majikan Anda, Anda, dan kami</p>	<p>Please take time to read this agreement along with your employer’s master certificate of insurance, your own certificate of insurance, and your application form. Together, these documents form the contract between your employer, you, and us.</p>
<p>Kata-kata tertentu yang kami gunakan dalam Polis ini memiliki arti khusus yang ingin kami tunjukkan untuk menjadi perhatian Anda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kami – berarti LippoInsurance. • Anda – berarti Anda dan semua tertanggung dalam Program Asuransi Essential Health Plan Essential Health Plan ini, seperti yang diperlihatkan dalam sertifikat asuransi Anda. • Pemegang Polis - adalah perusahaan atau perusahaan Anda yang memiliki kontrak asuransi dengan kami 	<p>Certain words we use within this agreement have a special meaning to which we would like to draw your attention. For example:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ‘We, us, our’ – means LippoInsurance • ‘You, your’ – means you and all insured persons on this plan, as shown on your certificate of insurance • ‘Policyholder’– means your company or employer who has the insurance contract with us
<p>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.</p>	<p>These words appear in bold type, and we provide their precise meanings in the ‘Definitions’ chapter of this agreement.</p>
<p>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).</p>	<p>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 (OJK).</p>
<p>BAGIAN II DASAR-DASAR POLIS</p>	<p>CHAPTER II BASIS OF THE POLICY</p>
<p>Pasal 1 : PRINSIP-PRINSIP ASURANSI</p>	<p>Article 1: INSURANCE PRINCIPLES</p>
<p>Polis ini berikut dengan master sertifikat dari asuransi majikan anda, formulir permohonan Anda, dan sertifikat asuransi Anda merupakan keseluruhan kontrak antara, majikan anda, 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.</p>	<p>This agreement, together with your employer’s master certificate of insurance, your application form and your certificate of insurance, make up the contract between your employer 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.</p>
<p>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 oleh majikan anda. Segala penggantian yang kami berikan dapat dapat dikenai batas eksek dan/atau co-insurance, dan manfaat-manfaat tertentu dapat dikenai batas manfaat. Jumlah eksek 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>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 by your employer. 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 certificate of insurance. Any co-insurance and benefit limits will be as stated in the table of benefits for your plan type.</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

<p>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 majikan anda yang berkaitan dengan ketentuan tentang Progam Asuransi kesehatan pribadi</p>	<p>between your employer and the insurer relating to the provision of private medical insurance.</p>
<p>Kelayakan untuk bergabung dengan rencana atasan Anda adalah seperti yang disepakati antara kami dan atasan Anda dan ditunjukkan pada sertifikat induk asuransi atasan Anda. Jika Anda memenuhi syarat untuk bergabung, Anda harus bergabung dalam waktu 30 hari untuk memenuhi syarat untuk melakukannya. Tanggungan Anda yang memenuhi syarat juga harus bergabung dengan rencana pada saat yang sama dengan Anda bergabung, atau, dalam waktu 30 hari setelah memenuhi syarat untuk melakukannya jika mereka hanya memenuhi syarat untuk bergabung di kemudian hari. Jika Anda atau tanggungan Anda tidak bergabung dalam waktu 30 hari sejak memenuhi syarat untuk melakukannya, kami dapat menolak untuk menawarkan perlindungan, atau hanya menawarkan perlindungan yang tunduk pada ketentuan khusus.</p>	<p>Eligibility to join your employer’s plan is as agreed between us and your employer and is shown on your employer’s master certificate of insurance. If you are eligible to join, you must join within 30 days of becoming eligible to do so. Your eligible dependants must also join the plan at the same time as you join, or, within 30 days of becoming eligible to do so if they only become eligible to join at a later date. If you or your dependants do not join within 30 days of becoming eligible to do so we may refuse to offer cover, or only offer cover subject to special terms.</p>
<p>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>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>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>Unless we have agreed otherwise, your plan will not cover any pre-existing medical conditions or related conditions.</p>
<p>Anda harus berusia di bawah 70 tahun pada tanggal dimulainya rencana Anda. Jika paket mencakup pertanggung jawaban untuk tanggungan, Anda harus mengajukan pertanggung jawaban atas nama pasangan atau pasangan Anda (asalkan mereka 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 dalam pendidikan penuh waktu terus menerus.</p>	<p>You must be under 70 years of age at the commencement date of your plan. If the plan includes cover for dependants, you must 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>Pertanggung jawaban Anda akan dimulai dari tanggal masuk yang tercantum pada sertifikat asuransi Anda. Kami tidak akan memulai pertanggung jawaban Anda sampai kami menerima lamaran Anda dan majikan Anda telah membayar premi.</p>	<p>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 your employer has paid the premium.</p>
<p>Berdasarkan ketentuan Polis ini, pertanggung jawaban tidak tersedia bagi Anda jika Swiss merupakan atau menjadi negara tempat tinggal Anda, terlepas dari kewarganegaraan Anda. Jika Swiss menjadi negara tempat tinggal Anda, Anda wajib memberi tahu kami. Pertanggung jawaban Anda akan berakhir secara otomatis sejak tanggal Anda tinggal di Swiss.</p>	<p>Under the terms of this agreement cover is not available to you if Switzerland is or becomes your country of residence, irrespective of your nationality. If Switzerland becomes your country of residence you must tell us. Your cover will automatically terminate from the renewal date after you take up residence in Switzerland.</p>
<p>Berdasarkan ketentuan Polis ini, pertanggung jawaban tidak tersedia bagi Anda jika Amerika Serikat merupakan atau menjadi negara tempat tinggal Anda, terlepas dari kewarganegaraan Anda. Jika Amerika Serikat menjadi negara tempat tinggal Anda, Anda wajib memberi tahu kami. Pertanggung jawaban Anda akan berakhir secara otomatis sejak tanggal Anda tinggal di Amerika Serikat.</p>	<p>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.</p>
<p>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>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>Pasal 2 : PERUBAHAN POLIS</p>	<p>Article 2: POLICY CHANGES</p>
<p>Setiap perubahan pada pertanggung-janaan Anda harus diminta oleh majikan Anda, dan dapat dikenakan persyaratan lebih lanjut seperti mengharuskan Anda untuk mengisi formulir aplikasi baru yang akan dikenakan underwriting medis. Kami tidak dapat menerima permintaan dari Anda untuk mengganti pertanggung-janaan untuk Anda atau tanggungan Anda.</p>	<p>Any changes to your cover must be requested by your employer, and may be subject to further requirements such as requiring you to complete a new application form which will be subject to medical underwriting. We cannot accept requests from you to change cover for you or your dependants.</p>
<p>Jika paket mencakup pertanggung-janaan untuk tanggungan karyawan, Anda harus mengajukan pertanggung-janaan atas nama pasangan atau mitra Anda, jika mereka berusia di bawah 70 tahun pada tanggal masuk mereka. Anda juga harus mengajukan pertanggung-janaan untuk anak-anak Anda yang memenuhi syarat yang memenuhi syarat, jika mereka berusia di bawah 18 tahun, atau di bawah 25 tahun jika mereka berada dalam pendidikan penuh waktu terus menerus. Kami berhak untuk meminta bukti seorang anak dalam pendidikan penuh waktu. Kami tidak akan memulai pertanggung-janaan untuk ketergantungan baru yang memenuhi syarat sampai kami menerima permohonan mereka dan kami telah menerima pembayaran premi mereka dari perusahaan Anda.</p>	<p>If the plan includes cover for employees' dependants you must apply for cover on behalf of your spouse or partner, if they are under 70 years of age on their date of entry. You must also apply for cover for your eligible dependant children, if 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 from your employer.</p>
<p>Jika paket mencakup pertanggung-janaan untuk tanggungan karyawan, Anda dapat menambahkan anak Anda yang baru lahir ke dalam paket Anda, tanpa jaminan medis apa pun, asalkan Anda memberi tahu kami tentang nama lengkap dan tanggal lahir mereka, dan majikan Anda membayar premi tambahan yang diperlukan, dalam waktu 30 hari sejak tanggal lahir mereka. Jika Anda telah diasuransikan bersama kami untuk periode dua belas bulan atau lebih yang berkelanjutan pada tanggal lahir, tanggal masuk dapat ditangguhkan hingga tanggal lahir. Sampul anak akan dibatasi untuk sampul yang disediakan oleh jenis paket atasan Anda. Tidak akan ada perlindungan untuk bayi Anda yang baru lahir di bawah tunjangan apa pun sampai bayi diasuransikan sesuai rencana. Jika Anda tidak memberi tahu kami tentang kelahiran anak Anda dalam waktu 30 hari setelah kelahirannya, dan / atau majikan Anda tidak membayar premi tambahan dalam 30 hari sejak tanggal kelahirannya, Anda harus membuat aplikasi baru untuk anak Anda untuk ditambahkan ke rencana Anda, dan aplikasi ini akan dikenakan underwriting medis. Anak-anak yang baru lahir yang telah lahir sebagai hasil dari perawatan reproduksi yang dibantu dan dilahirkan dalam waktu 36 minggu konsepsi selalu mengalami penjaminan kesehatan.</p>	<p>If the plan includes cover for employees' dependants you may add your newborn child to your plan, without any medical underwriting, provided you notify us of their full name and date of birth, and your employer pays the additional premium required, within 30 days of their date of birth. If you have been insured with us for a continuous period of twelve 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 employer's plan type. There will be no cover for your newborn baby under any benefit until the baby is insured under the plan. If you do not inform us about the birth of your child within 30 days of their birth, and/or your employer does 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.</p>
<p>Jika Anda (Karyawan) meninggal dunia, asalkan belum pernah diajukan klaim atas Polis, maka kami akan mengembalikan premi belum terpakai sejak tanggal kematian Anda. Jika Anda (Karyawan) memiliki tanggungan yang memenuhi syarat dalam (Polis) Program Asuransi Essemtoa; Health Plan Anda 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-janaan mereka seperti sebelumnya. Apabila tanggungan Anda yang memenuhi syarat ingin meneruskan pertanggung-janaan yang ditingkatkan dalam hal apa pun dibandingkan dengan pertanggung-janaan 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.</p>	<p>If you (the employee) die, provided no claim has been made on your plan, we will refund any unused premium from your date of death. If you (the employee) have eligible dependants insured under your plan, as the contract is between us and you as the Policy 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.</p>
<p>Jika Anda (karyawan) menyertakan suami/istri atau pasangan Anda dalam program 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</p>	<p>If you ((the employee) 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</p>

