



Personal Health Plan Agreement

Individuals & Families

PERJANJIAN PROGRAM ASURANSI HEALTH PLAN ANDA

BAGIAN I PENDAHULUAN

Terima kasih telah memilih Program Asuransi Health Plan. Kami menyediakan Anda Program Asuransi Health Plan kesehatan yang dapat diandalkan, sangat penting bagi Anda untuk memahami secara penuh batasan-batasan pertanggunggunaan yang kami sediakan. Polis ini menjelaskan apa yang ditanggung dan tidak ditanggung oleh Program Asuransi Health Plan Anda dan bagaimana Klaim Anda akan diurus.

Mohon meluangkan waktu untuk membaca Polis ini berikut dengan sertifikat asuransi dan formulir permohonan Anda karena keseluruhan ketiga dokumen ini merupakan kontrak antara Anda dan Kami.

Kata-kata tertentu yang kami gunakan dalam Polis ini memiliki arti khusus agar menjadi perhatian Anda. Misalnya:

- Kami – berarti LippoInsurance.
- Anda – berarti Anda dan semua Tertanggung dalam Program Asuransi Health Plan ini, seperti yang diperlihatkan dalam sertifikat asuransi Anda.

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.

LippoInsurance adalah Penanggung dari Program Asuransi Health Plan Anda. Polis ini tunduk dan telah disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan termasuk peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

MASA PENINJAUAN POLIS

Apabila Anda memutuskan bahwa Program Asuransi Health Plan Anda tidak memenuhi kebutuhan Anda, Anda tinggal menghubungi kami dan memberitahukan bahwa Anda ingin membatalkannya. Asalkan kami menerima instruksi tertulis Anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal bergabung, dan asalkan klaim belum pernah diajukan, kami akan mengembalikan premi Anda secara penuh. Jika Kami menerima instruksi dari Anda untuk membatalkan Program Asuransi Health Plan lebih dari 30 hari setelah tanggal bergabung, syarat-syarat kebijakan pembatalan kami akan berlaku.

BAGIAN II DASAR-DASAR POLIS

Pasal 1 : PRINSIP-PRINSIP ASURANSI

Polis ini berikut dengan formulir permohonan dan sertifikat asuransi Anda merupakan keseluruhan kontrak antara Anda dan kami. Syarat-syarat dari Polis ini berlaku bagi Anda dan semua tanggungan Anda yang memenuhi syarat sebagaimana tercantum dalam lampiran tanggungan dalam sertifikat asuransi Anda.

Program Asuransi 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 Health Plan Anda. Kami hanya akan membayar untuk setiap perawatan tersebut apabila dijalani selama masa pertanggunggunaan dan asalkan pembayaran premi Anda telah dilunasi sampai tanggal penagihan terakhir.

AGREEMENT FOR YOUR HEALTH PLAN

CHAPTER I PRELIMINARY

Thank you for choosing a health plan from Lippo insurance. 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.

Please take time to read this agreement along with your certificate of insurance and application form. Together, these documents form the contract between you and us.

Certain words we use within this agreement have a special meaning to which we would like to draw your attention. For example:

- 'We, us, our' – means LippoInsurance
- 'You, your' – means you and all insured persons on this plan, as shown on your certificate of insurance

These words appear in bold type, and we provide their precise meanings in the 'Definitions' chapter of this agreement.

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).

COOLING OFF PERIOD

If you decide your plan does not meet your needs, simply contact us and advise us that you wish to cancel. Provided we receive your written instruction within 30 days of your date of entry, and provided no claims have been made, we will refund your premium in full. If we receive your instruction to cancel your plan more than 30 days after your date of entry, the terms of our cancellation policy will apply.

CHAPTER II BASIS OF THE POLICY

Article 1: INSURANCE PRINCIPLES

This agreement, together with your application form and your certificate of insurance, make up the contract between you and us. The terms of this agreement apply to you and to all of your eligible dependants as stated in the schedule of insured persons on your certificate of insurance.

Your plan provides you with benefit for the cost of treating eligible medical conditions which arise after your date of entry. We will pay for the reasonable and customary costs of medically necessary treatment of medical conditions covered by your plan. We will only pay for such treatment if it is received during your period of cover, and provided your premium payments have been kept up to date. Any reimbursement we make may be subject to an excess and/or co-insurance, and certain benefits are subject to a benefit limit. Your excess amount will be stated on your

Segala penggantian yang kami berikan dapat dikenai batas kelebihan dan/atau ko-asuransi (co-insurance), dan manfaat-manfaat tertentu dapat dikenai batas manfaat. Jumlah kelebihan akan dicantumkan dalam sertifikat asuransi Anda. Segala ko-asuransi dan batas manfaat adalah sebagaimana yang dicantumkan dalam tabel manfaat untuk jenis Program Asuransi Health Plan Anda.

Kewajiban kami berdasarkan Program Asuransi Health Plan ini terbatas hanya pada membayarkan perawatan atau layanan berdasarkan pada klaim yang memenuhi syarat sebagaimana diatur dalam Program Asuransi Health Plan ini. Pilihan dari Penyedia Layanan Medis atas perawatan atau layanan yang terkait dengan klaim yang diajukan berdasarkan Program Asuransi Health Plan ini menjadi tanggung jawab Anda. Kami tidak memberikan arahan ataupun rekomendasi terkait dengan ketersediaan dan standar terhadap perawatan atau layanan apapun yang ditawarkan atau disediakan oleh rumah sakit atau Penyedia Layanan Medis manapun. Kami tidak bertanggungjawab terhadap Anda ataupun Tertanggung lainnya untuk setiap kerugian, kecelakaan atau kerusakan yang dihasilkan oleh kurangnya ketersediaan atau yang dihasilkan dari ketidaksesuaian kualitas dari masing-masing perawatan atau layanan yang ditawarkan atau disediakan oleh rumah sakit atau Penyedia Layanan Medis manapun. Program Asuransi Health Plan ini mewakili keseluruhan dan terbatas hanya pada perjanjian antara Anda dan LippoInsurance yang berkaitan dengan ketentuan tentang Program Asuransi kesehatan pribadi. 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 Health Plan Anda tidak berlaku. Atau, kami dapat memberlakukan syarat-syarat khusus atas Program Asuransi 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.

Kecuali jika kami telah menyepakati lain, Program Asuransi Health Plan Anda tidak akan menanggung setiap kondisi kesehatan yang sudah ada sebelumnya atau kondisi terkait.

Anda wajib berusia di bawah 70 (tujuh puluh) tahun pada saat tanggal mulai berlakunya Program Asuransi Health Plan Anda. Anda dapat mengajukan permohonan pertanggungan atas nama suami/istri atau pasangan Anda (asalkan mereka berusia di bawah 70 (tujuh puluh) tahun), dan/atau atas nama anak-anak Anda yang belum menikah, asalkan mereka berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun, atau kurang dari 25 (dua puluh lima) tahun jika masih menempuh pendidikan purnawaktu.

Pertanggungan Anda akan dimulai sejak tanggal bergabung yang tercantum dalam sertifikat asuransi Anda. Kami tidak akan memulai pertanggungan Anda sampai Kami telah menerima permohonan anda dan menerima pembayaran penuh premi tahunan, setengah tahunan, kuartalan atau bulanan Anda.

certificate of insurance. Any co-insurance and benefit limits will be as stated in the table of benefits for your plan type.

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 other medical services provider. We will not be held liable to you or any insured person for any loss, harm or damage of any description resulting from lack of availability or from a defect in the quality of any treatment or service offered or provided by any hospital or medical services provider. This plan represents the whole and only agreement between you and the insurer relating to the provision of private medical insurance.

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.

Unless we have agreed otherwise, your plan will not cover any pre-existing medical conditions or related conditions.

You must be under 70 years of age at the commencement date of your plan. You may apply for cover on behalf of your spouse or partner (provided they are under 70 years of age) and/or on behalf of your unmarried children, provided they are aged less than 18 years old, or less than 25 years old if in continuous full-time education.

Your cover will commence from the date of entry stated on your certificate of insurance. We will not commence your cover until we have accepted your application and we have received payment of your full annual, half-yearly, quarterly or monthly premium.

Berdasarkan ketentuan Polis ini, pertanggungsaan tidak tersedia bagi Anda jika Indonesia bukan merupakan atau menjadi negara tempat tinggal Anda, terlepas dari kewarganegaraan Anda. Jika negara tempat tinggal Anda berubah, Anda wajib memberi tahu kami. Pertanggungsaan Anda akan berakhir secara otomatis sejak tanggal Anda tinggal di negara selain Indonesia. Jika kami dapat memberikan alternatif penjaminan di negara tempat tinggal Anda yang baru, maka Anda dapat memberlakukan polis yang baru yang akan dikenakan perubahan premi dan ketentuan dan persyaratan yang berlaku.

Kami memiliki hak untuk memberlakukan ketentuan khusus terhadap Program Asuransi Health Plan Anda apabila Anda memberikan Kami informasi yang tidak akurat dan tidak lengkap. Ketentuan khusus tersebut akan berlaku sejak tanggal Anda bergabung.

Pasal 2 : PERUBAHAN POLIS

Perubahan terhadap Polis Anda hanya akan dianggap sah apabila Anda telah memberitahukan kepada Kami dan Kita telah sepakat mengenai perubahan tersebut. Dalam keadaan tertentu, Kami akan melakukan endorsemen terhadap Polis Anda yang nantinya akan diperlihatkan pada Sertifikat Asuransi Anda.

Anda dapat mengajukan permohonan meningkatkan pertanggungsaan Anda sewaktu-waktu dengan cara mengisi formulir permohonan baru, dan pertanggungsaan yang ditingkatkan tersebut harus dikenai penjaminan medis. Jika kami menerima permohonan meningkatkan pertanggungsaan Anda, kami akan mengeluarkan tagihan untuk premi yang ditingkatkan. Pertanggungsaan Anda yang ditingkatkan akan dimulai sejak tanggal kami menerima premi Anda, asalkan diterima dalam waktu 30 hari sejak tanggal permohonan Anda. Jika Anda meningkatkan jenis Program Asuransi Health Plan Anda, klaim sehubungan dengan manfaat yang tunduk pada masa tunggu akan dinilai sesuai dengan jenis Program Asuransi Health Plan sebelumnya sampai masa berlakunya masa tunggu Program Asuransi Health Plan baru Anda untuk manfaat tersebut. Misalnya, jika Anda dilindungi oleh Program Asuransi Health Plan Silver, dan Anda meningkatkan Program Asuransi Health Plan Anda menjadi Program Asuransi Health Plan Gold, semua manfaat yang harus dibayarkan sehubungan dengan bagian 'manfaat kesejahteraan' akan dibatasi pada batas keuntungan Program Asuransi Health Plan paket Silver untuk 6 bulan pertama dari Program Asuransi Health Plan paket Gold Anda. Jika Anda mengajukan permohonan untuk menurunkan eksese Anda, kami akan terus menggunakan eksese Anda yang sebelumnya pada klaim apa pun untuk kondisi apa pun yang pertama kali muncul setelah tanggal bergabung semula Anda dalam Program Asuransi Health Plan terdahulu Anda, namun sebelum tanggal eksese Anda diturunkan. Jika kami menerima permohonan untuk meningkatkan pertanggungsaan dan Anda sebelumnya telah menurunkan pertanggungsaan Anda, seluruh kondisi baik yang terdiagnosa atau yang tidak sebelum peningkatan akan terbatas terhadap pertanggungsaan sebelum peningkatan.