<p>kami dapat melaksanakan hal ini, kami mensyaratkan agar suami/istri atau pasangan Anda mengisi formulir permohonan baru yang harus diisi dan dikembalikan kepada kami dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal perceraian atau perpisahan Anda. Asalkan kami menerima formulir permohonan baru, dan asalkan premi masih terus dibayar, kami akan meneruskan pertanggung jawaban mantan suami/istri atau pasangan Anda tersebut seperti sebelumnya. Jika mantan suami/istri atau pasangan Anda ingin meneruskan pertanggung jawaban yang ditingkatkan dalam hal apa pun bila dibandingkan dengan pertanggung jawaban sebelumnya, maka mereka harus mengisi formulir permohonan baru dan permohonan ini akan dikenai penjaminan medis.</p>	<p>complete a new application form which must be completed and returned to us within 30 days of your date of 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 mereka tidak lagi memenuhi syarat untuk disertakan dalam Polis Anda mulai tanggal perpanjangan setelah pernikahan/ulang tahunnya. Namun demikian, anak Anda dapat mengajukan permohonan untuk meneruskan pertanggung jawabannya dalam Polisnya sendiri, dengan tarif premi dewasa yang berlaku, dengan syarat mereka telah mengirimkan kepada kami formulir permohonan yang telah diisi lengkap dan kami menerima premi yang semestinya dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal perpanjangan Anda. Jika mereka ingin meneruskan pertanggung jawaban yang ditingkatkan dalam hal apa pun bila dibandingkan dengan pertanggung jawaban sebelumnya, mereka wajib mengisi formulir permohonan baru dan segala peningkatan dalam pertanggung jawabannya akan dikenai penjaminan medis. Apabila kami masih belum menerima formulir permohonan dan premi anak Anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal perpanjangan Anda, maka pertanggung jawabannya akan otomatis berakhir terhitung mulai tengah malam pada hari sebelum tanggal perpanjangan Anda. Apabila mereka kemudian ingin mengajukan permohonan untuk pertanggung jawaban, maka mereka harus mengisi formulir permohonan baru dan permohonan baru ini akan dikenai penjaminan medis.</p>	<p>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.</p>
<p>Pasal 3 : DATA YANG DIPERLUKAN</p>	<p>Article 3: REQUIRED INFORMATION</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 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 pertanggung jawaban dan kemudian Anda pindah ke Negara diluar wilayah pertanggung jawaban Anda, majikan anda wajib mengajukan perubahan atas wilayah pertanggung jawaban Anda. Permohonan Anda akan diajukan kepada penjaminan medis.</p>	<p>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, your employer must apply to change your area of cover. Your application will be subject to medical underwriting.</p>
<p>Berdasarkan ketentuan Polis ini, perlindungan tidak tersedia bagi Anda jika Swiss adalah atau menjadi negara tempat tinggal Anda, terlepas dari kewarganegaraan Anda. Jika Swiss menjadi negara tempat tinggal Anda, Anda wajib memberi tahu kami. Pertanggung jawaban Anda akan berakhir secara otomatis sejak tanggal Anda tinggal di Swiss. Jika selama berjalannya pertanggung jawaban tidak terjadi klaim, maka Kami akan mengembalikan premi yang tidak terpakai untuk waktu yang belum dijalani.</p>	<p>Under the terms of this policy, cover is not available to you if Switzerland is or becomes your country of residence, irrespective of your nationality. If Switzerland becomes your country of residence you must tell us. Your cover will automatically terminate from the date on which you take up residence in Switzerland.</p>
<p>Berdasarkan ketentuan Polis ini, perlindungan 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. Pertanggung jawaban Anda akan berakhir secara otomatis sejak tanggal Anda tinggal di Amerika Serikat. Jika selama berjalannya pertanggung jawaban tidak terjadi klaim, maka Kami akan mengembalikan premi yang tidak terpakai untuk waktu yang belum dijalani.</p>	<p>Under the terms of this policy, 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.</p>
<p>Jika Anda meninggalkan pekerjaan Anda, Anda tidak lagi memenuhi syarat untuk dimasukkan dalam rencana majikan Anda dan Anda akan diberhentikan pada tanggal ketika pekerjaan Anda berhenti. Dalam beberapa keadaan, Anda mungkin diizinkan untuk melanjutkan</p>	<p>If you leave your employment you are no longer eligible to be included on your employer's plan and you will be removed on the date your employment ceases. In some circumstances you may be allowed to continue cover with us on an individual plan with no</p>

<p>pertanggungan dengan kami berdasarkan paket individual tanpa penjaminan medis tambahan, tetapi tunduk pada tarif premi individual kami. Jika Anda ingin informasi lebih lanjut tentang ini, silakan hubungi kami.</p>	<p>additional medical underwriting, but subject to our individual premium rates. If you would like more information about this then please contact us.</p>
<p>Pasal 4 : PREMI DAN TAGIHAN LAIN</p>	<p>Article 4: YOUR PREMIUM</p>
<p>Majikan Anda bertanggung jawab untuk membayar premi. Kami harus menerima premi sebelum kami memulai pertanggungan Anda. Rencana Anda hanya akan tetap berlaku saat Anda dipekerjakan oleh majikan Anda. Kami tidak akan membayar biaya perawatan yang terjadi setelah pertanggungan Anda berakhir, bahkan sebelumnya telah disahkan.</p>	<p>Your employer is responsible for paying the premium. We must be in receipt of the premium before we will commence your cover. Your plan will only remain in force while you are employed by your employer. We will not pay for any treatment expenses incurred after your cover has ended, even it was previously authorised.</p>
<p>Kami akan secara otomatis membatalkan pertanggungan Anda jika majikan Anda gagal membayar premi Anda pada atau sebelum tanggal jatuh tempo premi. Kami dapat mengizinkan pertanggungan Anda untuk berlanjut tanpa Anda harus mengisi formulir aplikasi dan pernyataan kesehatan baru jika perusahaan Anda membayar premi yang tertunggak dalam waktu 30 hari dari tanggal jatuh tempo premi. Selama periode 30 hari ini, kami tidak akan menerima klaim atas perawatan yang terjadi pada atau setelah tanggal jatuh tempo premi sampai perusahaan Anda telah membayar premi yang jatuh tempo. Ini juga berlaku untuk perawatan yang telah kami otorisasi sebelumnya. Jika majikan Anda tidak membayar premi Anda dalam waktu 30 hari dari tanggal jatuh tempo premi, kami akan membatalkan polis Anda dari tengah malam pada hari sebelum tanggal jatuh tempo premi Anda. Setelah kami membatalkan kebijakan paket Anda, majikan Anda harus mengajukan permohonan kembali untuk perlindungan dan Anda harus mengisi formulir aplikasi baru yang akan dikenakan penjaminan kesehatan.</p>	<p>We will automatically cancel your cover if your employer fails to pay your premium on or before the premium due date. We may allow your cover to continue without you having to complete a new application form and health declaration if your employer pays 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 your employer has paid the premium due. This also applies to treatment that we have already pre-authorised. If your employer does not pay your premium within 30 days of the premium due date, we will cancel your policy from midnight on the day before your premium due date. Once we have cancelled your plan policy, your employer will have to reapply for cover and you will have to complete a new application form which will be subject to medical underwriting.</p>
<p>Pasal 5 : PEMBATALAN POLIS</p>	<p>Article 5: POLICY CANCELLATION</p>
<p>Kami berhak untuk langsung membatalkan Program Asuransi Essential Health Plan Anda jika:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apabila Majikan anda tidak membayar premi Anda dan biaya-biaya lainnya seperti pajak premi asuransi dalam waktu 30 hari sejak tanggal jatuh tempo premi • Apabila masa kerja anda dengan majikan berhenti (dan Anda belum mengirimkan formulir aplikasi dan membayar premi yang diperlukan dalam waktu 30 hari dari tanggal saat itu berhenti) • Anda belum memberi kami informasi medis yang telah kami minta agar dapat mengkaji suatu klaim atau klaim potensial yang mungkin timbul di masa mendatang • Anda belum melunasi kembali kepada kami pembayaran klaim yang tidak memenuhi syarat yang telah kami tagihkan kepada Anda • Anda, tertanggung atau orang yang bertindak atas nama Anda telah memberikan 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) • 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"> - mengajukan klaim berdasarkan polis ini dengan mengetahui bahwa klaim tersebut tidak jujur, sengaja dilebih-lebihkan atau mengandung unsur kecurangan dalam hal apa pun - memberi kami informasi yang tidak lengkap atau palsu; atau - bekerjasama dengan pihak lain untuk memberikan informasi palsu kepada kami; atau - mengubah dokumen asli 	<p>We have the right to cancel your plan immediately if:</p> <ul style="list-style-type: none"> • your employer does not pay your premium and other charges such as insurance premium tax within 30 days of any premium due date • your employment with the employer ceases (and you have not submitted an application form and paid the required premium within 30 days of the date on which it ceased) • 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 • you have not repaid to us fully any ineligible claim payments we have invoiced you with • 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) • 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"> - making a claim under this policy knowing it to be dishonest, intentionally exaggerated or fraudulent in any way - providing us with incomplete or false information - working with another party to provide false information to us - changing original documents

<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. Kami berhak untuk membatalkan Pertanggungungan dari tanggal pembaruan apabila kami tidak dapat menawarkan perpanjangan dikarenakan kepatuhan dan/atau alasan legalitas.</p>	<p>If we cancel your policy for any of the above reasons, we will not refund any premium your employer has paid to us. We may also report the matter to the relevant authorities, if appropriate. We have the right to cancel your plan from your renewal date if you move to a country where we are unable to offer continued cover due to compliance, and/or legal reasons.</p>
<p>Pasal 6 : TUNTUTAN KEPADA PIHAK KETIGA</p>	<p>Article 6: DEMANDS ON THIRD PARTIES</p>
<p>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.</p>	<p>LippoInsurance will not responsible for any charges by an insured person or any other party for negligence or malpractice arising from treatment undertaken.</p>
<p>Pasal 7 : PENIPUAN</p>	<p>Article 7: FRAUD</p>
<p>Jika klaim yang diajukan tidak benar, termasuk dokumen atau dokumen palsu yang telah diubah dengan tujuan menyesatkan kami, kami berhak membatalkan pertanggungungan Anda.</p>	<p>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.</p>
<p>Pasal 8 : BATAS WILAYAH ASURANSI</p>	<p>Article 8: AREA OF COVER</p>
<p>Pertanggungungan yang diberikan berdasarkan Polis anda terbatas pada area pertanggungungan yang tertulis di sertifikat asuransi anda. Area pertanggungungan, dan batas teritorial yang sesuai, dinyatakan dibawah ini.</p>	<p>The cover provided by your plan is restricted to the area of cover stated on your certificate of insurance. The areas of cover, and their corresponding territorial limits, are stated below.</p>
<p><u>Zona 4 & 5</u> Penutup yang disediakan oleh paket Anda di seluruh dunia, tunduk pada pengecualian dan pembatasan berikut: -</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada pertanggungungan di Amerika Serikat, Kanada, Negara dan Kepulauan Karibia, dan area London • Pertanggungungan terbatas di negara dan wilayah tertulis dibawah • Pertanggungungan penuh di negara negara lainnya 	<p><u>Zones 4 & 5</u> The cover provided by your plan is worldwide, subject to the following exclusions and restrictions: -</p> <ul style="list-style-type: none"> • No cover in the United States of America, Canada, Caribbean countries & islands, and the London area • Limited cover in the countries and regions stated below • Full cover in all other countries
<p>Negara dan wilayah dengan pertanggungungan terbatas Di Inggris Raya, semua negara yang tergabung dalam Uni Eropa, Andorra, The Channel Islands, Gibraltar, Greenland, Islandia, Liechtenstein, Monaco, Norwegia, San Marino, Swiss, Australia, Cina, Hong Kong, Jepang, Makau, Selandia Baru, Singapura, Taiwan, Uni Emirat Arab, perlindungan dibatasi sebagai berikut:-</p> <ul style="list-style-type: none"> • US\$ 50,000 per tertanggung, per periode pertanggungungan, untuk kecelakaan dan perawatan darurat dari kondisi yang belum pernah di derita sebelumnya, didapat selama perjalanan sementara yang tidak lebih dari durasi 90 hari. Tidak ada Batasan dari jumlah perjalanan sementara yang masing masing tertanggung dapat lakukan sepanjang periode pertanggungungan, tapi perjalanan sementara yang lebih dari 90 hari tidak akan ditanggung. 	<p>Countries and regions where cover is limited In the United Kingdom (except the London area, where there is no cover at all), countries that are members of the European Union, Andorra, the Channel Islands, Gibraltar, Greenland, Iceland, Liechtenstein, Monaco, Norway, San Marino, Switzerland, Australia, China, Hong Kong, Japan, Macau, New Zealand, Singapore, Taiwan, and the UAE, cover is limited to the following:-</p> <ul style="list-style-type: none"> • US\$50,000 per insured person, per period of cover, for accident & emergency treatment of a condition that you have not previously suffered from, received during temporary trips of no more than 90 days' duration. There is no limit to the number of temporary trips that each insured person can make during any one period of cover, but temporary trips that are longer than 90 days will not be covered.
<p>Pasal 9 : MATA UANG</p>	<p>Article 9: CURRENCY</p>
<p>Dalam hal klaim yang diajukan sehubungan dengan biaya-biaya yang dinyatakan dalam mata uang negara lain, maka berlaku ketentuan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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). 	<p>If a claim is submitted for an amount in a currency other than US Dollars, the following provisions shall apply:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>Pasal 10 : PENYELESAIAN PERSELISIHAN</p>	<p>Article 10: DISPUTE AFFIRMATION</p>
<p>Dalam hal timbul perselisihan antara Penanggung dan Tertanggung sebagai akibat dari penafsiran atas tanggung jawab atau besarnya ganti rugi dari Polis ini, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui forum perdamaian atau musyawarah oleh unit internal Penanggung yang menangani Pelayanan dan Penyelesaian Pengaduan bagi Konsumen. Perselisihan timbul sejak Tertanggung menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan. Penyelesaian perselisihan</p>	<p>In the event of any dispute arising between the Insurer and the Insured as a consequence of the interpretation of the liability or the 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</p>

melalui perdamaian atau musyawarah dilakukan dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan.	in writing with regards to interpretation of the liability or the amount of indemnity of this Policy.
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.	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:
A. LEMBAGA ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA	A. ALTERNATIVE DISPUTE RESOLUTION BODY
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.	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.
B. PENGADILAN	B. COURT
Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia.	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.
Pasal 11 : HUKUM YANG BERLAKU	Article 11: VALIDITY OF LAW
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.	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.
Pasal 12: BAHASA	Article 12: LANGUAGE
Jika terjadi perbedaan interpretasi terhadap Polis ini, maka yang akan dipergunakan oleh Para Pihak adalah terjemahan dalam Bahasa Indonesia.	If there is any difference in interpretation of this Policy, then that will be used by the Parties is the translation in Bahasa Indonesia.
BAGIAN III KEPESERTAAN	CHAPTER III MEMBERSHIP
Pasal 1 : SYARAT KEPESERTAAN	Article 1: MEMBERSHIP TERMS
Tanggung jawab Anda adalah: <ul style="list-style-type: none"> memberitahu kami jika data pribadi Anda, atau data pribadi tertanggung mana pun, berubah memberitahu kami tentang alamat surat elektronik terkini Anda memberitahu kami jika Anda mengganti alamat, negara tempat tinggal atau negara asal Anda 	It is your responsibility to: <ul style="list-style-type: none"> inform us if your personal details, or the personal details of any insured person, change keep us advised of your current email address inform us if you change your address, country of residency or country of nationality
Tertanggung termasuk Anda dan tanggungan lainnya terdaftar di dalam sertifikat asuransi sesuai dengan masing-masing Program Asuransi Essential Health Plan Anda.	Insured persons include you and any eligible dependants specified in your certificate of insurance as being included in the plan.
Tertanggung bisa diperpanjang sampai dengan usia 70 tahun pada tanggal berlakunya, akan tetapi dapat diperpanjang selama diperlukan (sekali pun kesehatan mereka memburuk).	Insured persons must be under the age of 70 at date of entry, but can be renewed for as long as necessary (even if their health deteriorates).
Anda harus berusia di bawah 70 tahun pada tanggal mulai Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Anda dapat mengajukan permohonan pertanggungansian 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.	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.
Semua Tertanggung harus terdaftar dalam Formulir Aplikasi	All insured persons must be included and named on your application form.
Pasal 2 : KARTU PESERTA	Article 2: MEMBERSHIP CARD
Kami akan menerbitkan kartu peserta untuk masing-masing Tertanggung yang terdaftar berikut dengan 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 Anda akan berakhir pada akhir periode pertanggungan yang dinyatakan pada sertifikat asuransi Anda jika perusahaan Anda belum memperbarui program Anda, jika orang yang diasuransikan tidak lagi memenuhi persyaratan kelayakan, atau untuk alasan apa pun yang dinyatakan di bagian lain dalam perjanjian ini.	Your plan will terminate at the end of the period of cover stated on your certificate of insurance if your employer has not renewed your plan, if the insured persons no longer satisfy eligibility requirements, or for any reasons stated elsewhere in this agreement.
BAGIAN IV MANFAAT PESERTA	CHAPTER IV BENEFITS
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 pertanggungan yang disediakan oleh Program Asuransi Essential Health Plan, dan batasan yang berlaku untuk setiap Program Asuransi Essential 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. 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 ekses 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. 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 pertanggungan 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 majikan anda pilih dan tercantum pada sertifikat asuransi.	Certain benefits in the table of benefits are optional. You are only eligible for these benefits if your employer has 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. Apabila anda tidak mendapatkan pra-otorisasi, kami hanya akan membayarkan 80% dari biaya perawatan yang masuk akal dan sewajarnya.	There are certain benefits in the table of benefits for which you must obtain pre-authorisation. If you do not obtain pre-authorisation we will only pay 80% of the reasonable and customary cost of treatment.
Pasal 7: PENGECELIAN	Article 7: EXCLUSIONS
Tabel manfaat harus dibaca bersama Bagian V dari perjanjian ini.	The table of benefits should be read in conjunction Chapter V of this agreement.
Pasal 8: MANFAAT	Article 8: BENEFITS
Biaya Rumah Sakit Anda harus mendapatkan pra-otorisasi terlebih dahulu untuk semua manfaat yang termasuk dalam bagian ini. <ul style="list-style-type: none"> <i>Biaya Akomodasi Rumah Sakit</i> Biaya kamar single standar dengan kamar mandi atau kamar mandi en-suite, ketika Anda menjadi pasien rawat inap atau day-patient. <i>Perawatan rumah sakit</i> 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 	Hospital costs You must obtain pre-authorisation for all benefits included in this section. <ul style="list-style-type: none"> <i>Hospital accommodation</i> The cost of a standard single room with an en-suite bath or shower room, when you are an in-patient or day-patient. <i>Hospital treatment</i> 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

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 pertanggungjawaban Anda. 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.

- *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.

- *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.

- *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.

Perawatan Kanker

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

- *Perawatan kanker*

Perawatan kanker, termasuk kemoterapi, radioterapi, imunoterapi, konsultasi, tes, scan, dan obat-obatan. Kami juga akan membayar perawatan gigi restoratif setelah menjalani emoterapi atau radioterapi.

- *Tes genom kanker*

Biaya tes untuk mengurutkan gen sel kanker.

Transplantasi organ, sumsum tulang atau jaringan

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk semua manfaat yang termasuk dalam bagian ini. 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). Kami tidak menanggung biaya yang terkait dengan akuisisi organ.

- *Transplantasi dan perawatan terkait*

Biaya yang dikeluarkan saat dirawat di rumah sakit, termasuk obat anti-penolakan, dan semua perawatan rawat jalan yang terkait yang diperlukan pada saat sebelum dan setelah transplantasi.

- *Biaya donator*

Biaya medis yang terkait dengan donor sebagai pasien rawat inap atau day-patient.

Dialisis Ginjal

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

- 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.

- 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.

- Kami tidak mencakup dialisis ginjal rutin atau jangka Panjang.

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.

- *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.

- *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.

- *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.

Cancer treatment

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

- *Cancer treatment*

Cancer treatment, including chemotherapy, radiotherapy, immunotherapy, consultations, tests, scans, and drugs. We will also pay for restorative dental treatment following emotherapy or radiotherapy.

- *Cancer genome tests*

The cost of tests to sequence the genes of cancer cells.

Organ, bone marrow or tissue transplants

You must obtain pre-authorisation for all benefits included in this section. 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. We do not cover any costs associated with the acquisition of the organ.

- *Transplant and related treatment*

Costs incurred while hospitalised, including anti-rejection drugs, and all related out-patient treatment required prior to and after the transplant.

- *Donor costs*

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

Kidney dialysis

You must obtain pre-authorisation for this benefit.

- 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.

- 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.

- We do not cover regular or long-term kidney dialysis.

Bedah Rekonstruktif

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk manfaat ini.

- Maksimal dua operasi per seumur hidup 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.

Kelainan kongenital atau kondisi keturunan

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk manfaat ini.

- Perawatan untuk kondisi bawaan atau kondisi keturunan (misalkan diagnosis masuk dalam kondisi kronis atau tidak) dan perawatan untuk kondisi yang terkait.
- Manfaat ini tidak mencakup perawatan kesehatan mental, pengobatan gratis, pengobatan tradisional Tiongkok, akupunktur atau perawatan homeopati.
- Tidak menjamin kondisi bawaan atau kondisi keturunan jika, sebelum dimulai periode Asuransi, Anda telah memiliki tanda-tanda abnormal, gejala atau hasil tes yang berkaitan dengan kondisi bawaan atau kondisi keturunan (termasuk ataupun tidak termasuk pada diagnosis tertentu yang telah terjadi).
- Namun, mungkin terdapat beberapa penjaminan untuk bayi yang baru lahir pada manfaat bayi yang baru lahir.
- Batas manfaat seumur hidup Anda untuk manfaat ini akan dikurangi dengan pembayaran apa pun yang telah kami lakukan pada manfaat yang baru lahir bayi sehubungan dengan cacat lahir, kondisi bawaan atau kondisi turun-temurun. Batas manfaat seumur hidup yang ditampilkan berlaku terlepas dari jumlah kondisi bawaan dan kondisi keturunan.

Perawatan HIV/AIDS

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk manfaat ini. Periode masa tunggu 24 bulan.

- Pengobatan yang timbul dari atau 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 tahun.
- Kami tidak memberikan pertanggungjawaban jika virus telah ada sebelum efektif polis Anda.

Implan Prostetik

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

Biaya Medis Sehari-hari

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk semua keuntungan di bagian ini apabila biaya perawatan anda akan melebihi US\$500.

- *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. Kami tidak menanggung kunjungan ke rumah.
- *Perawatan bangsal darurat*
Perawatan darurat yang Anda terima di rumah sakit.
- *Prosedur bedah rawat jalan*
Prosedur bedah yang tidak memerlukan perawatan rawat inap atau day-patient.
- *Tes diagnostik lanjutan*

Reconstructive surgery

You must obtain pre-authorization for this benefit.

- A maximum of two surgeries per lifetime 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.

Congenital conditions or hereditary conditions

You must obtain pre-authorization 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 mental health treatment, 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.

HIV/AIDS treatment

You must obtain pre-authorization 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.

Prothsetic 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.

Everyday medical costs

You must obtain pre-authorization for all benefits in this section if your medical treatment costs will total more than US\$500.