Jika Anda ingin menurunkan pertanggungsaan Anda berdasarkan Program Asuransi Health Plan Anda dalam hal apa pun, Anda harus memberitahu kami secara tertulis dan kami akan memberlakukan perubahan tersebut mulai tanggal perpanjangan Anda yang berikutnya saja. Kami dapat menolak permintaan mengubah eksese Anda menjadi per tahun. Jika Anda ingin membatalkan 'Dental dasar', 'Dental plus' atau 'Medevac

Under the terms of this agreement cover is not available to you if Indonesia is not your country of residence, irrespective of your nationality. If your country of residence changes you must tell us. Your cover will automatically terminate from the date you take up residence in a country other than Indonesia. If we are able to offer you alternative coverage in your new country of residence you can apply for a new plan subject to a revised premium and terms and conditions.

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.

Article 2: POLICY CHANGES

Changes to your policy are only be legitimate if you have notified us and we have agreed to the changes. In some cases, we will add an endorsement to your plan, which will be shown on your certificate of insurance.

You may apply to enhance your cover at any time by completing a new application form, and the enhanced cover will be subject to medical underwriting. If we accept your application for enhanced cover, we will issue an invoice for the increased premium. Your enhanced cover will commence from the date we receive your premium, provided it is received within 30 days of the date of your application. If you enhance your plan type, claims in respect of benefits that are subject to a waiting period will be assessed in accordance with your former plan type until the expiry of your new plan's waiting period for that benefit. For example, if you are covered by the Silver plan, and you enhance your plan to the Gold plan, any benefit payable in respect of the well-being benefits section will be restricted to the Silver plan benefit limit for the first 6 months of your Gold plan. If you apply to reduce your excess, we will continue to apply your previous excess to any claim for any condition that first manifests itself after your original date of entry to your previous plan, but before the date your excess is reduced. If we accept your application for enhanced cover and you have previously reduced your cover, all conditions whether diagnosed or not prior to the enhancement will be restricted to the cover prior to the enhancement.

If you wish to reduce the cover under your plan in any way, you must tell us in writing and we will make the change from your next renewal date only. We may refuse any request to change your excess to a per annum basis. If you wish to cancel the optional Dental Basic, Dental Plus or Medevac Plus benefits, they will be cancelled for all insured persons on your plan.

plus' opsional, mereka akan dibatalkan untuk semua orang yang diasuransikan dalam Program Asuransi Health Plan Anda.

Namun Anda bisa membatalkan Program Asuransi Health Plan Anda dan mengajukan Program Asuransi Health Plan baru. Anda harus melengkapi formulir aplikasi baru yang akan dikenai penjaminan medis.

Anda dapat mengajukan permohonan pertanggung jawaban atas nama suami/istri atau pasangan Anda, asalkan mereka masih berusia di bawah 70 (tujuh puluh) tahun pada tanggal bergabungnya. Anda juga dapat mengajukan permohonan pertanggung jawaban untuk anak-anak tanggungan Anda yang memenuhi syarat, asalkan mereka masih berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun atau di bawah 25 (dua puluh lima) tahun jika mereka masih menempuh pendidikan purnawaktu secara kontinu. Kami memiliki hak sepenuhnya untuk meminta bukti seorang yang anak sedang menempuh pendidikan purnawaktu. Kami tidak akan memulai pertanggung jawaban untuk tanggungan baru yang memenuhi syarat sebelum kami menerima permohonan mereka dan kami telah menerima pembayaran premi mereka.

Anda dapat menambahkan anak Anda yang baru lahir kedalam Program Asuransi Health Plan Anda, tanpa penjaminan medis, asalkan Anda memberitahu kami nama lengkap dan tanggal lahirnya, dan melakukan pembayaran preminya, dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal kelahirannya. Apabila Anda telah menjadi Tertanggung asuransi kami selama jangka waktu duabelas bulan berturut-turut atau lebih pada saat tanggal kelahiran, maka tanggal bergabung dapat dimajukan mengikuti tanggal lahirnya. Pertanggung jawaban anak tersebut terbatas pada pertanggung jawaban yang disediakan oleh jenis Program Asuransi Health Plan Anda (Pemegang polis). Pertanggung jawaban tidak tersedia bagi anak Anda yang baru lahir sampai pada saat anda sudah menambahkan anak Anda yang baru lahir kedalam Program Asuransi Health Plan Anda. Jika Anda ingin anak Anda memiliki pertanggung jawaban yang dinaikkan dalam hal mana pun bila dibandingkan dengan pertanggung jawaban Anda (Pemegang polis) maka kami memerlukan formulir permohonan, dan permohonan anak Anda akan diajukan kepada penjaminan medis. Jika Anda tidak memberitahu kami tentang kelahiran anak Anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak kelahirannya, dan/atau Anda tidak membayar premi tambahan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal kelahirannya, maka Anda harus mengajukan permohonan baru agar anak Anda dimasukkan ke dalam Program Asuransi Health Plan Anda, dan permohonan ini akan dikenai penjaminan medis. Anak yang baru lahir sebagai hasil dari perawatan reproduksi yang dibantu dan lahir dalam waktu 36 (tiga puluh enam) minggu sejak pembuahan selalu dikenai penjaminan medis.

Jika Anda (Pemegang polis) meninggal dunia, asalkan belum pernah diajukan klaim atas Polis, maka kami akan mengembalikan premi belum terpakai sejak tanggal kematian Anda. Jika Anda (Pemegang polis) memiliki tanggungan yang memenuhi syarat dalam (Polis) Program Asuransi Health Plan Anda, karena perjanjian yang ada antara kami dan Anda selaku Pemegang polis, maka kami akan mengalihkan tanggungan Anda yang memenuhi syarat kepada (Polis) Program Asuransi Health Plan mereka sendiri. Agar kami dapat melaksanakan hal ini, kami memerlukan formulir permohonan baru yang harus diisi dan dikembalikan kepada kami dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal kematian Anda. Asalkan kami menerima formulir permohonan baru, dan asalkan premi masih terus dibayar, kami akan melanjutkan pertanggung jawaban mereka seperti sebelumnya.

However, you can cancel your plan and apply for a new plan. You will have to complete a new application form which will be subject to medical underwriting.

You may apply for cover on behalf of your spouse or partner, provided they are under 70 years of age on their date of entry. You may also apply for cover for your eligible dependant children, provided they are under 18 years old, or under 25 years old if they are in continuous full-time education. We reserve the right to request proof of a child being in full-time education. We will not commence cover for a new eligible dependant until we have accepted their application and we have received payment of their premium.

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 make payment of their premium, within 30 days of their date of birth. If you have been insured by 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 (the Policy holder'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 wish your child to have cover that is enhanced in any way in comparison to your (the Policy holder's) cover, we will require an application form, and your child's application will be subject to medical underwriting. If you do not inform us about the birth of your child within 30 days of their birth, and/or you do not pay the additional premium within 30 days of their date of birth, you will have to make a new application for your child to be added to your plan, and this application will be subject to medical underwriting. Newborn children who have been born as a result of assisted reproduction treatment and born within 36 weeks of conception are always subject to medical underwriting.

If you (the Policy holder) die, provided no claim has been made on your plan, we will refund any unused premium from your date of death. If you (the Policy holder) 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

Apabila tanggungan Anda yang memenuhi syarat ingin meneruskan pertanggungan yang ditingkatkan dalam hal apa pun dibandingkan dengan pertanggungan mereka sebelumnya, mereka harus mengisi formulir permohonan baru dan permohonan ini akan dikenai penjaminan medis. Apabila tanggungan Anda yang memenuhi syarat berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun, maka wali mereka harus menandatangani formulir permohonan selaku Pemegang polis atas nama mereka. Apabila tanggungan yang memenuhi syarat yang diasuransikan meninggal dunia, mohon untuk segera memberitahukannya kepada kami. Apabila ia belum pernah mengajukan klaim atas Polis, maka premi yang belum terpakai sejak tanggal kematian mereka akan dikembalikan. Namun jika Tertanggung yang meninggal dunia tersebut pernah mengajukan klaim, maka premi tidak akan dikembalikan.

Jika Anda (Pemegang polis) menyertakan suami/istri atau pasangan Anda dalam program dan Anda kemudian berpisah atau bercerai, kami harus mengalihkan suami/istri atau pasangan Anda yang diasuransikan tersebut kepada Polis Program Asuransi Health Plannya sendiri. Agar 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 pertanggungan mantan suami/istri atau pasangan Anda tersebut seperti sebelumnya. Jika mantan suami/istri atau pasangan Anda ingin meneruskan pertanggungan yang ditingkatkan dalam hal apa pun bila dibandingkan dengan pertanggungan sebelumnya, maka mereka harus mengisi formulir permohonan baru dan permohonan ini akan dikenai penjaminan medis.

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 pertanggungannya 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 pertanggungan yang ditingkatkan dalam hal apa pun bila dibandingkan dengan pertanggungan sebelumnya, mereka wajib mengisi formulir permohonan baru dan segala peningkatan dalam pertanggungannya 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 pertanggungannya akan otomatis berakhir terhitung mulai tengah malam pada hari sebelum tanggal perpanjangan Anda. Apabila mereka kemudian ingin mengajukan permohonan untuk pertanggungan, maka mereka harus mengisi formulir permohonan baru dan permohonan baru ini akan dikenai penjaminan medis.

Pasal 3 : DATA YANG DIPERLUKAN

Anda wajib memberitahu kami secara tertulis jika terdapat beberapa perubahan dalam Polis terhadap hal-hal berikut ini:

Anda wajib memberitahukan kepada kami apabila Anda mengubah alamat Anda dan memberikan kepada Kami rincian

eligible dependants are under the age of 18, their legal guardian will have to sign the application form as the plan holder on their behalf. If an insured eligible dependant dies, please inform us as soon as possible. If they have made no claim on their plan, any unused premium from their date of death will be refunded. However if the deceased insured person had made a claim, no premium refund will be made.

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

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.