- *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. We do not cover home visits.
- *Emergency ward treatment*
Emergency treatment that you have received at a hospital.
- *Out-patient surgical procedures*
Surgical procedures that do not require in-patient or day-patient treatment.
- *Advanced diagnostic tests*
MRI and CAT (CT) scans performed on the advice of a medical

<p>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. Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk semua tes diagnosa dimuka.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 untuk pra-otorisasi 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. 	<p>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. You must obtain pre-authorisation for all advanced diagnostic tests.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 for pre-authorisation 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.
<p>Kondisi Kronis Pertanggungungan untuk semua manfaat dalam bagian ini adalah terkait dengan sub-batas manfaat tahunan untuk perawatan rawat jalan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guncangan Akut Pengobatan jangka pendek untuk mengobati guncangan akut yang terkait kondisi kronis yang dipertanggungungan di dalam Polis Anda. • Pemantauan dan pemeliharaan Konsultasi rutin, tes, dan obat-obatan (yang diresepkan) yang diperlukan untuk memantau dan menjaga stabilitas kondisi yang kronis. 	<p>Chronic conditions Cover for all benefits in this section is up to the annual sub-limit for out-patient treatment.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acute flare-ups Short-term treatment to treat acute flare-ups of a chronic condition covered by your plan. • Monitoring and maintenance Regular consultations, tests, and prescribed medication required to monitor and maintain the stability of a chronic condition.
<p>Perawatan Seumur Hidup Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk semua manfaat yang termasuk dalam bagian ini.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospis dan perawatan paliatif Untuk diagnosis kondisi medis terminal yang dipertanggungungan oleh Polis Anda, semua biaya untuk perawatan yang diterima 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. • Pemeliharaan hidup buatan Perawatan yang Anda butuhkan setelah mendapatkan pemeliharaan hidup buatan selama 8 minggu. • 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. 	<p>Lifetime care You must obtain pre-authorisation for all benefits included in this section.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospice and palliative care 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. • Artificial life maintenance Treatment you require after you have already been on artificial life maintenance for 8 weeks. • 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.
<p>Perawatan optik Anda berhak atas manfaat dalam bagian ini hanya jika telah dipilih oleh atasan Anda dan itu dinyatakan pada sertifikat asuransi Anda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kami akan membayar hingga US \$ 75 per periode perlindungan untuk membayar satu pemeriksaan mata tahunan. Anda berhak atas manfaat perawatan optik hanya jika telah dipilih oleh perusahaan Anda. 	<p>Optical care You are eligible for the benefits in this section only if they have been selected by your employer and they are stated on your certificate of insurance.</p> <ul style="list-style-type: none"> • We will pay up to US\$75 per period of cover to pay for one annual eye examination. You are eligible for the optical care benefit only if it has been selected by your employer.
<p>Biaya perawatan gigi Anda berhak atas tunjangan di bagian ini hanya jika perusahaan Anda telah memilihnya dan itu dinyatakan dalam sertifikat asuransi Anda. Semua perawatan gigi harus dilakukan oleh dokter gigi di ruang gawat darurat rumah sakit atau operasi gigi. Kami tidak mencakup konsultasi ortodontik atau perawatan apa pun. Prosedur bedah untuk mengangkat gigi bungsu dicakup di tempat lain dalam manfaat biaya rumah sakit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kami akan membayar untuk, dengan masa tunggu 6 bulan, biaya gigi dasar berikut: - 	<p>Dental costs You are eligible for the benefits in this section only if your employer has selected them and they are stated on your certificate of insurance. All dental treatment must be carried out by a dentist in a hospital emergency room or dental surgery. We do not cover orthodontic consultations or treatment of any kind. Surgical procedures to remove wisdom teeth are covered elsewhere within the hospital costs benefits.</p> <ul style="list-style-type: none"> • We will pay for the for, subject to a 6-month waiting period, the following basic dental costs:-

- penyaringan (mis. pemeriksaan untuk dan / atau penilaian dari setiap penyakit, hilang, dan
 - gigi penuh termasuk sinar-X jika perlu dua kali per tahun
 - scaling, polishing, dan sealing (dua kali per tahun)
 - tambalan (baik komposit dan amalgam)
 - ekstraksi sederhana
 - perawatan saluran akar
- Manfaat ini dibatasi hingga US \$ 250 atau US \$ 500, tergantung pada opsi mana yang telah dipilih majikan Anda. Anda tidak berhak mendapat perlindungan jika tidak ada opsi yang dipilih.

- screening (e.g. the checking for and/or the assessment of any diseased, missing, and
 - filled teeth including X-rays where necessary) twice per year
 - scaling, polishing, and sealing (twice per year)
 - fillings (both composite and amalgam)
 - simple extractions
 - root canal treatment
- This benefit is limited to US\$250 or US\$500, depending on which option your employer has selected. You are not eligible for cover if neither option is selected.

Biaya bersalin

Anda berhak atas tunjangan tertentu di bagian ini hanya jika perusahaan Anda telah memilihnya dan dinyatakan dalam sertifikat asuransi Anda. Anak-anak tanggungan yang termasuk dalam rencana Anda tidak berhak atas manfaat ini. Kami tidak mencakup perawatan anak yang baru lahir yang lahir setelah reproduksi terbantu (mis. IVF) dalam hal kelahiran terjadi dalam waktu 36 minggu setelah pembuahan. Setiap biaya yang timbul selama persalinan normal (termasuk operasi caesar yang direncanakan) akan dibayarkan dari perawatan bersalin dan tunjangan persalinan rutin. Kami tidak mencakup tes kehamilan, atau kelas prakelahiran dan doula. Kami tidak mencakup penghentian kehamilan atau perawatan atau investigasi apa pun yang timbul sebagai akibat dari komplikasi yang berkaitan dengan penghentian kehamilan. Kami tidak menutupi pompa payudara.

- *Perawatan bersalin rutin dan perawatan rutin bayi baru lahir (masa tunggu 12 bulan)*

Kami akan membayar biaya melahirkan rutin berikut:

- tes dan pemeriksaan pra-kelahiran
- perawatan dan pemeriksaan pasca melahirkan
- persalinan alami
- Melahirkan melalui operasi caesar yang direncanakan
- Kelahiran di rumah, di mana bidan hadir
- suplemen dan vitamin sesuai anjuran dokter

Batas yang ditunjukkan untuk manfaat ini berlaku untuk setiap kehamilan, terlepas dari jumlah anak yang dilahirkan. Setiap rumah sakit dari biaya akomodasi pusat persalinan akan dibatasi pada biaya kamar rumah sakit standar. Anda berhak atas manfaat ini hanya jika telah dipilih oleh atasan Anda.

- *Perawatan rawat inap atau rawat-hari diperlukan sebagai akibat langsung dari komplikasi kehamilan (masa tunggu 12 bulan)*

Kami tidak menyediakan pertanggungjawaban berdasarkan manfaat ini untuk persalinan (yang termasuk bagian caesar). Kami tidak menyediakan perlindungan di bawah manfaat ini jika Anda bertindak sebagai pengganti atau ada orang lain yang bertindak sebagai pengganti untuk Anda. Kami tidak menyediakan perlindungan di bawah manfaat ini untuk kehamilan yang ditetapkan melalui reproduksi terbantu (mis. IVF) sampai setelah pemindaian 12 minggu standar, terlepas dari berapa lama Anda telah dicakup oleh rencana tersebut.

Manfaat Ekspatriat

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

- *Bantuan Medis 24 jam*
Jika Anda memiliki keadaan darurat medis yang memerlukan bantuan medis segera, Anda harus menghubungi kami.
- *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

Maternity costs

You are eligible for certain benefits in this section only if your employer has selected them and they are stated on your certificate of insurance. Dependant children included in your plan are not eligible for these benefits. We do not cover the treatment of any newborn child born following assisted reproduction (e.g. IVF) in the event of the birth occurring within 36 weeks of conception. Any charges incurred during normal childbirth (including a planned caesarean section) will be paid from the routine maternity care and childbirth benefit. We do not cover pregnancy testing, or pre-natal classes and doulas. We do not cover termination of pregnancy or any treatment or investigations that arise as a result of complications relating to termination of pregnancy. We do not cover breast pumps.

- *Routine maternity care and routine care of newborns (12-month waiting period)*

We will pay for the following routine maternity costs:

- pre-natal tests and examinations
- post-natal treatments and examinations
- natural childbirth
- childbirth by planned caesarean section
- home birth, where a midwife is present
- supplements and vitamins as recommended by a medical doctor

The limits shown for this benefit apply to each pregnancy, regardless of the number of children born. Any hospital or birthing centre accommodation costs will be limited to the cost of a standard hospital room. You are eligible for this benefit only if it has been selected by your employer.

- *In-patient or day-patient treatment necessary as a direct result of a complication of pregnancy (12-month waiting period)*

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.

Expat benefits

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

- *24-hour medical assistance helpline*
If you have a medical emergency which requires immediate medical assistance, you must contact us.
- *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

transportasi darat ke rumah sakit terdekat dalam area perlindungan Anda di mana perawatan medis yang sesuai tersedia. Kami tidak menanggung biaya lain berdasarkan Polis ini seperti biaya akomodasi hotel. Kami tidak menanggung evakuasi darurat ke, dari atau di Amerika Serikat. 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.

- *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.

- *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 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.

- *Pemulangan Jenazah*

Jika Anda meninggal dunia sebagai akibat dari kondisi yang dipertanggungjawabkan 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.

- *Pemakaman atau kremasi*

Jika Anda meninggal dunia sebagai akibat dari kondisi yang dipertanggungjawabkan 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 mempertanggungjawabkan Anda jika Anda meninggal di negara asal Anda. Kami tidak akan mempertanggungjawabkan Anda untuk biaya seorang praktisi agama.

of cover where appropriate medical treatment is available. We do not cover any other costs under this benefit such as hotel accommodation charges. We do not cover emergency evacuation to, from or within the USA. 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.

- *Return airfare*

Following an emergency evacuation covered by your plan, we will pay for your economy return airfare to your country of residence.

- *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.

- *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.

- *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.

BAGIAN V

PENGECUALIAN KHUSUS UNTUK MANFAAT PERAWATAN MEDIS KHUSUS

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:

- biaya pengisian, atau penyediaan formulir klaim atau laporan medis
- biaya bank yang dikeluarkan akibat adanya transfer dana yang kami lakukan
- kerugian yang mungkin Anda alami akibat fluktuasi nilai tukar
- ongkos-ongkos yang dikeluarkan akibat kesalahan pembayaran yang terjadi karena tidak benarnya informasi yang Anda berikan kepada kami

Chapter V EXCLUDED COSTS

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.

- fees for the completion, or providing of, claim forms or any other medical reports
- bank charges incurred as a result of us transferring money
- losses you may incur due to fluctuations in exchange rates
- charges incurred as the result of payment errors that arise as the result of you having provided us with incorrect information
- administration, registration, or cancellation fees charged by hospitals, doctors, or other providers of medical services
- any charges made by your bank or credit card company

<ul style="list-style-type: none"> • biaya administrasi, pendaftaran atau pembatalan yang dikenakan oleh rumah sakit, dokter atau penyedia layanan kesehatan lainnya • pungutan yang dikenakan oleh bank atau perusahaan kartu kredit Anda 	
<p>Kondisi/gangguan adiktif dan penyalahgunaan alkohol, obat-obatan dan pelarut Perawatan yang terkait dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kecanduan (seperti kecanduan alkohol atau obat-obatan) atau penyalahgunaan zat (seperti alkohol, obat-obatan atau pelarut) • penyakit atau cedera yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung akibat penyalahgunaan atau kecanduan tersebut • penyakit atau cedera yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung akibat berada dalam pengaruh zat (seperti alkohol, obat-obatan atau pelarut) 	<p>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"> • addictions (such as alcohol or drug addiction) or substance abuse (such as alcohol, drug or solvent abuse) • any illness or injury caused directly or indirectly as a result of any such abuse or addiction • any illness or injury caused directly or indirectly as a result of being under the influence of any substance (such as alcohol, drugs or solvents)
<p>Pengujian alergi dan/atau desensitisasi Perawatan yang terkait dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tes alergi melalui analisis rambut • suntikan desensitisasi alergi atau penetralisir makanan <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>Allergy testing and/or desensitization You are not covered for treatment related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allergy testing by hair analysis • allergy desensitisation or food neutralising injections <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>Pengobatan dan terapi alternatif Pengobatan dan terapi alternatif, termasuk namun tidak terbatas pada fisioterapi akua, dukun patah tulang (bone-setting), cuci usus (colonic irrigation), hidrotterapi, Intervetebral Differential Dynamics (IDD), kinesiologi, naturoterapi, Ayurveda dan terapi pijat.</p>	<p>Alternative treatment and therapies 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>Alat Penyambung Hidup Buatan Anda tidak akan dipertanggungjawabkan oleh alat penyambung hidup buatan selain dari manfaat-manfaat yang sesuai dengan lifetime care benefit.</p>	<p>Artificial life maintenance You are not covered for artificial life maintenance, other than any benefit you are eligible for under the lifetime care benefit.</p>
<p>Pengaturan kelahiran, masalah seksual dan operasi kelamin Perawatan yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari atau sehubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kontrasepsi atau sterilisasi • masalah seksual (termasuk impotensi dan dorongan seksual yang menurun) • operasi kelamin 	<p>Birth control, sexual problems and gender reassignment You are not covered for treatment directly or indirectly arising from or connected with:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contraception or sterilisation • sexual problems (including impotence and decreased libido) • gender reassignment
<p>Pemaparan dan kontaminasi bahan kimia 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>Chemical exposure and contamination 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>Khitan Kecuali jika diperlukan untuk pengobatan suatu kondisi medis akut yang ditanggung oleh program Anda.</p>	<p>Circumcision 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>Pemulihan, rehabilitasi, panti perawatan dan spa/hidro kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • akomodasi rumah sakit jika alasan Anda diopname adalah untuk tujuan pemulihan, rehabilitasi atau pengawasan • perawatan relaksasi atau istirahat, atau perawatan di klinik pengobatan alami, spa kesehatan dan hidro kesehatan • 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 • perawatan di rumah 	<p>Convalescence, rehabilitation, nursing homes, and health spas or hydros You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hospital accommodation if the reason you are hospitalised is for the purpose of convalescence, rehabilitation or supervision • relaxation or rest treatments, or treatments in nature cure clinics, health spas and health hydros • private beds registered as nursing homes attached to such establishments or a hospital where the hospital has effectively become your home or permanent abode
<p>Selain perawatan yang berhak Anda dapatkan berdasarkan manfaat perawatan rehabilitasi.</p>	<p>Other than treatment you are eligible for under the rehabilitation treatment benefit.</p>