Article 3: REQUIRED INFORMATION

You must notify us in writing regarding the following changes to your (policy):

You must inform us if you change your address and provide us with the new details. If you change your country of residence or

atas alamat baru tersebut. Apabila Anda mengubah Negara tempat tinggal atau mengubah status kewarganegaraan, Anda wajib untuk segera memberitahukannya kepada kami. Pertanggungannya akan berakhir secara otomatis sejak tanggal Anda tinggal di negara selain Indonesia

Pasal 4 : PREMI DAN TAGIHAN LAIN

Premi Program Asuransi Health Plan berkaitan dengan usia dan akan naik seiring bertambahnya usia Anda. Premi Program Asuransi Health Plan tidak dijamin sepanjang Program Asuransi Health Plan Anda dan ditinjau kembali setiap tahun. Premi Program Asuransi Health Plan juga bergantung pada Negara tempat Anda tinggal. Anda harus memberi tahu kami jika Negara tempat tinggal Anda telah berubah. Semua premi harus dibayarkan sebelum tanggal jatuh tempo premi yang tercantum dalam tagihan Anda. Premi harus dibayarkan dalam mata uang yang diatur oleh Polis

Anda dapat membayar premi Anda dengan cara-cara sebagai berikut:

- Per tahun dengan cek, transfer bank, atau kartu kredit atau debit yang dapat diterima.
- Per setengah tahun, per kuartal, atau per bulan dengan kartu kredit atau debit yang dapat diterima.

Apabila pajak atas Premi asuransi atau bentuk apapun juga yang sejenis dipungut oleh pemerintah pada Negara tempat tinggal Anda, Anda juga wajib membayar sejumlah pajak tersebut kepada Kami. Premi wajib dibayarkan secara langsung kepada Kami. Apabila Anda membayar Premi Anda kepada pihak lain seperti perantara atau Broker Asuransi, maka pihak tersebut akan bertindak untuk dan atas nama Anda sebagai Agen. Kami tidak akan bertanggung jawab terhadap setiap Premi yang dibayarkan kepada Pihak Ketiga manapun. Bila Anda memberi kami rincian debit/kartu kredit langsung, Anda memberi wewenang kepada kami untuk mendebet akun Anda dengan Premi yang sesuai karena tahun rencana berjalan dan untuk semua Premi perpanjangan berikutnya yang harus ditagih oleh kami, sampai saat Anda memberitahukan kepada Kami secara tertulis bahwa Anda ingin mengubah metode pembayaran atau membatalkan Polis Anda. Anda bertanggung jawab untuk memberi tahu Kami tentang rincian kartu kredit/debit Anda saat ini. Jika rincian yang kami pegang untuk Anda masih berlaku, Kami akan secara otomatis mendebet akun Anda dengan premi perpanjangan Anda pada atau sebelum tanggal perpanjangan Anda.

Kami akan secara otomatis membatalkan pertanggungannya Anda apabila Anda gagal untuk membayar Premi Anda pada saat atau sebelum tanggal jatuh tempo Premi, atau Kami tidak dapat menarik Premi Anda dari debit atau kartu kredit Anda dengan alasan apapun. Kami mungkin memperbolehkan untuk melanjutkan pertanggungannya Anda tanpa harus Anda melengkapi formulir aplikasi baru dan pernyataan kesehatan Apabila Anda membayar Premi terutang dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal jatuh tempo. Selama jangka waktu 30 (tiga puluh) hari ini, Kami tidak akan menerima Klaim apapun untuk perawatan yang terjadi pada saat atau setelah tanggal jatuh tempo pembayaran Premi sampai Anda telah membayarkan Premi jatuh tempo tersebut. Hal ini juga berlaku kepada perawatan yang telah kami setujui sebelumnya. Apabila Anda tidak membayar Premi Anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal jatuh tempo, Kami akan membatalkan Polis Anda saat tengah malam sebelum tanggal jatuh tempo pembayaran Premi. Ketika Kami telah membatalkan Polis Anda,

you change your country of nationality, you must tell us straight away. Your cover will automatically terminate from the date you take up residence in a country other than Indonesia.

Article 4: YOUR PREMIUM

The plan premiums are age-related and will increase as you get older. The plan premiums are not guaranteed for the duration of your plan and are subject to annual review. The plan premiums are also dependent upon your country of residence. You must tell us if your country of residence changes. All premiums are payable in advance of the premium due date as shown on your invoice. Premiums must be paid in the policy currency.

You may pay your premiums by the following method:

- Annually by bank transfer or an acceptable credit or debit card
- half-yearly, quarterly, or monthly by an acceptable credit or debit card

If insurance premium tax or any similar charge is levied by the government in your country of residence, you must also pay to us the amount of such tax. Premiums must be paid directly to us. If you pay your premiums to anyone else such as an intermediary or insurance broker, then that person is acting on your behalf as your agent. We are not responsible for any premiums paid to any third party. When you provide us with your debit/credit card details you are authorising us to debit your account with the appropriate premiums due for the current plan year and for all subsequent renewal premiums due as invoiced by us, until such time as you advise us in writing that you wish to alter your payment method or cancel your plan. It is your responsibility to keep us informed about your current credit/debit card details. Provided the details we hold for you are still valid, we will automatically debit your account with your renewal premium on or before your renewal date.

We will automatically cancel your cover if you fail to pay your premium on or before the premium due date, or if we are unable to collect your premium from your credit/debit card for any reason. We may allow your cover to continue without you having to complete a new application form and health declaration if you pay the outstanding premium within 30 days of the premium due date. During this 30-day period we will not accept any claims for treatment incurred on or after the premium due date until you have paid the premium due. This also applies to treatment that we have already pre-authorised. If you do not pay your premium within 30 days of the premium due date, we will cancel your Policy from midnight on the day before your premium due date. Once we have cancelled your plan Policy, you will have to complete a new application form which will be subject to medical underwriting.

maka Anda wajib untuk mengisi secara lengkap formulir permohonan baru yang kemudian akan diajukan kepada penjaminan medis.

Bila Anda memiliki anak-anak yang memenuhi syarat yang layak termasuk dalam Program Asuransi Health Plan Anda (pemegang Program Asuransi Health Plan), diskon premi anak akan diterapkan sebagai berikut:

- anak pertama akan dikenakan biaya 100% dari tarif premi anak
- anak pertama akan dikenakan biaya 85% dari tarif premi anak
- anak ketiga dan semua anak berikutnya akan dikenakan 75% dari tarif premi anak.

Jika anak meninggalkan Program Asuransi Health Plan Anda (pemegang Program Asuransi Health Plan), kami akan menghitung ulang premi untuk anak-anak yang tersisa yang berlaku sejak tanggal anak tersebut meninggalkan Program Asuransi Health Plan. Ini berarti bahwa premi anak yang Anda bayarkan akan selalu didasarkan pada jumlah sebenarnya dari anak yang Anda asuh.

Pasal 5 : PEMBATALAN POLIS

Jika Anda memutuskan bahwa Anda ingin membatalkan Program Asuransi Health Plan Anda, Anda harus memberitahu kami secara tertulis melalui surat, surat elektronik atau faksimili. Kami akan membatalkan pertanggungannya Anda sejak tanggal kami menerima instruksi tertulis Anda kecuali jika Anda telah menginstruksikan kepada kami untuk membatalkan Program Asuransi Health Plan Anda mulai tanggal yang akan datang. Kami tidak dapat membatalkan Program Asuransi Health Plan Anda sebelum menerima instruksi tertulis Anda. Jika Anda memenuhi syarat untuk layanan tagihan langsung, kami akan membatalkan Program Asuransi Health Plan dari tanggal saat kami menerima pengembalian kartu peserta Anda. Asalkan belum ada klaim yang diajukan, kami akan mengembalikan semua premi yang belum terpakai. Jika ada klaim yang pernah diajukan oleh Tertanggung mana pun, maka premi tidak akan dikembalikan.

Kami berhak untuk langsung membatalkan Program Asuransi Health Plan Anda jika:

- Anda tidak membayar premi Anda dan biaya-biaya lainnya seperti pajak premi asuransi dalam waktu 30 hari sejak tanggal jatuh tempo premi
- 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

When you have eligible dependant children included in your (the plan holder's) plan, the child premium discounts will be applied as follows:

- the first child will be charged 100% of the child premium rate
- the second child will be charged 85% of the child premium rate
- the third child and all subsequent children will be charged 75% of the child premium rate.

If a child leaves your, the plan holder's, plan, we will re-calculate the premiums for the remaining children with effect from the date on which the child leaves. This means that the child premiums you pay will always be based on the actual number of children you insure.

Article 5: POLICY CANCELLATION

If you wish to cancel your plan, or if you want to cancel cover for one of your dependants, you must instruct us in writing by letter, email, or fax. We will cancel cover from the date we receive your written instructions, or from a date in the future that you have specified. We will not cancel cover from a date prior to us receiving your written instruction to cancel. If you are eligible for direct billing services, we will cancel your cover from the date on which we receive your returned membership card. We will only make a refund in respect of unused premium if no claim has been made. If a claim has been made by any insured person, no unused premium will be refunded in respect of that insured person.

We have the right to cancel your plan immediately if:

- you do not pay your premium and other charges such as insurance premium tax within 30 days of any premium due date
- 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:

kecerobohan, baik pada saat bergabung atau pun ketika mengajukan klaim, dengan cara:

- 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

Jika kami membatalkan Program Asuransi 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 Program Asuransi Health Plan Anda dari masa perpanjangan polis apabila Anda berpindah ke negara lain dimana kami tidak dapat melanjutkan pertanggunggaan yang disebabkan oleh kepatuhan dan/ atau alasan-alasan hukum.

Pasal 6 : PERPANJANGAN POLIS

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

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

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

- usia Anda pada awal masa pertanggunggaan baru Anda
- usia para Tertanggung Anda yang memenuhi syarat pada awal masa pertanggunggaan baru mereka
- banyaknya anak yang memenuhi syarat yang Anda asuransikan
- jenis Program Asuransi Health Plan Anda
- wilayah pertanggunggaan Anda dan
- jumlah eksek Anda
- negara tempat tinggal Anda

Faktor-faktor lain dapat mempengaruhi premi perpanjangan Anda, seperti perubahan umum yang kami berlakukan terhadap premi Program Asuransi Health Plan kami setiap tahun, dan perubahan atas diskon yang kami kenakan untuk menaikkan eksek standar, terhadap pembebanan yang kami kenakan untuk menurunkan eksek standar, terhadap diskon premi anak, dan terhadap bea tambahan untuk premi angsuran. Kami dapat pula mengubah cara pembayaran yang kami tawarkan. Premi Anda juga dapat dipengaruhi oleh diberlakukannya, atau dinaikkannya, pajak premi asuransi atau pajak, pungutan atau bea lainnya yang berlaku di negara tempat tinggal Anda. Kami dapat pula merubah manfaat yang ditawarkan oleh jenis Program Asuransi Health Plan Anda dan/ atau jumlah eksek anda dan jika kami melakukannya, kami akan mengirimkan surat kepada Anda sebelum tanggal perpanjangan Anda untuk mengkonfirmasi perubahan-perubahan manfaat dan/ atau jumlah eksek anda ini. Segala perubahan yang kami lakukan terhadap manfaat Anda akan mulai berlaku sejak tanggal

- 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

If we cancel your policy for any of the above reasons, we will not refund any premium you have paid to us. We may also report the matter to the relevant authorities, if appropriate. 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.