<p>Bedah plastik dan perawatan Investigasi atau perawatan yang berkaitan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pengobatan kosmetik atau estetik untuk memperbaiki penampilan Anda, sekalipun diresepkan secara medis • pengeluaran lemak atau jaringan berlebih • pembesaran atau pengecilan ukuran payudara • skleroterapi untuk spider veins, perawatan varises permukaan • Botox, dermal filler, atau pengobatan vitiligo atau gangguan pigmentasi kulit apa pun 	<p>Cosmetic surgery and treatment You are not covered for investigations or treatment related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cosmetic or aesthetic treatment to enhance your appearance, even when medically prescribed • the removal of fat or surplus tissue • breast enlargement or reduction • sclerotherapy for spider veins, treatment of superficial varicose veins • Botox, dermal fillers, or treatment of vitiligo or any skin pigmentation disorder
<p>Perbuatan kriminal Perawatan yang timbul dari atau sehubungan dengan cedera yang diderita ketika Anda terlibat dalam perbuatan yang bersifat kriminal, ilegal atau melanggar hukum.</p>	<p>Criminal activity 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>Ahli diet 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>Dietitian 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>Obat-obatan dan perawatan eksperimental Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan dan obat-obatan yang bersifat eksperimental, atau belum terbukti efektif secara klinis dan secara umum diterima oleh praktik medis.</p>	<p>Experimental drugs and treatments 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>Penglihatan 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>Eyesight 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>Kegagalan mengikuti nasehat dokter Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 tersebut dan/atau perawatan yang diresepkan atas komplikasi yang timbul karena tidak 	<p>Failure to follow medical advice You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • treatment arising from or related to your unreasonable failure to seek or follow medical advice and/or prescribed treatment, or • your unreasonable delay in seeking or following such medical advice and/or prescribed treatment complications arising from ignoring such advice
<p>Operasi janin Anda tidak dipertanggungjawabkan untuk pembedahan yang dilakukan pada saat anak berada di dalam rahim ibu.yang dilakukan pada saat anak berada di dalam rahim ibu.</p>	<p>Foetal surgery You are not covered for surgery undertaken on a child while it is in its mother's womb.</p>
<p>Tes genetika dan/atau rekayasa genetika Namun harap dicatat bahwa tes genom dapat ditanggung dalam “tes genom kanker” pada bagian “Perawatan kanker”.</p>	<p>Genetic testing or genetic engineering 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>Pendengaran Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pengobatan untuk atau timbul dari tuli yang disebabkan oleh maturing atau aging • 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 • Untuk anak-anak yang baru lahir selama 90 hari pertama kehidupan mereka di bawah 'Cover for newborn babies' benefit • alat bantu Dengar • tes pendengaran - perlu diketahui namun hal ini mungkin tercakup dalam bagian 'Manfaat Kesejahteraan' 	<p>Hearing You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • treatment for or arising from deafness caused by maturing or ageing • 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 • hearing aids • hearing tests (unless covered under your plan in the well-being benefit section of the table of benefits)
<p>Infertilitas, IVF dan reproduksi yang dibantu</p>	<p>Infertility, IVF, and assisted reproduction</p>

<p>Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> tes atau diagnosis yang berhubungan dengan infertilitas perawatan infertilitas, reproduksi yang dibantu (mis. perawatan IVF), termasuk memastikan kehamilan 	<p>You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> testing or diagnosis related to infertility infertility treatment, assisted reproduction (e.g. IVF treatment), including establishing pregnancy
<p>Kesulitan Belajar dan berpendidikan. Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk hal-hal yang terkait dengan kesulitan belajar dan berpendidikan termasuk namun tidak terbatas pada dyslexia dan gangguan bicara.</p>	<p>Learning and educational difficulties You are not covered for learning and educational difficulties, including, but not limited to, dyslexia and speech disorders.</p>
<p>Menopause dan pubertas Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pengobatan untuk menghilangkan gejala yang umumnya terkait dengan perubahan fisiologis atau alami akibat penuaan. Menopause atau pubertas densitometri tulang 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 	<p>Menopause and puberty You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> treatment to relieve the symptoms commonly associated with physiological or natural changes as a result of ageing e.g. menopause or puberty bone densitometry 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
<p>Pergeseran dinding hidung Perawatan yang berkaitan dengan pergeseran dinding hidung (nasal septum deviation) dan nasal concha resection.</p>	<p>Nasal septum deviation You are not covered for treatment related to nasal septum deviation and nasal concha resection.</p>
<p>Perawatan Paliatif Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan paliatif selain pada pertanggungjawabkan yang tersedia untuk perawatan paliatif dari kondisi medis terminal dibawah lifetime care benefits dari tabel manfaat.</p>	<p>Palliative care 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>Keadaan vegetatif persisten dan kerusakan saraf Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan yang diterima setelah:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anda berada dalam keadaan vegetative selama delapan Minggu Anda mengalami kerusakan saraf permanen dan tinggal di rumah sakit selama lebih dari delapan minggu berturut-turut <p>Selain pertanggungjawabkan yang memenuhi syarat berdasarkan manfaat lifetime care.</p>	<p>Persistent vegetative state and neurological damage You are not covered for treatment received after:</p> <ul style="list-style-type: none"> you have been in a vegetative state for a period of eight weeks you have sustained permanent neurological damage and remained in hospital for a period of eight weeks <p>Except for any treatment you are eligible for under the lifetime care benefit.</p>
<p>Masalah perkembangan fisik, kesulitan belajar, gangguan bicara, dan masalah perilaku Anda tidak akan ditanggung untuk konsultasi, tes yang diperlukan untuk diagnosa dan perawatan dari atau yang berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hambatan pertumbuhan Kesulitan belajar dan pendidikan, termasuk, namun tidak terbatas pada disleksia dan speech disorder Masalah perilaku, termasuk, namun tidak terbatas pada Attention Deficit Disorder (ADD), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) dan Tourette's syndrome Pertumbuhan fisik jenis apapun Tumbuh Gigi Mengompol 	<p>Physical development, learning difficulties, speech disorders, and behavioural problems You are not covered for any consultations, tests required to diagnose, or treatment of or related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> developmental delays learning and education difficulties, including, but not limited to, dyslexia and speech disorders behavioural problems, including, but not limited to, Attention Deficit Disorder (ADD), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Tourette's syndrome physical development of any kind teething bed wetting
<p>Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya atau kondisi terkait Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan yang berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 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: kondisi otak atau saraf kanker, tumor atau growth 	<p>Pre-existing medical conditions or related conditions You are not covered for treatment related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 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: brain or nervous system conditions cancer, tumours or growths heart or circulatory conditions

<ul style="list-style-type: none"> • kondisi jantung atau peredaran darah • Kesehatan mental, masalah obat dan alkohol atau gangguan tidur • penggantian sendi 	<ul style="list-style-type: none"> • mental health conditions, drug and alcohol issues or sleep disorders • joint replacements
<p>Pembedahan preventif Pembedahan bila tidak ada tanda-tanda atau gejala fisik yang terlihat, atau diagnosis telah dilakukan.</p>	<p>Preventive surgery You are not covered for surgery when no physical signs or symptoms are shown, or diagnosis has been made.</p>
<p>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"> • 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) • keikutsertaan, termasuk juga pelatihan atau latihan, dalam balap apa pun (baik amatir maupun profesional) yang menggunakan kendaraan bermotor 	<p>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"> • 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) • 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
<p>Kondisi kulit kepala Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • perawatan yang khusus berhubungan dengan kondisi kulit kepala, termasuk, namun tidak terbatas pada, alopecia • wig - harap dicatat bahwa ini mungkin ditutupi setelah kemoterapi - lihat manfaat 'Wig' 	<p>Scalp conditions You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • treatment specifically related to scalp conditions, including, but not limited to, alopecia • wigs (please note however this may be covered following chemotherapy – see the wigs benefit of the table of benefits)
<p>Pencarian dan/atau penyelamatan Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • operasi pencarian dan/atau penyelamatan, termasuk, namun tidak terbatas pada, pencarian di gunung atau penyelamatan dari lereng atau landasan ski • evakuasi dari instalasi lepas pantai seperti kilang minyak, atau dari kapal laut jenis apa pun seperti kapal, feri atau kapal layar 	<p>Search and/or rescue You are not covered for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • search and/or rescue operations, including, but not limited to, mountain rescue or rescue from ski slopes or pistes • evacuations from offshore installations such as oil rigs, or from any type of sea going vessel such as a ship, ferry or yacht
<p>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>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>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>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>Penyakit menular seksual Perawatan yang berkaitan dengan penyakit menular seksual termasuk kutil kelamin/dubur.</p>	<p>Sexually transmitted diseases You are not covered for treatment related to sexually transmitted diseases including genital/anal warts.</p>
<p>Gangguan tidur Tes diagnostik untuk atau perawatan gangguan yang berhubungan dengan tidur, termasuk, namun tidak terbatas pada, insomnia, mendengkur dan apnea tidur.</p>	<p>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>Pemanenan sel punca Pemanenan sel punca selain dari sebelum transplantasi sel punca, atau perawatan yang dilakukan untuk mengantisipasi, sebelum, atau sesudah pemanenan tersebut.</p>	<p>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>Tersedia persediaan medis Item yang tidak disarankan seperti kemasan panas dan dingin dan perban pendukung.</p>	<p>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>Biaya perjalanan Biaya perjalanan termasuk tiket pesawat dan akomodasi hotel, kecuali jika ditanggung secara khusus dalam bagian “Manfaat ekspat”.</p>	<p>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>Perawatan oleh pihak terkait Perawatan yang disediakan oleh dan/atau di bawah kendali dan/atau atas rujukan dari:</p>	<p>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"> • anggota keluarga, termasuk, namun tidak terbatas pada, suami/istri, pasangan, orang tua, kakak, adik, anak, kakek/nenek, cucu, paman atau bibi • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • any family member, including, but not limited to, a spouse, partner, parent, brother, sister, child, grand-parent, grand-child, uncle or aunt • 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
<p>Vitamin, suplemen diet dan zat alami Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk zat alami yang bisa dibeli tanpa resep dokter, termasuk, namun tidak terbatas pada, vitamin, mineral dan zat organik, pelembab, minyak, krim, atau produk farmasi lainnya, kecuali perawatan apa pun yang tersedia bagi Anda karena perawatan bersalin rutin dan manfaat kelahiran dalam bagian manfaat biaya bersalin dari tabel manfaat.</p>	<p>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>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>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 & Commonwealth Office has not advised its citizens to leave.</p>
<p>Kondisi yang berkaitan dengan berat badan dan gangguan makan Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk penyelidikan atau perawatan yang berkaitan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obesitas, atau yang diperlukan karena obesitas • pemantauan atau kontrol berat badan, seperti kelas, alat bantu dan obat pelangsing • operasi pengecilan lambung, atau komplikasi yang timbul dari operasi pengecilan lambung • gangguan pola makan jenis apa pun, seperti anoreksia nervosa atau bulimia 	<p>Weight-related conditions and eating disorders You are not covered for investigations or treatment related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obesity, or which is necessary because of obesity • weight monitoring or control, such as slimming classes, aids and drugs • bariatric surgery, or complications resulting from bariatric surgery • eating disorders of any kind, such as anorexia nervosa or bulimia
<p>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>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>BAGIAN VI KLAIM</p>	<p>Chapter VI CLAIMS</p>
<p>Pasal 1 : PROSEDUR</p>	<p>Article 1: PROCEDURE</p>
<p>Kami telah menunjuk Fullerton Health untuk mengelola dan menyelesaikan jaringan Anda dan mengganti klaim. Dalam Bab ini, 'kami' juga merujuk ke Fullerton Health.</p>	<p>We have appointed Fullerton Health to administer and settle your network and reimbursement claims. In this Chapter, 'we' also refers to Fullerton Health.</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 pertanggungjawaban menurut Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Jika usulan perawatan Anda tersebut memenuhi syarat untuk pertanggungjawaban, 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. Harap dicatat bahwa kami hanya akan membayarkan sejumlah biaya moneter yang masuk akal dan lazim yang biasanya dibebankan di negara dimana perawatan diterima.</p>	<p>You have the freedom to choose when and where you receive your medical treatment within your area of cover. Please note that we will only pay up to the reasonable and customary monetary amount which is typically charged in the country where treatment is being received.</p>