Article 6: POLICY RENEWAL

You may continue to renew your plan, each year, regardless of your age or state of health, or the number or value of claims you have made. We will not cancel your plan unless we are entitled to do so under our cancellation policy.

Prior to your plan renewal date, we will send you an invoice by email stating your premiums for your new period of cover.

Your premium for each new period of cover will be determined by the following:

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

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

perpanjangan Program Asuransi Health Plan Anda. Dari waktu ke waktu kami dapat memutuskan untuk memberhentikan Program Asuransi Health Plan di mana Anda menjadi anggota dan/ atau jumlah eksekusi Anda. Jika ini terjadi maka kami akan mengalihkan keanggotaan Anda ke Program Asuransi Health Plan lain yang serupa.

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

Pasal 7 : TUNTUTAN KEPADA PIHAK KETIGA

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.

Pasal 8 : PENIPUAN

Jika klaim yang diajukan tidak benar, termasuk dokumen atau dokumen palsu yang telah diubah dengan tujuan menyesatkan kami, kami berhak membatalkan pertanggungannya Anda.

Pasal 9 : BATAS WILAYAH ASURANSI

Pertanggungannya yang diberikan berdasarkan Polis Anda terbatas hanya pada cakupan pertanggungannya sebagaimana dinyatakan pada sertifikat asuransi Anda. Ketersediaan cakupan pertanggungannya dan batasan teritorial sebagaimana yang dinyatakan dibawah ini:

Zona 1

Seluruh dunia, namun tidak termasuk Amerika Serikat.

Zona 3

Seluruh dunia, dengan mengikuti batasan-batasan berikut:-

- Tidak ada pertanggungannya di Amerika Serikat
- Pertanggungannya terbatas di negara - negara dan wilayah - wilayah yang disebutkan dibawah ini
- Pertanggungannya penuh di negara - negara lainnya

Negara-negara dan wilayah-wilayah dengan pertanggungannya terbatas

Di Singapura, Hong Kong, Cina, Jepang, Makau, Taiwan, Swiss, dan area London, pertanggungannya mengikuti Batasan-batasan berikut:-

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

Article 7: DEMANDS ON THIRD PARTIES

LippoInsurance will not be responsible for any charges by an insured person or any other party for negligence or malpractice arising from treatment undertaken.

Article 8: FRAUD

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.

Article 9: AREA OF COVER

The cover provided by your Policy is restricted to the area of cover stated on your certificate of insurance. The available areas of cover and their corresponding territorial limits are stated below.

Zone 1

Worldwide, excluding the United States of America.

Zone 3

Worldwide, subject to the following restrictions:-

- No cover in the United States of America
- Limited cover in the countries and regions stated below
- Full cover in all other countries

Countries and regions where cover is limited

In Singapore, Hong Kong, China, Japan, Macau, Taiwan, Switzerland, and the London area, cover is subject to the following limitations:

- 80% cover for eligible elective treatment costs.

- 80% pertanggunggunaan untuk biaya perawatan elektif yang memenuhi syarat.
- 100% pertanggunggunaan hingga US\$100,000 per tertanggung untuk kecelakaan yang memenuhi syarat & perawatan darurat yang diterima selama perjalanan sementara yang tidak lebih dari durasi 90 hari.

Tidak ada batasan jumlah perjalanan sementara yang dapat dilakukan tiap tertanggung selama periode pertanggunggunaan, tapi setiap perawatan yang diterima selama masa perjalanan sementara yang melebihi 90 hari tidak akan ditanggung.

Zona 6

Seluruh dunia, dengan mengikuti batasan-batasan berikut:-

- Tidak ada pertanggunggunaan di Amerika Serikat
- Pertanggunggunaan terbatas di negara - negara dan wilayah - wilayah yang disebutkan dibawah ini
- Pertanggunggunaan penuh di negara - negara lainnya

Negara-negara dan wilayah-wilayah dengan pertanggunggunaan 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, Thailand (hanya dibatasi untuk pengobatan di Bumrungrad Hospital dan Kelompok Fasilitas Rumah Sakit Bangkok) Cina, Hong Kong, Jepang, Makau, Selandia Baru, Singapura, Taiwan, Uni Emirat Arab, Kanada, dan negara-negara dan pulau-pulau Karibia, perlindungan dibatasi sebagai berikut:-

- Kecelakaan & perawatan darurat atas kondisi yang anda belum pernah derita sebelumnya, selama perjalanan sementara yang tidak lebih dari durasi 90 hari dan tidak melebihi jumlah maksimum US\$100,000 per tertanggung, per periode pertanggunggunaan.
- Tidak ada batasan jumlah perjalanan sementara yang dapat dilakukan tiap tertanggung selama periode pertanggunggunaan, tapi setiap perawatan yang diterima selama masa perjalanan sementara yang melebihi 90 hari tidak akan ditanggung.

Pilihan pertanggunggunaan Amerika Serikat

Kedua pilihan berikut menyediakan pertanggunggunaan terbatas di Amerika Serikat. Kedua pilihan tersebut hanya tersedia apabila anda memilih Zona 1 sebagai area pertanggunggunaan anda. Jika anda memiliki pilihan untuk pertanggunggunaan terbatas di Amerika Serikat, ini akan disebutkan di sertifikat asuransi anda.

Pertanggunggunaan di Amerika Serikat terbatas pada perjalanan-perjalanan sementara hingga 45 hari

Kami akan menanggung anda di Amerika Serikat untuk perjalanan sementara hingga durasi 45 hari dari tanggal dimana anda memasuki Amerika Serikat. Setiap perjalanan yang melebihi 45 hari tidak akan ditanggung tapi tidak ada batasan untuk jumlah perjalanan sementara yang dapat anda lakukan ke Amerika Serikat selama periode pertanggunggunaan. Jumlah maksimum yang akan kami bayarkan berkenaan dengan perawatan yang anda terima di Amerika Serikat adalah:-

- US\$250,000 per tertanggung, per periode pertanggunggunaan, untuk kecelakaan & perawatan darurat dari kondisi yang anda belum pernah derita sebelumnya
- US\$100,000 per tertanggung, per periode pertanggunggunaan, untuk seluruh perawatan lainnya.

Pertanggunggunaan di Amerika Serikat terbatas pada perjalanan sementara hingga 90 hari

- 100% cover up to US\$100,000 per insured person for eligible accident & emergency treatment received during temporary trips of no more than 90 days' duration.

There is no limit to the number of temporary trips each insured person can make during any one period of cover, but any treatment that is received during a temporary trip that is longer than 90 days will not be covered.

Zone 6

Worldwide, subject to the following restrictions:-

- No cover in the United States of America
- Limited cover in the countries and regions stated below
- Full cover in all other countries

Countries and regions where cover is limited

In the United Kingdom, all countries that are members of the European Union, Andorra, the Channel Islands, Gibraltar, Greenland, Iceland, Liechtenstein, Monaco, Norway, San Marino, Switzerland, Australia, Thailand (treatment is only restricted within the Bumrungrad Hospital and Bangkok Hospital Group facilities), China, Hong Kong, Japan, Macau, New Zealand, Singapore, Taiwan, the UAE, Canada, and the Caribbean countries and islands, cover is restricted to the following:-

- Accident & emergency treatment of a condition that you have not previously suffered from, during a temporary trip of no more than 90 days' duration and subject to a maximum amount of US\$100,000 per insured person, per period of cover
- There is no limit to the number of temporary trips each insured person can make during any on period of cover, but any treatment that is received during a temporary trip that is longer than 90 days will not be covered.

USA Cover Options

The following two options provide limited cover in the United States of America. They are only available if you have selected Zone 1 as your area of cover. If you have one of the options for limited cover in the United States of America, it will be stated on your certificate of insurance.

Cover in the USA limited to temporary trips of up to 45 days

We will cover you in the United States of America for temporary trips of up to 45 days' duration from the date on which you enter the United States of America. Any trip of longer than 45 days will not be covered but there is no limit to the number of temporary trips you can make to the United States of America during any period of cover. The maximum amount we will pay in respect of treatment you receive in the United States of America is:-

- US\$250,000 per insured person, per period of cover, for accident & emergency treatment of a condition that you have not previously suffered from
- US\$100,000 per insured person, per period of cover, for all other treatment.

Cover in the USA limited to temporary trips of up to 90 days

Kami akan menanggung anda di Amerika Serikat untuk perjalanan sementara hingga durasi 90 hari dari tanggal anda memasuki Amerika Serikat. Tidak ada batasan jumlah perjalanan sementara yang dapat dilakukan setiap tertanggung selama periode pertanggungan, tapi setiap perawatan yang diterima selama perjalanan sementara yang lebih dari 90 hari tidak akan ditanggung. Jumlah maksimum yang akan kami bayarkan berkenaan dengan perawatan yang anda terima di Amerika Serikat adalah:-

- US\$250,000 per tertanggung, per periode pertanggungan.

Pasal 10 : MATA UANG

Dalam hal klaim yang diajukan sehubungan dengan biaya-biaya yang dinyatakan dalam mata uang negara lain, maka berlaku ketentuan sebagai berikut:

1. Nilai tukar yang berlaku adalah nilai tukar jual yang diterbitkan oleh Bank Indonesia atas mata uang negara yang bersangkutan serta disetujui oleh kami pada tanggal tertanggung meninggalkan Rumah Sakit tempat tertanggung tersebut dirawat.
2. Apabila kurs beli 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).

Pasal 11 : PENYELESAIAN PERSELISIHAN

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. Penyelesaian perselisihan melalui perdamaian atau musyawarah dilakukan dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan. Perselisihan timbul sejak Tertanggung menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan atas hal yang diperselisihkan

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.

A. LEMBAGA ALTERNATIF PENYELESAIAN SENGKETA

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

B. PENGADILAN

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

We will cover you in the United States of America for temporary trips of up to 90 days' duration from the date on which you enter the United States of America. There is no limit to the number of temporary trips each insured person can make during any one period of cover, but any treatment that is received during a temporary trip that is longer than 90 days will not be covered. The maximum amount we will pay in respect of treatment you receive in the United States of America is:-

- US\$250,000 per insured person, per period of cover.

Article 10: CURRENCY

If a claim is submitted for an amount in a currency other than US Dollars, the following provisions shall apply:

1. The applicable exchange rate is the exchange rate specified by the Bank of Indonesia on the date on which the insured leaves the hospital where he or she was treated.
2. If no exchange rate for the currency in question is specified by the Bank of Indonesia, the market exchange rate according to xe.com will be applied.

Article 11: DISPUTE AFFIRMATION

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 in writing with regards to interpretation of the liability or the amount of indemnity of this Policy.

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. ALTERNATIVE DISPUTE RESOLUTION BODY

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

B. COURT

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

Pasal 12 : HUKUM YANG BERLAKU

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.

Pasal 13: BAHASA

Jika terjadi perbedaan interpretasi terhadap Polis ini, maka yang akan dipergunakan oleh Para Pihak adalah terjemahan dalam Bahasa Indonesia.

BAGIAN III KEPESEERTAAN

Pasal 1 : SYARAT KEPESEERTAAN

Tanggung jawab Anda adalah:

- memastikan dibayarnya semua premi bila jatuh tempo
- 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

Tertanggung termasuk Anda dan tanggungan lainnya terdaftar di dalam sertifikat asuransi sesuai dengan masing-masing Program Asuransi Health Plan Anda.

Tertanggung bisa diperpanjang sampai dengan usia 70 tahun pada tanggal berlakunya, akan tetapi dapat diperpanjang selama diperlukan (sekalipun kesehatan mereka memburuk).

Tanggungan yang memenuhi syarat termasuk istri/suami atau pasangan Anda, asalkan mereka berusia di bawah 70 tahun pada tanggal berlakunya, dan anak-anak Anda yang belum menikah, asalkan mereka berusia di bawah 18 tahun, atau kurang dari 25 tahun jika masih menempuh pendidikan purnawaktu.

Semua Tertanggung harus terdaftar dalam Formulir Aplikasi

Pasal 2 : KARTU PESERTA

Kami akan menerbitkan kartu peserta untuk masing-masing Tertanggung yang terdaftar berikut dengan dengan sertifikat asuransi Anda.

Pasal 3 : TANGGAL MULAINYA MANFAAT PESERTA

Tanggal berlakunya Program Asuransi Health Plan Anda sesuai dengan yang tertera pada sertifikat asuransi Anda.

Pasal 4 : TANGGAL BERAKHIRNYA MANFAAT PESERTA

Program Asuransi Health Plan Anda akan berakhir pada masa akhir periode pertanggungan yang tertulis pada sertifikat asuransi anda jika anda tidak memperpanjang Program Asuransi Health Plan Anda karena Anda tidak lagi setuju dengan ketentuan-ketentuan yang ada atau karena alasan-alasan lain yang tertera pada perjanjian ini.

BAGIAN IV MANFAAT

Pasal 1: MANFAAT ASURANSI SERTA BATASAN-BATASANNYA UNTUK JENIS PROGRAM ASURANSI HEALTH PLAN ANDA

Tabel manfaat yang diuraikan dalam Pasal 8 dari Bagian IV ini mengatur pertanggungan yang disediakan oleh Program Asuransi Health Plan dan batasan yang berlaku untuk setiap Program Asuransi Health Plan ditunjukkan dalam Appendix 1.

Article 12: VALIDITY OF LAW

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.

Article 13 LANGUAGE

If there is any difference in interpretation of this Policy, then that will be used by the Parties is the translation in Bahasa Indonesia.

CHAPTER III MEMBERSHIP

Article 1: MEMBERSHIP TERMS

It is your responsibility to:

- ensure that all premiums are paid when they are due
- 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

Insured persons include you and any eligible dependants specified in your certificate of insurance as being included in the plan.

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).

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.

All insured persons must be included and named on your application form.

Article 2: MEMBERSHIP CARD

We will produce a membership card for each insured person as a proof of insurance, together with your certificate of insurance.

Article 3: PLAN STATE DATE

Your plan start date is stated on your certificate of insurance.

Article 4: EXPIRY DATE

Your plan will terminate at the end of the period of cover stated on your certificate of insurance if you have not renewed your plan, if the insured persons no longer satisfy eligibility requirements, or for any reasons stated elsewhere in this agreement.

CHAPTER IV BENEFITS

Article 1: THE BENEFITS AND BENEFIT LIMITS FOR YOUR PLAN TYPE

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 each plan type are presented in Appendix 1. The plan type you have is as shown on your certificate of

Program Asuransi 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 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 eksees atau pembayaran oleh asuransi lain, dan akan bergantung dari batasan tahunan dari manfaat tersebut serta dari batasan manfaat yang berlaku lainnya.

Pasal 2 : MASA TUNGGU

Manfaat-manfaat tertentu dari tabel manfaat tersebut memiliki ketentuan masa tunggu. Anda akan dipertanggungjawabkan oleh Program Asuransi Health Plan setelah 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.

Pasal 3: BIAYA-BIAYA YANG WAJAR

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.

Pasal 4: BATASAN MANFAAT SEUMUR HIDUP

Jika terdapat batasan manfaat seumur hidup maka ini adalah batas maksimal pembayaran untuk setiap manfaat tertentu selama periode pertanggungjawaban Anda.

Pasal 5: MANFAAT OPSIONAL

Manfaat tertentu pada tabel manfaat adalah bersifat opsional. Anda hanya berhak atas manfaat-manfaat yang telah Anda pilih dan tercantum pada sertifikat asuransi.

Pasal 6: PRA-OTORISASI

Terdapat manfaat-manfaat pada tabel manfaat yang membutuhkan proses pre-otorisasi. Apabila anda tidak memperoleh pra-otorisasi kami hanya akan membayarkan 80% dari biaya perawatan yang masuk akal dan lazim.

Pasal 7: PENGECELIAN

Tabel manfaat harus dibaca bersama Bagian V dari perjanjian ini.

Pasal 8: MANFAAT

Biaya Rumah Sakit

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

- *Biaya Akomodasi Rumah Sakit*
Biaya kamar single standar dengan kamar mandi atau kamar mandi en-suite, ketika Anda menjadi seorang pasien rawat inap atau day-patient.
- *Perawatan di Rumah Sakit*
Perawatan yang Anda terima saat menjadi pasien rawat inap atau day-patient, termasuk biaya dokter bedah dan anestesi dan dokter, perawatan, obat-obatan dan pakaian bedah, biaya kamar operasi dan perawatan intensif, patologi, X-rays, scan, tes diagnostik dan fisioterapi. Kami juga akan

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.

Article 2: WAITING PERIODS

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.

Article 3: REASONABLE AND CUSTOMARY COSTS

Reasonable and customary 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.

Article 4: LIFETIME LIMITS

Where there is a lifetime benefit limit, this is the maximum amount we will pay in respect of that particular benefit during your lifetime.

Article 5: OPTIONAL BENEFITS

Certain benefits in the table of benefits are optional. You are only eligible for these benefits if you have selected them and they are stated on your certificate of insurance.

Article 6 PRE-AUTHORISATION

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.

Article 7: EXCLUSIONS

The table of benefits should be read in conjunction Chapter V of this agreement.

Article 8: BENEFITS

Hospital costs

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

- *Hospital accommodation*
The cost of a standard single room with an en-suite bath or shower room, when you are an in-patient or day-patient.
- *Hospital treatment*
Treatment you receive while you are an in-patient or day-patient, including surgeons' and anaesthetists' and doctors' fees, nursing care, drugs and surgical dressings, operating theatre charges and intensive care, pathology, X-rays, scans, diagnostic tests and physiotherapy. We will also pay

membayar untuk tes pra-perawatan yang Anda jalani dengan rawat jalan untuk perawatan di rumah sakit yang dijadwalkan untuk Anda terima serta sesuai dengan pertanggungannya 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 yang menerima perawatan yang memenuhi syarat yang dipertanggungjawabkan di dalam polis ini.
- **Ambulans Lokal Perawatan**
Biaya ambulans lokal melalui darat atau udara jika Anda memerlukan perawatan rumah sakit yang secara medis diperlukan dan dipertanggungjawabkan oleh Polis Anda. Transportasi harus ke rumah sakit layak terdekat yang tersedia dan ambulans udara hanya ditanggung jika tidak ada alternatif transportasi lain yang layak
- **Manfaat santunan tunai**
Pemberian santunan tunai untuk setiap malam yang dihabiskan di rumah sakit, saat peserta menerima perawatan yang memenuhi syarat untuk pertanggungannya menurut Program Asuransi Health Plan Anda dimana Rumah Sakit tidak mengenakan biaya Manfaat dibayarkan untuk maksimum 60 malam, per periode pertanggungannya

Perawatan Kanker

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

- **Perawatan Kanker**
Perawatan kanker, termasuk kemoterapi, radioterapi, imunoterapi, konsultasi, tes, scan, dan obat-obatan. Kami juga akan membayar perawatan gigi restoratif setelah kemoterapi atau radioterapi.
- **Tes Genom Kanker**
Biaya tes untuk mengurutkan gen sel kanker
- **Manfaat uang tunai setelah setelah terdiagnosa Kanker (periode masa tunggu 6 bulan)**
Dibayar jika Anda didiagnosis mengidap penyakit kanker. Penyakit 'kanker' yang kami maksud adalah adanya tumor yang terdiri dari sel-sel yang ganas, karena karakteristik yang dapat ditunjukkan secara mikroskopis. Sel-sel ini dapat berkembang biak dan menyebar ke bagian lain dari tubuh tak terkendali – kanker seperti kanker payudara, kanker paru-paru, kanker usus, dan kanker darah (juga dikenal sebagai leukemia). Berikut ini tidak tercakup:
 - Kanker kulit non-melanoma kecuali telah menyebar ke kelenjar getah bening atau organ.
 - Kanker prostat kecuali telah menyebar ke kelenjar atau organ lain.Manfaat ini tidak akan dibayarkan jika Anda pertama kali didiagnosis dengan kanker sebelum Anda dijamin pada Gold untuk jangka waktu 6 bulan berturut-turut.
- **Wig**
Biaya untuk wig setelah kemoterapi dijamin sesuai dengan manfaat yang Anda beli.
- **Konseling**

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 or day-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.
- **Local ambulance**
The cost of a local road or air ambulance if you need medically necessary hospital treatment covered by your plan. Transport must be to the nearest available and appropriate hospital and air ambulance is only covered if there is no viable alternative.
- **Hospital cash benefit**
Payable for each night spent in a hospital when you receive treatment eligible for cover by your plan for which no charge is made by the hospital. Benefit is paid for up to a maximum of 60 nights per period of cover.