<p>Semua perawatan rumah sakit untuk pasien rawat inap dan day-patient harus mendapat pengesahan terlebih dahulu dari kami, Fullerton Health atau perusahaan Layanan Bantuan lebih dari 48 jam sebelumnya. Harap menghubungi kami begitu Anda mengetahui bahwa Anda perlu menjalani rawat inap atau 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. 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 ko-asuransi 20% atas klaim Anda.</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 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.</p>
<p>Apabila klaim perawatan rawat jalan anda melebihi US\$ 500 atau lebih, anda harus mendapatkan pra-otorisasi dari kami, Fullerton Health atau Layanan Bantuan. Kami hanya akan membayarkan 80% dari biaya perawatan yang memenuhi syarat yang tidak di pra-otorisasi dimuka dari kami. Harap dicatat bahwa semua pencitraan lanjutan harus di pra-otorisasi di muka.</p>	<p>If your out-patient treatment claim exceeds US\$500 or more, you must obtain pre-authorisation from us, Fullerton Health or the Assistance Service. We will only reimburse 80% of any eligible treatment costs that have not been pre-authorised in advance by us. Please note that all Advanced Imaging must be pre-authorised in advance.</p>
<p>Klaim biaya perawatan rawat jalan yang lebih kecil dari US\$500 tidak memerlukan pra-otorisasi di muka dari kami, namun kami selalu menyarankan untuk anda menghubungi kami, Fullerton Health, atau Layanan Bantuan, bahkan dalam kondisi darurat, sebelum menjalankan semua perawatan untuk meastikan bahwa perawatan ditanggung di polis anda. Harap dicatat bahwa semua pencitraan lanjutan harus di pra-otorisasi di muka.</p>	<p>Out-patient treatment claims with a value of less than US\$500 do not need to be pre-authorised in advance by us, however we do always recommend that you contact us, Fullerton Health, or the Assistance Service, even in the event of an emergency, before undergoing any treatment to ensure that the treatment is covered by your plan. Please note that all Advanced Imaging must be pre-authorised in advance.</p>
<p>Apabila anda tidak mendapatkan pra-otorisasi untuk perawatan yang kami spesifikasikan harus mendapatkan pra-otorisasi. Untuk semua perawatan yang memenuhi syarat, yang tidak di pra-otorisasi, kami hanya akan membayarkan 80% dari biaya yang memenuhi syarat.</p>	<p>If you do not obtain pre-authorisation for treatment that we have specified must be pre-authorised. For eligible treatment, which has not been pre-authorised, we will only reimburse 80% of the eligible costs.</p>
<p>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 rincian 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • jika Anda mengklaim untuk mendapatkan manfaat dari kunjungan pulang ke rumah, tolong kirimkan salinan surat kematian anggota keluarga dekat Anda, bersama dengan salinan 	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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.

<p>faktur untuk tiket pesawat pulang-pergi, yang menyebutkan kelas perjalanan, Dan rincian rekening bank Anda.</p>	
<p>Jika Anda mengajukan klaim untuk fisioterapi rawat jalan, perawatan apa pun oleh chiropractor, praktisi kesehatan mental, osteopath, chiropractist atau podiatrist, konsultasi ahli gizi atau MRI, CAT (CT) atau PET Scan Anda juga harus mengirimkan kepada kami surat rujukan dokter Anda. Jika Anda mengajukan klaim untuk PET SCAN, Anda juga harus mengirimkan kepada kami surat rujukan dokter spesialis Anda.</p>	<p>If you are claiming for out-patient physiotherapy, any treatment by a chiropractor, mental health practitioner, osteopath, chiropractist or podiatrist, 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. 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. 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. 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 day-patient 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, perusahaan Anda harus telah menyelesaikan aplikasi untuk layanan atas nama Anda dan membayar premi tambahan kepada kami. Jika Anda memenuhi syarat untuk layanan penagihan langsung, ini akan dinyatakan pada sertifikat asuransi Anda, dan Anda akan diberikan kartu keanggotaan yang bertuliskan 'DB'. Kartu ini, bersama dengan identifikasi foto, akan memungkinkan Anda untuk menerima perawatan yang memenuhi syarat di penyedia layanan medis penagihan langsung dalam jaringan medis kami. Penyedia layanan medis penagihan langsung akan menagih kami langsung untuk perawatan Anda. Jika biaya perawatan Anda lebih besar dari US \$ 500, penyedia layanan medis penagihan langsung akan menghubungi kami untuk preauthorisation perawatan. Untuk menghindari keterlambatan, kami sarankan Anda menghubungi kami sebelum perawatan Anda. Setelah kami memverifikasi bahwa perawatan tersebut memenuhi syarat untuk perlindungan, kami akan memberi tahu penyedia layanan medis penagihan langsung. Penting untuk dicatat bahwa penyedia layanan medis penagihan langsung tidak mengetahui persyaratan dan manfaat yang diberikan oleh paket Anda. Mereka akan memberikan perawatan sesuai dengan perjanjian terpisah antara kami dan mereka. Ini berarti bahwa, untuk klaim kurang dari US \$ 500 di mana penyedia layanan medis penagihan langsung tidak berkewajiban untuk menghubungi kami untuk pra-otorisasi, Anda bertanggung jawab untuk mengklaim hanya untuk perawatan yang memenuhi syarat untuk perlindungan</p>	<p>To be eligible to receive the direct billing service, your employer must have completed an application for the service on your behalf and paid any additional premium to 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</p>

<p>berdasarkan paket Anda. Kami memiliki kewajiban untuk menyelesaikan semua tagihan untuk perawatan yang diterima dari penyedia layanan medis penagihan langsung dalam jaringan medis kami, asalkan mereka berada dalam ketentuan kontrak antara kami dan mereka. Jika Anda menerima perawatan untuk kondisi medis yang tidak tercakup oleh rencana Anda, kami akan menagih Anda untuk biaya yang tidak memenuhi syarat yang telah Anda klaim. Ini juga akan mengakibatkan penagihan langsung ditarik dari rencana Anda. Jika Anda tidak membayar kepada kami biaya tidak memenuhi syarat ini dalam waktu 30 hari, kami tidak akan memperbarui rencana Anda. Jika majikan Anda membatalkan rencana Anda, Anda harus mengembalikan kartu keanggotaan Anda kepada kami. Kami akan membatalkan perlindungan Anda sejak tanggal kami menerima kartu keanggotaan Anda. Kartu keanggotaan adalah milik kami dan kami dapat meminta Anda untuk mengembalikan kartu kepada kami kapan saja. Kami memiliki hak untuk menghapus tagihan langsung dari paket Anda kapan saja dalam periode pertanggung jawaban Anda, sesuai kebijakan kami.</p>	<p>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 you have claimed. This will also result in direct billing being withdrawn from your plan. If you do not repay to us these ineligible expenses within 30 days, we will not renew your plan. If your employer cancels 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. The membership cards are our property and we can ask you to return the cards to us at any time. We have the right to removed direct billing from your plan at any time within your period of cover, at our discretion.</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>Pasal 2: PENGECEKAN ATAS PESERTA YANG MENGAJUKAN KLAIM</p>	<p>Article 2: OTHER INFORMATION ABOUT CLAIMS</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 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</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 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</p>

<p>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>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>Pasal 3 : KLAIM YANG DIHENTIKAN</p>	<p>Article 3: REJECTED CLAIMS</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>Pasal 4: EKSES</p>	<p>Article 4: EXCESS</p>
<p>Ekses yang tercantum pada sertifikat asuransi Anda adalah jumlah yang harus masing masing dari tertanggung bayarkan untuk biaya perawatan. Ekses diambil per kondisi kesehatan, per tahun polis. 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 memiliki polis dengan ekses per klaim, ini adalah biaya yang harus anda bayarkan setiap kali anda memiliki klaim baru untuk perawatan dari kondisi yang di tanggung di polis anda. Apabila anda kemudian menderita kejadian baru dari kondisi itu, in akan di perlakukan sebagai klaim baru, dan kami akan membebaskan ekses lagi untuk klaim baru tersebut. Apabila perawatan anda dijalankan selama dua periode pertanggungangan, kami akan membebaskan ekses lagi pada saat pembaruan polis anda. Jika ekses Anda adalah per tahun maka akan digunakan satu kali per masa pertanggungangan. 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 pertanggungangan Anda. Kami akan menggunakan satu ekses per masa pertanggungangan tanpa memandang ada berapa klaim yang Anda ajukan. Anda harus mengajukan semua klaim yang memenuhi syarat kepada kami – bahkan klaim yang masuk dalam ekses tahunan Anda, karena kami baru dapat memberikan penggantian kepada Anda bila nilai pengeluaran yang memenuhi syarat yang Anda keluarkan melebihi jumlah ekses tahunan Anda. Ketika Anda memperpanjang Program Asuransi Essential Health Plan, ekses tahunan akan digunakan kembali untuk masa pertanggungangan baru Anda.</p>	<p>The excess shown on your certificate of insurance is the amount each insured person will have to pay towards the cost of their treatment. The excess is taken per medical condition, per period of cover. 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 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 of a condition that is covered by your plan. If you subsequently suffer a new occurrence of that condition, this will be treated as a new claim, and we will apply the excess again to that new claim. If your course of treatment spans two periods of cover, we will apply the excess again when your plan renews. 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 plan, the annual excess will apply again in respect of your new period of cover.</p>
<p>BAGIAN VII DEFINISI</p>	<p>CHAPTER VII DEFINITIONS</p>
<p>Kecelakaan 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</p>	<p>Accident 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</p>