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 chemotherapy or radiotherapy.
- **Cancer genome tests**
The cost of tests to sequence the genes of cancer cells
- **Cash benefit upon diagnosis of cancer (6-month waiting period)**
Payable if you are diagnosed with cancer. By 'cancer' we mean the presence of tumours that consist of cells that are malignant, due to characteristics which can be shown microscopically. These cells can multiply and spread to other parts of the body uncontrollably – cancers such as breast cancer, lung cancer, bowel cancer, and cancers of the blood (also known as leukaemia). The following are not covered:
 - non-melanoma skin cancer unless it has spread to lymph nodes or organs
 - prostate cancer unless it has spread to other glands or organsThis benefit will not be paid if you were the first diagnosed with any cancer before you were covered under the Gold plan for a period of 6 consecutive months.
- **Wigs**
Help towards the cost of a wig following chemotherapy, covered by your plan.
- **Counselling**

Konsultasi dengan seorang psikolog/konselor yang terdaftar ketika Anda telah menerima perawatan kanker yang dicakup oleh rencana Anda, hingga batas seumur hidup 10 konsultasi. Obat yang diresepkan oleh dokter medis untuk perawatan Kesehatan mental saat rawat jalan dijamin pada manfaat ini.

- **Dokter ahli gizi**

Konsultasi dengan ahli diet terdaftar ketika Anda telah menerima perawatan kanker yang dijamin oleh manfaat yang Anda ambil hingga batas seumur hidup 2 kali konsultasi.

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 manfaat ini.

- Perawatan untuk dialisis ginjal saat Anda adalah pasien rawat inap, pasien hari atau pasien rawat jalan.

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.

Kondisi 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.
- 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).
- Batas seumur hidup yang ditunjukkan berlaku terlepas dari jumlah kondisi bawaan dan kondisi keturunan.
- Bayi baru lahir mungkin memenuhi syarat untuk manfaat ini jika batas manfaat kondisi bawaan atau kondisi keturunan yang tercantum pada manfaat biaya persalinan pada tabel manfaat telah habis.

Perawatan kesehatan mental

Consultations with a registered psychologist/counsellor when you have received cancer treatment covered by your plan, up to a lifetime limit of 10 consultations. Drugs prescribed by a medical doctor for out-patient mental health treatment are covered under this benefit.

- **Dietitian**

Consultation with a registered dietitian when you have received cancer treatment covered by your plan, up to a lifetime limit of 2 consultations.

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.

- Treatment for kidney dialysis while you are an in-patient, day-patient or out-patient.

Reconstructive surgery

You must obtain pre-authorisation 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-authorisation for this benefit.

- Treatment for a congenital condition or hereditary condition (whether diagnosed as a chronic condition or not) and treatment for any related condition.
- This benefit does not extend to mental health treatment, complimentary medicine, traditional Chinese medicine.
- 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).
- The lifetime limit shown applies irrespective of the number of congenital conditions and hereditary conditions.
- Newborn babies may be eligible for this benefit once the congenital conditions or hereditary conditions limits have been exhausted under the maternity costs section of the table of benefits.

Mental health treatment

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk semua manfaat yang termasuk dalam bagian ini. Semua perawatan harus dilakukan di bawah kendali langsung psikiater, psikolog atau konselor yang terdaftar. Kami tidak menjamin pengecekan atau pengobatan yang terkait dengan kondisi fobia, hipnoterapi, depresi pasca melahirkan atau konseling pernikahan/hubungan atau kondisi psycho-geriatric termasuk penyakit Alzheimer atau demensia.

- Perawatan rawat inap dan day-patient diterima di unit kesehatan mental yang diakui oleh rumah sakit (periode masa tunggu 12 bulan).
- Konsultasi kesehatan mental spesialis dengan psikiater atau psikolog yang terdaftar saat Anda dirujuk oleh dokter (masa tunggu 12 bulan).
- Obat yang diresepkan oleh dokter medis atau psikiater yang terdaftar untuk perawatan kesehatan mental (masa tunggu 12 bulan).

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.

Peralatan medis

- *Bantuan Medis*
Penyediaan, memasang atau menyewa instrumen, apparatus atau perangkat yang secara medis diresepkan sebagai bantuan medis untuk Anda (misalnya kruk, kursi roda, ortopedi mendukung/kawat gigi, orthotics, persediaan stoma, stoking kompresi) ketika segera mengikuti rawat inap, hari- perawatan pasien atau perawatan gawat darurat yang dicakup oleh rencana Anda. Kami tidak mencakup bantuan medis yang merupakan bagian dari perawatan kondisi kronis. Kami tidak mencakup bantuan medis yang tidak terdaftar seperti peralatan olahraga, bahkan jika Anda telah disarankan untuk menggunakan bantuan semacam itu.
- Bagian tubuh buatan yang diperlukan untuk mengganti sendi atau ligamen, katup jantung, aorta atau pembuluh darah arteri, otot sphincter, lensa atau kornea mata, atau untuk mengendalikan urinary incontinence, 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 dukungan tulang belakang jika itu adalah bagian penting dari operasi bedah ke tulang belakang.
- *Perangkat Prostetik*
Bagian tubuh prostetik eksternal, seperti kaki palsu, dipasang setelah penyembuhan dari proses amputasi yang dicakup oleh polis Anda.

Biaya Medis Sehari-hari (1)

Anda harus memperoleh pra-otorisasi untuk manfaat ini jika total biaya perawatan medis anda akan melebihi US\$500. Batas maksimal keseluruhan yang tiap tertanggung dapat klaim

You must obtain pre-authorization for all benefits included in this section. All treatment must be administered under the direct control of a registered psychiatrist, psychologist or counsellor. We do not cover investigations or treatment related to phobias, hypnotherapy, postnatal depression or marriage/relationship counselling, or psycho-geriatric conditions including Alzheimer's disease or dementia.

- In-patient and day-patient treatment received in a recognised mental health unit of a hospital (12-month waiting period).
- Specialist mental health consultations with a registered psychiatrist or psychologist when you have been referred by a medical doctor (12-month waiting period).
- Medication prescribed by a medical doctor or registered psychiatrist to treat a mental health condition. (12-month waiting period).

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.

Medical appliances

- *Medical aids*
Supplying, fitting or hiring instruments, apparatuses or devices which are medically prescribed as a medical aid to you (for example crutches, wheelchairs, orthopaedic supports/braces, orthotics, stoma supplies, compression stockings) when it immediately follows in-patient, day-patient or emergency ward treatment covered by your plan. We do not cover medical aids that form part of the care of a chronic condition. We do not cover unprescribed medical aids such as gym equipment, even if you have been advised to use such an aid.
- 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.
- *Prosthetic devices*
External prosthetic body parts, such as prosthetic limbs, fitted after the healing of an amputation covered by your plan.

Everyday medical costs (1)

You must obtain pre-authorization for all benefits in this section if your medical treatment costs will total more than US\$500. The overall maximum limit that each insured person can claim during

selama periode pertanggung jawaban tertentu didalam Biaya Medis Sehari-Hari (1) adalah US\$4,000.

- *Perawatan medis utama*
Kunjungan ke dokter umum atau dokter, konsultasi spesialis, obat yang diresepkan dan dressing, patologi, scan, radiologi dan tes diagnostik yang diterima sebagai pasien rawat jalan. Kami tidak menanggung kunjungan ke rumah.
- *Tes diagnostik lanjutan*
MRI dan CAT (CT) scan dilakukan atas saran dari dokter medis dan PET scan dilakukan atas saran dari spesialis. Surat rujukan medis Anda akan diperlukan. Kami akan membayar untuk satu konsultasi hanya untuk mendapatkan hasil tes diagnostik. Anda harus memperoleh pra-otorisasi untuk semua tes diagnostik lanjutan
- *Perawatan komplementer*
Perawatan oleh chiropractor, osteopath, chiroprapist, podiatrist, homeopat atau ahli akupunktur atas saran dari dokter medis. Surat rujukan medis Anda akan diperlukan untuk setiap perawatan oleh chiropractor, osteopath, chiroprapist atau podiatrist. Jika kondisi Anda (atau menjadi) kondisi kronis dan perawatan berkelanjutan ditujukan untuk mempertahankannya daripada menyembuhkannya, tidak ada pembayaran lebih lanjut yang akan dilakukan. Pertanggung jawaban terbatas pada jumlah sesi maksimum yang ditampilkan per periode pertanggung jawaban sehubungan dengan semua jenis perawatan. Perawatan harus dilakukan oleh praktisi medis. Pengobatan tidak memenuhi syarat
- *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.

Biaya Medis Sehari-hari (2)

Anda harus memperoleh pra-otorisasi untuk manfaat ini jika biaya perawatan medis anda akan berjumlah lebih dari US\$500.

- *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.
- *Terapi penggantian hormon*
Ketika diresepkan oleh dokter medis setelah diagnosis Anda dengan kegagalan ovarium prematur (yaitu hilangnya fungsi ovarium sebelum usia 40).
- *Obat tradisional Tiongkok*
Pertanggung jawaban terbatas pada jumlah sesi maksimum yang ditampilkan per periode pertanggung jawaban. Perawatan harus

any one period of cover within the Everyday Medical Costs (1) section is US\$4,000.

- *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.
- *Advanced diagnostic tests*
MRI and CAT (CT) scans performed on the advice of a medical doctor and PET scans performed on the advice of a specialist. Your medical referral letter will be required. We will pay for one consultation only to obtain the results of the diagnostic test. You must obtain pre-authorisation for all advanced diagnostic tests.
- *Complementary treatments*
Treatment by a chiropractor, osteopath, chiroprapist, podiatrist, homeopath or acupuncturist on the advice of a medical doctor. Your medical referral letter will be required for any treatment by a chiropractor, osteopath, chiroprapist or podiatrist. If your condition is (or becomes) a chronic condition and ongoing treatment is aimed at maintaining it rather than curing it, no further payments will be made. Cover is limited to the maximum number of sessions shown per period of cover in respect of all treatment types. Treatment must be performed by a medical practitioner. Medication provided by complementary therapists is not covered under this benefit.
- *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. If you need more sessions after your first 6 sessions of physiotherapy, you must contact us for pre-authorisation. 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 pre-authorised. If your condition is (or becomes) a chronic condition and ongoing treatment is aimed at maintaining it rather than curing it, no further payments will be made.

Everyday medical costs (2)

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

- *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.
- *Hormone replacement therapy*
When prescribed by a medical doctor following your diagnosis with premature ovarian failure (i.e. loss of ovarian function before the age of 40).
- *Traditional Chinese medicine*
Cover is limited to the maximum number of sessions shown per period of cover. Treatment must be performed by a

dilakukan oleh praktisi medis.

Manfaat kesejahteraan

Anda berhak mendapatkan manfaat tertentu di bagian ini hanya jika Anda telah memilihnya dan dinyatakan pada sertifikat asuransi Anda.

- *Kesehatan dan kebugaran preventif (masa tunggu 6 bulan)*
Pemeriksaan dan tes kesehatan preventif untuk orang dewasa, termasuk:
 - Skrining kesehatan (misalnya tes untuk kolesterol, darah tinggi tekanan, diabetes, anemia, paru-paru/fungsi ginjal/hati, risiko jantung)
 - Tes Papanicolaou (PAP)
 - mammogram, kanker prostat, dan layar kanker usus besar
 - jabs flu
 - tes pendengaran
 - pemeriksaan mata

Jika Anda telah memilih opsi kesehatan dan kesejahteraan pencegahan yang disempurnakan, Anda memenuhi syarat untuk batas manfaat yang lebih tinggi pada rencana Anda.

- *Vaksinasi untuk orang dewasa*
Imunisasi dan suntikan penguat yang diperlukan di bawah pengaturan negara di mana pengobatan diberikan, dan setiap vaksinasi perjalanan medis yang diperlukan dan profilaksis malaria.
- *Manfaat baik anak (masa tunggu 12 bulan)*
Vaksinasi rutin dan pemeriksaan perkembangan untuk anak-anak.

Kondisi kronis

- *Guncangan Akut*
Pengobatan jangka pendek untuk mengobati guncangan akut yang terkait kondisi kronis yang dipertanggungjawabkan 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.

Perawatan rehabilitasi

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk manfaat ini.

- Perawatan rehabilitasi yang Anda terima sebagai pasien rawat inap, dilakukan di bawah kendali dan pengawasan spesialis di rumah sakit atau unit rehabilitasi yang diakui, dan hanya jika segera mengikuti perawatan rawat inap untuk penyakit atau cedera yang tercakup dalam rencana Anda. Manfaat ini dibayarkan hanya ketika penerimaan berlangsung atas rekomendasi tertulis dari Anda spesialis perawatan dan penerimaan harus segera dilakukan setelah Anda keluar dari rumah sakit.

Biaya perawatan rumah

Anda harus mendapatkan pra-otorisasi untuk manfaat ini.

- Layanan medis dari perawat yang berkualifikasi untuk merawat Anda di rumah Anda sendiri ketika secara medis diperlukan dan berhubungan langsung dengan penyakit atau cedera yang tercakup oleh rencana Anda.

Perawatan Seumur Hidup

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

- *Hospis dan perawatan paliatif*
Untuk diagnosis kondisi medis terminal yang dipertanggungjawabkan oleh Polis Anda, semua biaya untuk perawatan yang diterima atas saran dari praktisi medis atau

medical practitioner.

Well-being benefits

You are eligible for certain benefits in this section only if you have selected them and they are stated on your certificate of insurance.

- *Preventive health and well-being (6-month waiting period)*
Preventive health checks and tests for adults, including:
 - health screens (e.g. tests for cholesterol, high blood pressure, diabetes, anaemia, lung/kidney/liver function, cardiac risk)
 - Papanicolaou (PAP) test
 - Mammogram, prostate cancer, and colon cancer screens
 - Flu jabs
 - Hearing test
 - Eye examination

If you have selected the enhanced preventive health and well-being option, you are eligible for the higher benefit limit on your plan.

- *Vaccinations for adults*
Immunisations and booster injections required under regulation of the country in which treatment is being given, and any medically necessary travel vaccinations and malaria prophylaxis.
- *Well-child benefit (12-month waiting period)*
Routine vaccinations and developmental check-ups for children.

Chronic conditions

- *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.

Rehabilitation treatment

You must obtain pre-authorisation for this benefit.

- Rehabilitation treatment you receive as an in-patient, carried out under the control and supervision of a specialist in a recognised rehabilitation hospital or unit, and only when it immediately follows in-patient treatment for illness or injury covered by your plan. This benefit is payable only when the admission takes place on the written recommendation of your treating specialist and the admission must take place immediately following your discharge from hospital.

Home nursing costs

You must obtain pre-authorisation for this benefit.

- The medical services of a qualified nurse to treat you in your own home when it is medically necessary and relates directly to an illness or injury covered by your plan.

Lifetime care

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

- *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

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.

Biaya perawatan gigi

Anda memenuhi syarat untuk manfaat tertentu di bagian ini hanya jika Anda telah memilihnya dan mereka dinyatakan dalam sertifikat asuransi Anda. Semua perawatan gigi harus dilakukan oleh dokter gigi di ruang gawat darurat rumah sakit atau bedah gigi. Perawatan untuk mahkota yang rusak, gigi palsu, pekerjaan jembatan atau gigi palsu hanya tercakup di bawah manfaat Dental Plus. Kami tidak mencakup konsultasi ortodontik atau perawatan apa pun.

- *Perawatan pemulihan darurat yang Anda terima sebagai pasien rawat inap*

Perawatan rawat inap diperlukan untuk memulihkan suara dan gigi alami setelah kecelakaan yang tercakup oleh rencana Anda, asalkan perawatan itu diterima dalam waktu 15 hari setelah kecelakaan.

- *Perawatan pemulihan darurat yang Anda terima sebagai pasien rawat jalan*

Perawatan rawat jalan diperlukan untuk mengobati atau mengganti gigi yang sehat dan asli yang hilang atau rusak setelah kecelakaan, asalkan perawatan diterima dalam waktu 72 jam setelah kecelakaan.

- *Dental Basic (masa tunggu 6 bulan)*

Kami akan membayar biaya perawatan dasar sebagai berikut:

- skrining (misalnya pemeriksaan dan/atau penilaian gigi yang sakit, hilang dan terisi termasuk sinar-X jika perlu) dua kali per tahun
- skaling dan pemolesan dan penyegelan (dua kali per tahun)
- penambalan (baik komposit maupun amalgam)
- ekstraksi sederhana
- perawatan saluran akar

Manfaat ini opsional pada rencana Silver. Ini termasuk sebagai standar pada rencana Gold.

- *Dental Plus (masa tunggu 12 bulan)*

Kami akan membayar biaya perawatan lanjutan berikut:

- perbaikan gigi tiruan
- gigi tiruan penuh/sebagian
- jembatan gigi
- mahkota, inlays dan onlay
- gigi palsu

Manfaat ini opsional pada plan Silver dan Gold.

Biaya kehamilan

Anak-anak tanggungan yang termasuk dalam rencana Anda tidak memenuhi syarat untuk manfaat ini. Kami tidak mencakup perawatan pada setiap bayi yang baru lahir yang lahir setelah reproduksi bantuan (misalnya IVF) pada saat kelahiran yang terjadi dalam waktu 36 minggu setelah pembuahan. Setiap biaya

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.

Dental costs

You are eligible for certain benefits in this section only if you have 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. Treatment for damaged crowns, dentures, bridge work or false teeth is only covered under the Dental Plus benefit. We do not cover orthodontic consultations or treatment of any kind.

- *Emergency restorative treatment you receive as an in-patient*

In-patient treatment 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.

- *Emergency restorative treatment you receive as an out-patient*

Out-patient treatment required to treat or replace sound and natural teeth which are lost or damaged following an accident, provided that treatment is received within 72 hours of the accident.

- *Dental Basic (6-month waiting period)*

We will pay for the following basic dental costs:

- 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 and polishing and sealing (twice per year)
- fillings (both composite and amalgam)
- simple extractions
- root canal treatment

This benefit is optional on the Silver plan. It is included as standard on the Gold plan.

- *Dental Plus (12-month waiting period)*

We will pay for the following advanced dental costs:

- denture repair
- full/partial dentures
- dental bridges
- crowns, inlays and onlays
- dental implants

This benefit is optional on the Silver and Gold plans.

Maternity costs

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

yang ditimbulkan selama persalinan normal (termasuk operasi caesar yang direncanakan) akan dibayarkan dari perawatan bersalin dan tunjangan persalinan rutin. Kami tidak mencakup tes kehamilan, atau kelas pra-kelahiran dan doula. Kami tidak mencakup penghentian kehamilan atau perawatan atau penyelidikan yang timbul sebagai akibat dari komplikasi yang berkaitan dengan penghentian kehamilan. Kami tidak menanggung pompa payudara.

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

Kami akan membayar biaya bersalin rutin berikut:

- tes dan pemeriksaan pra-kelahiran
- perawatan dan pemeriksaan pasca-melahirkan
- persalinan alami
- persalinan dengan operasi caesar terencana
- biaya akomodasi rumah sakit manapun untuk bayi yang baru lahir
- perawatan dasar bayi baru lahir (pemeriksaan fisik, Vitamin K, vaksin hepatitis B, vaksin BCG, satu tes pendengaran, dan tes darah untuk PKU, hipotiroidisme kongenital dan G6PD, sebelum keluar dari rumah sakit)
- kelahiran di rumah, di mana seorang bidan hadir
- suplemen dan vitamin seperti yang direkomendasikan oleh dokter medis

Batas yang ditunjukkan untuk manfaat ini berlaku untuk setiap kehamilan, terlepas dari jumlah anak yang dilahirkan. Biaya akomodasi di rumah sakit atau pusat persalinan akan dibatasi untuk biaya kamar rumah sakit standar.

- *Komplikasi kehamilan (masa tunggu 12 bulan)*
Perawatan rawat inap atau hari-hari diperlukan sebagai akibat langsung dari komplikasi kehamilan. Kami tidak menyediakan perlindungan di bawah manfaat ini untuk melahirkan. Kami tidak menyediakan perlindungan berdasarkan manfaat yang timbul dari kehamilan yang ditetapkan melalui reproduksi terbantu (misalnya IVF) hingga setelah pemindaian 12 minggu standar, terlepas dari berapa lama Anda telah tercakup oleh rencana tersebut.
- *Melahirkan yang membutuhkan prosedur bedah darurat (masa tunggu 12 bulan)*
Biaya dokter bedah, anesthetists dan kamar operasi untuk kelahiran yang mengharuskan prosedur operasi darurat dan biaya akomodasi tambahan yang dikeluarkan sebagai hasil dari prosedur pembedahan. Ini termasuk persalinan melalui operasi caesar darurat.
- *Pengobatan yang diterima bayi baru lahir Anda untuk kondisi bawaan atau kondisi keturunan (misalkan diagnosis masuk dalam kondisi kronis atau tidak) dan perawatan untuk kondisi yang terkait.*

Manfaat ini tunduk dengan ketentuan yang berlaku sebagai berikut:

- Bayi baru lahir Anda harus didaftarkan ke dalam rencana Anda dalam waktu 30 hari sejak kelahiran dan premium telah dibayarkan
- Bayi baru lahir Anda harus memiliki rencana yang sama dengan Anda
- Salah satu orang tua harus sudah dijamin dalam rencana Silver atau Gold dengan minimum 12 bulan kepesertaan sebelum kelahiran

Batas yang ditunjukkan berlaku untuk setiap kehamilan, terlepas dari jumlah anak yang dilahirkan.