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.	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.
Kondisi medis akut 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.	Acute medical condition 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.
Pencitraan Lanjutan Magnetic Resonance Imaging (MRI), Computed Tomography (CT) dan Positron Emission Tomography (PET).	Advanced imaging Diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), computed tomography (CT), and positron emission tomography (PET).
Perjanjian Isi dokumen ini, harus dibaca bersama dengan sertifikat utama asuransi yang dikeluarkan untuk majikan Anda, formulir aplikasi Anda yang sudah diisi dan ditandatangani, dan sertifikat asuransi Anda. Bersama-sama, barang-barang ini membentuk kontrak rencana Anda dengan kami.	Agreement The contents of this document, read in conjunction with the master certificate of insurance issued to your employer, your completed and signed application form, and your certificate of insurance. Together, these items make up your plan contract with us.
Formulir Aplikasi Formulir permohonan yang telah Anda isi dan tanda tangani atas nama diri Anda sendiri dan atas nama tertanggung yang memenuhi syarat yang dimintakan pertanggung. 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.	Application or application form 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.
Wilayah pertanggungungan Batas-batas kewilayahan Program Asuransi Essential Health Plan Anda.	Area of cover The territorial limits of your plan.
Alat Penyangga Hidup Buatan 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>	Artificial life maintenance When you require medical equipment that assists or replaces important bodily functions, including mechanical ventilation, percutaneous endoscopic gastronomy (PEG), and nasal feeding.
Layanan Bantuan Perusahaan bantuan darurat yang dikontrak oleh kami untuk menyediakan layanan bantuan kepada anggota Program Asuransi Essential Health Plan pada saat Anda melakukan klaim.	Assistance Service The emergency assistance company contracted by us to provide assistance services to plan members at the time of your claim.
Reproduksi yang dibantu 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 (IUI) dengan induksi ovulasi, yang diterima selama periode 3 bulan sebelum pembuahan.	Assisted reproduction 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 (ZIIT), egg donation and intra-uterine insemination (IUI) with ovulation induction, received during the 3-month period prior to conception.
Negara dan pulau di Karibia Semua negara di kawasan Karibia termasuk Hindia Barat dan semua pulau yang dikelilingi oleh atau berbatasan dengan Laut Karibia.	Caribbean country or island All countries in the Caribbean region including the West Indies and all islands surrounded by or bordering the Caribbean Sea.
Sertifikat asuransi Konfirmasi asuransi Anda diterbitkan oleh kami. Ini mengonfirmasi jenis paket yang dipilih majikan Anda, mata uang, area pertanggungungan Anda, periode pertanggungungan, tanggal masuk, tanggal perpanjangan, jumlah berlebih, persyaratan khusus, negara tempat tinggal Anda, negara kebangsaan Anda, dan jadwal orang yang diasuransikan. Jadwal orang yang diasuransikan mencantumkan orang yang diasuransikan oleh kami berdasarkan perjanjian majikan Anda dengan kami. Jika ada perubahan pada detail pada sertifikat asuransi Anda, kami akan mengeluarkan Anda dengan yang baru mengkonfirmasi perubahan.	Certificate of insurance The confirmation of your insurance cover issued by us. It confirms the plan type your employer has chosen, 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 employer's 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.
Kondisi kronis	Chronic condition

<p>Penyakit, keadaan sakit atau cedera yang memiliki satu atau lebih ciri-ciri berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • memerlukan pemantauan yang berlanjut atau jangka panjang melalui konsultasi, pemeriksaan, check-up dan/atau tes • memerlukan kontrol atau peringanan 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 	<p>A disease, illness or injury that has one or more of the following characteristics:</p> <ul style="list-style-type: none"> • it needs ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups and/or tests • it needs ongoing or long-term control or relief of symptoms • you need to be rehabilitated or specially trained to cope with it • it continues indefinitely • it has no known cure • it comes back or is likely to come back
<p>Klaim Rangkaian perawatan untuk suatu penyakit, cedera, kondisi medis, kondisi gigi atau kehamilan tertentu, atau penggunaan manfaat ekspat.</p>	<p>Claim A course of treatment for a specific illness, injury, medical condition, dental condition or pregnancy, or the use of an expat benefit.</p>
<p>Kerabat dekat keluarga Pasangan Anda, pasangan saudara, rekan kerja sama, orang tua, saudara laki-laki, saudara perempuan, anak atau cucu.</p>	<p>Close family member Your spouse, civil partner, a co-habiting partner, parent, brother, sister, child or grand-child.</p>
<p>Ko-asuransi Kontribusi yang harus Anda berikan terhadap biaya-biaya klaim Anda yang memenuhi syarat.</p>	<p>Co-insurance A contribution that you must make towards the eligible costs of your claim.</p>
<p>Komplikasi kehamilan Perawatan yang diterima untuk kondisi medis yang timbul karena tahap-tahap kehamilan sebelum persalinan atau sesudah persalinan.</p>	<p>Complications of pregnancy Treatment received for a medical condition which arises because of the antenatal or postnatal stages of pregnancy.</p>
<p>Kondisi bawaan 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.</p>	<p>Congenital condition 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.</p>
<p>Negara tempat tinggal Negara di mana Anda biasanya tinggal sebagaimana tercantum dalam formulir permohonan Anda atau selanjutnya diberitahukan kepada kami secara tertulis.</p>	<p>Country of nationality 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.</p>
<p>Negara Tempat Tinggal Negara tempat tinggal Anda yang tertera pada formulir aplikasi atau yang telah diinformasikan kepada LippoInsurance.</p>	<p>Country of residence The country in which you are habitually resident as specified on your application form or subsequently advised to us in writing.</p>
<p>Tanggal bergabung Tanggal di mana pertanggungungan untuk Anda, dan masing-masing tanggungan Anda, pertama kali dimulai. Tanggal bergabung Anda adalah seperti yang dicantumkan pada sertifikat asuransi Anda.</p>	<p>Date of entry 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.</p>
<p>Day-patient 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 sakit untuk suatu periode pemulihan yang diawasi secara medis, namun secara medis tidak perlu bagi mereka untuk menginap.</p>	<p>Day-patient 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 bed for a period of medically supervised recovery, but it is not medically necessary for them to occupy a bed overnight.</p>
<p>Perawatan gigi 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.</p>	<p>Dental treatment 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.</p>
<p>Dokter gigi/Praktisi kedokteran gigi Seseorang yang berkualifikasi yang secara sah menjalani profesi ini di negara tempat ia berada.</p>	<p>Dentist or dental practitioner A qualified person legally carrying out this profession in the country in which he or she is located.</p>
<p>Tes diagnostik Investigasi, seperti sinar X atau tes darah untuk mendiagnosa penyebab gejala-gejala Anda.</p>	<p>Diagnostic tests Investigations, such as x-rays or blood tests to diagnose the cause of your symptoms.</p>
<p>Penyedia Layanan Medis dengan Penagihan Langsung Rumah Sakit, klinik rawat jalan atau dokter medis yang memiliki perjanjian terkait dengan penagihan langsung.</p>	<p>Direct billing medical services provider A hospital, out-patient clinic or medical doctor with whom we hold a current direct billing agreement.</p>
<p>Dokter Lihat Dokter Medis (Medical Doctor).</p>	<p>Doctor See medical doctor.</p>
<p>Tanggungan yang memenuhi syarat</p>	<p>Eligible dependants</p>

<p>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.</p>	<p>Your spouse or partner, provided they are under age 70 at their date of entry, and your unmarried children (i.e. your son, daughter, stepson, 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.</p>
<p>Operasi caesar darurat Operasi caesar, harus dijalankan dengan segera dan tidak dapat di rencanakan.</p>	<p>Emergency caesarean section A caesarean section which must take place immediately and cannot be planned.</p>
<p>Perawatan darurat 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.</p>	<p>Emergency treatment 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.</p>
<p>Karyawan Anda, anggota rencana kesehatan yang disediakan oleh atasan Anda.</p>	<p>Employee You, the member the health plan provided by your employer.</p>
<p>Majikan Pemegang paket ditentukan sebagai perusahaan / perusahaan Anda pada sertifikat asuransi Anda.</p>	<p>Employer The plan holder specified as your company/employer on your certificate of insurance.</p>
<p>Ekses 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 pertanggungan yang sama.</p>	<p>Excess 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.</p>
<p>Pertanggung Penuh Dimanapun istilah "Pertanggung 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.</p>	<p>Full Cover 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.</p>
<p>Rumah sakit Tempat yang memiliki ijin sah sebagai rumah sakit medis atau bedah menurut undang-undang negara tempatnya berada.</p>	<p>Hospital An establishment which is legally licensed as a medical or surgical hospital under the laws of the country in which it is situated.</p>
<p>Innocent bystander 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 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.</p>	<p>Innocent bystander 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 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.</p>
<p>Pasien rawat inap Pasien yang masuk ke rumah sakit dan menempati tempat tidur selama semalam atau lebih karena alasan medis.</p>	<p>In-patient A patient who is admitted to hospital and who occupies a bed overnight or longer for medical reasons.</p>
<p>Tertanggung Anda dan tanggungan yang memenuhi syarat, yang dalam sertifikat asuransi Anda disebutkan bahwa diikutsertakan dalam Program Asuransi Essential Health Plan ini.</p>	<p>Insured person You and any eligible dependants specified in your certificate of insurance as being included in the plan.</p>
<p>Penanggung Perusahaan asuransi yang menyediakan pertanggungan asuransi untuk Program Asuransi Essential Health Plan ini. Yang menjadi penanggung adalah PT Lippo General Insurance Tbk. ("LippoInsurance")</p>	<p>Insurer The insurance company that provides the insurance cover for your plan. The insurer is PT Lippo General Insurance Tbk ("LippoInsurance").</p>

<p>Kondisi yang mengancam nyawa 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.</p>	<p>Life-threatening condition 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.</p>
<p>Wilayah London Alamat di Inggris Raya dalam wilayah kode pos E, EC, N, NW, SE, SW, W atau WC.</p>	<p>London area Any address in the United Kingdom within the E, EC, N, NW, SE, SW, W or WC postcode areas.</p>
<p>Sertifikat master asuransi Sertifikat asuransi yang dikeluarkan untuk majikan Anda yang bersama dengan perjanjian ini dan sertifikat asuransi Anda berisi syarat, ketentuan, dan pengecualian yang berlaku untuk Anda dan tanggungan Anda yang memenuhi syarat.</p>	<p>Master certificate of insurance The certificate of insurance issued to your employer which together with this agreement and your certificate of insurance contains the terms, conditions and exclusions that apply to you and your eligible dependants.</p>
<p>Dokter medis 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.</p>	<p>Medical doctor 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.</p>
<p>Diperlukan secara medis Perawatan yang secara medis diperlukan dan sesuai dengan kondisi sebenarnya. Dalam hal ini perawatan tersebut harus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dalam keadaan penting untuk mendiagnosa atau mengobati kondisi, penyakit atau cedera; • sesuai dengan gejala pasien, diagnosis ataupun pengobatan pasien dari kondisi yang mendasarinya; • sesuai dengan praktik medis umum yang berlaku dan standar perawatan medis profesional pada saat itu; • diperlukan untuk alasan selain atau kenyamanan pasien atau dokternya • terbukti dan telah ditunjukkan memiliki nilai medis dan dibuktikan dengan pengobatan medis internasional secara ilmiah terkait dengan keefektifan dan keamanan dari perawatan tersebut; • dianggap sebagai jenis perawatan yang paling tepat dan mempertimbangkan keamanan dari setiap tingkat perawatan yang diambil oleh pasien serta mempertimbangkan keefektifan biaya; • dilakukan di fasilitas yang sesuai, dalam keadaan yang tepat, dan pada tingkat perawatan yang tepat sesuai kondisi medis pasien; • dilakukan hanya untuk jangka waktu yang sesuai. 	<p>Medically necessary Treatment that is medically necessary and appropriate. The treatment must be:</p> <ul style="list-style-type: none"> • essential to diagnose or treat a patient’s condition, illness or injury; • consistent with the patient’s symptoms, diagnosis or treatment of the underlying condition; • in accordance with generally accepted medical practice and professional standards of medical care at the time; • required for reasons other than the comfort or convenience of the patient or his or her physician • proven and been demonstrated to have medical value, with international medical and scientific evidence of the effectiveness and safety of the treatment; • considered to be the most appropriate type and level of treatment taking patient safety and cost effectiveness into consideration; • 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; • provided only for an appropriate duration of time.
<p>Praktisi kedokteran 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, chiroprody, podiatri atau fisioterapi, dan yang kepadanya Anda telah dirujuk oleh dokter medis.</p>	<p>Medical practitioner 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, chiroprody, podiatry or physiotherapy treatment, and to whom you have been referred by a medical doctor.</p>
<p>Surat rujukan dokter Surat dari dokter medis atau spesialis Anda yang merujuk Anda ke praktisi kedokteran lain untuk perawatan yang ditanggung oleh Program Asuransi Essential Health Plan Anda. Kami hanya akan membayar perawatan bila tanggal mulai perawatan Anda selambat-lambatnya 3 bulan setelah tanggal surat rujukan dokter Anda.</p>	<p>Medical referral letter A letter from your medical doctor or specialist which refers you to another medical practitioner for treatment covered by your plan. We will only pay for treatment when the start date of your treatment is within 3 months of the date of your medical referral letter.</p>
<p>Penyedia layanan medis Rumah sakit, klinik rawat jalan, praktisi kedokteran, praktisi kedokteran gigi, pakar optik atau apotek.</p>	<p>Medical services provider(s) A hospital, out-patient clinic, medical practitioner, dental practitioner, optician or pharmacy.</p>
<p>Penjaminan medis 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,</p>	<p>Medical underwriting 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</p>

kami dapat memutuskan untuk memberlakukan syarat-syarat khusus pada pertanggungannya, seperti pengecualian medis pribadi, atau kami dapat memutuskan untuk tidak menawarkan pertanggungannya kepada Anda.	on your cover, such as personal medical exclusions, or we may decide not to offer you cover.
Pasien rawat jalan 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.	Out-patient 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.
Tindakan bedah rawat jalan Tindakan rawat jalan di mana salah satu atau lebih hal berikut secara medis perlu: <ul style="list-style-type: none"> • 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 venous cannulation • penggunaan peralatan endoskopi 	Out-patient surgical procedure An out-patient procedure where one or more of the following is medically necessary: <ul style="list-style-type: none"> • general or local anaesthesia or intravenous sedation • manipulation or relocation of a fractured bone or dislocated joint by a medical doctor • invasive surgical procedures • invasive diagnostic procedures involving venous cannulation • the use of endoscopic equipment
Masa pertanggungannya Masa 12 bulan sejak tanggal bergabung Anda atau dari tanggal perpanjangan selanjutnya. Masa pertanggungannya Anda adalah sebagaimana tercantum pada sertifikat asuransi Anda.	Period of cover 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.
Pengecualian medis pribadi Pembatasan atas pertanggungannya Anda yang dinyatakan pada sertifikat asuransi Anda dan secara khusus mengecualikan perawatan suatu kondisi atau beberapa kondisi medis tertentu dan segala kondisi terkait.	Personal medical exclusions 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.
Program Asuransi Essential Health Plan/Tipe Program Asuransi Essential Health Plan Program Asuransi Essential Health Plan dengan paket Essential Care atau Essential Care Plus di mana Anda dan keluarga beserta tanggungan Anda dilindungi.	Plan or plan type The Essential Care plan or Essential Care Plus on which you and your eligible dependants are covered.
Operasi caesar yang direncanakan Operasi caesar yang telah dijadwalkan untuk berlangsung lebih dari 24 jam di muka, baik ini karena alasan medis atau elektif.	Planned caesarean section A caesarean section which has been scheduled to take place more than 24 hours in advance, whether this be for medical or elective reasons.
Pemegang Polis Perusahaan atau pemberi kerja sebagaimana dinyatakan dalam sertifikat master dari asuransi.	Policyholder The company or employer as stated on the master certificate of insurance.
Perawatan pasca rumah sakit 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.	Post-hospital treatment 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.
Tes sebelum Rawat Inap 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.	Pre-admission tests 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.
Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya Segala penyakit, keadaan sakit atau cedera, baik kondisi tersebut telah didiagnosa atau pun tidak sebelum tanggal bergabung Anda, di mana untuk itu: <ul style="list-style-type: none"> • Anda telah menerima pengobatan, saran atau perawatan; atau • Anda telah mengalami gejala 	Pre-existing medical conditions Any disease, illness or injury, whether the condition has been diagnosed or not before your date of entry, for which: <ul style="list-style-type: none"> • you have received medication, advice or treatment; or • you have experienced symptoms
Premi Jumlah uang yang harus majikan anda bayar kepada kami baik per tahun, per setengah tahun, per triwulan atau per bulan untuk Program Asuransi Essential Health Plan Anda.	Premium The amount(s) your employer is required to pay to us either annually, half-yearly, quarterly or monthly for your insurance plan.
Tanggal jatuh tempo premi	Premium due date

Tanggal di mana pembayaran premi Anda jatuh tempo dan perlu dibayarkan oleh majikan anda.	The date on which your premium is due to be paid by your employer.
Pemeriksaan kesehatan preventif Tes kesehatan, penyaringan dan/atau tindakan klinis yang dirancang khusus untuk pencegahan penyakit dan deteksi awal.	Preventive health checks Health tests, screening and/or clinical procedures specifically designed for disease prevention and early detection.
Juru rawat yang berkualifikasi Juru rawat yang terdaftar namanya dalam daftar resmi juru rawat yang diselenggarakan oleh suatu badan registrasi keperawatan wajib di negara tempat perawatan diberikan.	Qualified nurse 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.
Wajar dan lazim 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.	Reasonable and customary 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.
Rehabilitasi Perawatan dalam bentuk kombinasi terapi seperti terapi fisik, okupasi dan wicara yang dimaksudkan untuk memulihkan fungsi lengkap setelah peristiwa akut seperti stroke.	Rehabilitation 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.
Rumah Sakit atau Klinik Rehabilitasi 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.	Rehabilitation hospital or unit 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.
Kondisi terkait 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.	Related condition 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.
Tanggal perpanjangan Tanggal ulang tahun Program Asuransi Essential Health Plan majikan anda sebagaimana tercantum pada sertifikat asuransi Anda, umumnya ulang tahun tanggal semula Anda bergabung dengan Program Asuransi Essential Health Plan ini.	Renewal date The anniversary date of your employer's plan as shown on your certificate of insurance, normally the anniversary of your original date of entry to the plan.
Sesi Satu konsultasi yang kontinu di mana dalam waktu tersebut Anda mungkin menerima saran, perawatan dan/atau pengobatan yang diresepkan.	Session A single continuous consultation during which time you may receive advice, treatment and/or prescribed medication.
Spesialis 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 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.	Specialist 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 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.
Syarat-syarat khusus 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.	Special terms 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.
Tabel manfaat	Table of benefits The table which sets out the benefits covered by each plan type, set out in full in Appendix I.

<p>Tabel yang dimulai pada halaman 5 yang memuat manfaat-manfaat yang ditanggung oleh masing-masing jenis Program Asuransi Essential Health Plan. Dijelaskan secara lengkap di Appendix I</p>	
<p>Perjalanan sementara Perjalanan untuk tujuan bisnis dan/atau rekreasi, dengan tanggal kepulangan yang sudah ditetapkan dan dengan periode yang tidak lebih Panjang dari durasi maksimum yang sudah ditetapkan untuk area pertanggunganda. Apabila perawatan melebihi batas tanggal kepulangan perjalanan anda, pertanggunganda akan berhenti pada kata kata area pertanggunganda yang sudah ditetapkan anda. Contohnya apabila anda memiliki zona empat area pertanggunganda dan anda dalam perjalanan 30 hari ke Inggris Raya, yang berubah menjadi 100 hari, batas pertanggunganda anda di Inggris Raya akan berhenti 90 hari setelah tanggal kedatangan anda di Inggris Raya.</p>	<p>Temporary trip A trip for business and/or recreational purposes, which has a defined return date and is for a period that is no longer than the maximum duration specified for your area of cover. If your treatment extends beyond the end of your trip's specified return date, your cover will cease at the end of the term defined in your area of cover wording. For example if you have Zone four area of cover and you are on a 30 day trip to the United Kingdom, which becomes extended to 100 days, your limited cover in the United Kingdom will cease 90 days after your date of entry to the United Kingdom.</p>
<p>Kondisi medis terminal Suatu kondisi yang telah menjadi tidak dapat disembuhkan dan semua perawatan yang diberikan adalah untuk memperpanjang hidup.</p>	<p>Terminal medical condition A condition that has become incurable and all the treatments given are to prolong life.</p>
<p>Pengobatan Layanan bedah atau medis (termasuk tes diagnostik) yang diperlukan untuk mendiagnosis, meringankan, atau menyembuhkan penyakit, penyakit, atau cedera.</p>	<p>Treatment Surgical or medical services (including diagnostic tests) that are needed to diagnose, relieve or cure a disease, illness or injury.</p>
<p>Kami LippoInsurance atas nama penanggung.</p>	<p>Us, we, our The insurer, LippoInsurance.</p>
<p>Keadaan vegetatif 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>Vegetative state 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>Masa tunggu Ketika ditentukan, jumlah waktu Anda harus ditanggung oleh paket yang sama sebelum Anda dapat mengklaim untuk manfaat itu. Tidak ada manfaat yang dibayarkan untuk setiap biaya perawatan yang dikeluarkan selama masa tunggu. Ketika periode tunggu tidak ditentukan, tidak ada periode tunggu yang berlaku.</p>	<p>Waiting period When specified, the amount of time you must be covered by the same plan before you can claim for that benefit. No benefit is payable for any treatment costs incurred during the waiting period. When a waiting period is not specified there is no waiting period applicable.</p>
<p>Anda, Kepunyaan Anda, diri Anda sendiri Setiap dan semua orang yang disebutkan dalam jadwal tertanggung orang pada sertifikat asuransi Anda.</p>	<p>You, your, yourself Any and all persons named in the schedule of insured persons on your certificate of insurance.</p>
<p>PERJANJIAN INI TELAH DISESUAIKAN DENGAN KETENTUAN PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERMASUK PERATURAN OTORITAS JASA KEUANGAN (OJK)</p>	<p>THIS AGREEMENT HAS BEEN ADJUSTED BY THE PROVISIONS OF REGULATORY REGULATIONS, INCLUDING REGULATION AND LEGISLATION SPECIFIED BY THE OTORITAS JASA KEUANGAN (OJK)</p>
<p>BAGIAN VIII PEMBIRITAHUAN PENTING</p>	<p>CHAPTER VIII IMPORTANT NOTICE</p>
<p>Anda berhak untuk mendapatkan ganti rugi atas setiap klaim sesuai dengan ketentuan dan persyaratan yang diatur dalam Polis ini. 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan BMAI tidak dikenakan biaya • Keputusan Ajudikasi BMAI wajib kami terima • Anda bebas untuk menerima atau menolak keputusan Ajudikasi BMAI <p>Anda dapat menghubungi BMAI melalui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phone No. : 021 – 5274145 • Fax No. : 021 – 5274146 • Email : info@bmai.or.id • Website : www.bmai.or.id 	<p>You are entitled to reimbursement on claims in accordance with the terms and conditions of this policy. 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).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>You may contact BMAI as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phone No. : 021 – 5274145 • Fax No. : 021 – 5274146 • Email : info@bmai.or.id • Website : www.bmai.or.id

We're here to help

Call us on +021 525 6161
or visit william-russell.co.id

PT Lippo General Insurance Tbk is registered and administered
by Otoritas Jasa Keuangan.