Manfaat Ekspatriat

caesarean section) will be paid from the routine maternity care and childbirth benefit. We do not cover pregnancy testing, or prenatal 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
- any hospital accommodation costs for the newborn baby
- basic newborn healthcare (physical examination, vitamin K, hepatitis B vaccine, BCG vaccine, one hearing test, blood tests for PKU, congenital hypothyroidism and G6PD, prior to discharge from the hospital)
- 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 center accommodation costs will be limited to the cost of a standard hospital room.

- *Complications of pregnancy (12-month waiting period)*
In-patient or day-patient treatment necessary as a direct result of a complication of pregnancy. We do not provide cover under this benefit for childbirth. We do not provide cover under this benefit arising from 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.
- *Childbirth necessitating an emergency surgical procedure (12-month waiting period)*
Surgeons', anaesthetists' and theatre fees for childbirth that necessitates an emergency surgical procedure and any additional accommodation charges incurred as the result of the surgical procedure. This includes childbirth by emergency caesarean section.
- *Treatment that your newborn receives for a congenital condition or hereditary condition (whether diagnosed as a chronic condition or not) and treatment for any related condition.*

This benefit is subject to the following conditions:

- Your newborn must be added to your plan within 30-days of birth and premiums paid
- Your newborn baby must have the same plan as you
- Either parent must have been insured on a Silver or Gold plan for a minimum of 12 months prior to the birth

The limits shown apply to each pregnancy, regardless of the number of children born.

Expat benefits

Anda memenuhi syarat untuk manfaat tertentu di bagian ini hanya jika Anda telah memilihnya dan mereka dinyatakan dalam sertifikat asuransi Anda. 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 Dasar**
Jika Anda memiliki kondisi mengancam jiwa atau ekstremitas yang ditanggung oleh manfaat Anda yang memerlukan perawatan rawat inap segera yang tidak dapat disediakan secara lokal, Layanan Bantuan akan mengatur agar Anda dipindahkan melalui udara dan/atau dengan transportasi darat, ke rumah sakit terdekat dalam area perlindungan Anda di mana perawatan medis yang sesuai tersedia. Kami tidak menanggung biaya lain berdasarkan manfaat ini seperti biaya akomodasi hotel. Kami tidak mencakup evakuasi darurat ke, dari atau di Amerika Serikat. Assistance Service mempertahankan hak mutlak untuk memutuskan apakah kondisi medis Anda memenuhi syarat untuk evakuasi, di mana Anda akan dievakuasi dan sarana dan metode evakuasi.
- **Tiket Pesawat Kembali**
Setelah evakuasi darurat yang dicakup oleh rencana Anda, kami akan membayar tiket pesawat kembali ke negara tempat tinggal Anda.
- **Pengeluaran Seorang Pendamping**
Biaya transportasi orang lain untuk menemani Anda dalam evakuasi darurat Anda, dan tiket kelas ekonomi mereka kembali. Jika tidak mungkin mereka menemani Anda dalam evakuasi medis Anda karena metode evakuasi ini, kami akan membayar tiket pesawat pulang pergi kelas ekonomi mereka dengan penerbangan terjadwal, atau transportasi darat pulang pergi yang sesuai, mana yang paling tepat. Jika pendamping Anda kemudian tinggal dengan Anda saat Anda dirawat di rumah sakit setelah evakuasi Anda, kami akan membayar biaya akomodasi hotel mereka hingga US \$72 per malam untuk paket Bronze, US \$96 per malam untuk paket Silver, dan US \$250 per malam untuk paket Emas (terbatas hingga maksimum 15 malam per periode pertanggungungan).
- **Kunjungan rumah yang welas asih (masa tunggu 12 bulan)**
Jika anggota keluarga dekat meninggal selama periode Anda dan setelah Anda ditanggung oleh manfaat Anda untuk jangka waktu 12 bulan, kami akan membayar biaya perjalanan pulang pergi kelas ekonomi Anda untuk menghadiri pemakaman. Perjalanan Anda harus dilakukan dalam 28 hari sejak tanggal kematian.
- **Pemulangan Jenazah**
Jika Anda meninggal dunia sebagai akibat dari kondisi yang dipertanggungkan oleh Polis Anda saat Anda berada di luar negara Anda maka kami akan membayar untuk pemulangan jenazah Anda (jenazah Anda atau abu yang akan diangkut ke negara asal tempat tinggal Anda). Manfaat di bawah ini tidak tersedia jika klaim yang diajukan terkait dengan pemakaman atau manfaat kremasi di tempat Anda meninggal.
- **Pemakaman atau kremasi**
Jika Anda meninggal dunia sebagai akibat dari kondisi yang dipertanggungkan oleh Polis Anda ketika Anda berada di

You are eligible for certain benefits in this section only if you have selected them and they are stated on your certificate of insurance. 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 Basic**
If you have a life-threatening or limb-threatening condition covered by your plan which requires immediate in-patient treatment that cannot be adequately provided locally, the Assistance Service will arrange for you to be moved by air and/or by surface transportation, to the nearest hospital within your area of cover where appropriate medical treatment is available. 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.
- **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. If your companion is then staying with you while you are hospitalised following your evacuation, we will pay towards the costs of their hotel accommodation up to US\$72 per night on the Bronze plan, US\$96 per night on the Silver plan, and US\$250 per night on the Gold plan (limited to a maximum of 15 nights per period of cover).
- **Compassionate home visit (12-month waiting period)**
If a close family member dies during your period of cover and after you have been insured by your plan for a continuous period of 12 months, we will pay for your round-trip economy airfare to attend the funeral. Your travel must take place within 28 days of the date of death.
- **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

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.

- **Evakuasi Medis Plus**

Manfaat berikut berlaku selain yang di bawah manfaat Dasar Medevac. Evakuasi jika Anda (atau setiap anak yang dicakup oleh manfaat yang baru lahir dalam 90 hari pertama kehidupannya) memerlukan pencitraan lanjutan atau pengobatan kanker seperti radioterapi atau kemoterapi yang tidak dapat diberikan secara lokal. Semua evakuasi yang memenuhi syarat akan mencakup repatriasi ke negara kebangsaan Anda jika itu dalam wilayah perlindungan Anda, atau negara tempat tinggal Anda. Kami tidak mencakup evakuasi darurat atau repatriasi ke, dari atau di Amerika Serikat. Jika Anda meminta repatriasi ke negara asal Anda atau ke negara tempat tinggal Anda, mungkin, dalam beberapa kasus, tidak segera sesuai karena kondisi medis Anda. Dalam kasus seperti itu, pertama-tama kami akan mengevakuasi Anda ke tempat terdekat dalam area perlindungan Anda di mana perawatan yang sesuai tersedia. Setelah Anda stabil, kami kemudian akan memulangkan Anda ke negara asal Anda jika itu ada di daerah perlindungan Anda, atau negara tempat tinggal Anda. Jika Anda dievakuasi ke negara yang bukan negara tempat tinggal Anda dan bukan negara kebangsaan Anda, dan Anda tidak memiliki siapa pun untuk menemani Anda, kami akan membayar tiket pesawat pulang pergi kelas ekonomi untuk memiliki satu pendamping yang diterbangkan dari mana saja di dunia untuk bersama Anda saat Anda menerima perawatan Anda. Kami juga akan membayar hingga US \$150 per hari (untuk maksimum 30 hari per periode pertanggungjawaban) terhadap biaya akomodasi hotel mereka sementara Anda memiliki perawatan Anda, atau sampai tanggal Anda kembali ke negara kebangsaan atau negara tempat tinggal Anda (mana yang lebih cepat). Manfaat ini opsional untuk semua pilihan manfaat.

BAGIAN V PENGECEUALIAN KHUSUS UNTUK MANFAAT PERAWATAN MEDIS KHUSUS

Berikut ini adalah biaya-biaya yang tidak ditanggung oleh Program Asuransi 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 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 atau formulir seperti surat rujukan medis, bahkan jika atas permintaan kami

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.

- **Medevac Plus**

The following benefits apply in addition to those under the Medevac Basic benefit. Evacuation if you (or any child covered by the newborn benefit within its first 90 days of life) need advanced imaging or cancer treatment such as radiotherapy or chemotherapy that cannot be adequately provided locally. All eligible evacuations will include repatriation to your country of nationality if it is within your area of cover, or to your country of residence. We do not cover emergency evacuation or repatriation to, from or within the USA. If you request repatriation to your country of nationality or to your country of residence, it may, in some cases, not be appropriate immediately due to your medical condition. In such cases, we will first evacuate you to the nearest place within your area of cover where appropriate treatment is available. Once you have been stabilised, we will then repatriate you to your country of nationality if it is within your area of cover, or your country of residence. If you are evacuated to a country which is not your country of residence and not your country of nationality, and you do not have anyone to accompany you, we will pay the economy class round-trip airfare to have one companion flown from anywhere in the world to be with you while you receive your treatment. We will also pay up to US\$150 per day (for a maximum of 30 days per period of cover) towards their hotel accommodation expenses whilst you have your treatment, or until the date on which you return to your country of nationality or your country of residence (whichever is the sooner). This benefit is optional on all plans.

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 or forms such as medical referral letters, even if we have requested them
- bank charges incurred as a result of us transferring money

- biaya bank yang dikeluarkan akibat adanya transfer dana yang kami lakukan
- kerugian yang mungkin Anda alami akibat fluktuasi nilai tukar
- biaya-biaya yang dikeluarkan akibat kesalahan pembayaran yang terjadi karena tidak benarnya informasi yang Anda berikan kepada kami
- 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

Kecelakaan atau cedera yang disebabkan kelalaian Anda mematuhi undang-undang lalu lintas setempat

Anda tidak dipertanggungjawabkan untuk kecelakaan dan cedera yang ditimbulkan dari:

- bepergian dengan kendaraan bermotor sebagai pengemudi atau penumpang, jika pengemudi tidak memiliki lisensi dan asuransi yang sah/aktif sebagaimana yang diwajibkan oleh hukum negara dimana kecelakaan atau cedera tersebut terjadi
- kelalaian untuk memakai peralatan keselamatan yang relevan (termasuk namun tidak terbatas pada helm dan sabuk pengaman) seperti yang dipersyaratkan oleh hukum negara dimana kecelakaan atau cedera tersebut terjadi

Kondisi/gangguan adiktif dan penyalahgunaan alkohol, obat-obatan dan pelarut

Perawatan yang terkait dengan:

- 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)

Pengujian alergi dan/atau desensitisasi

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan yang terkait dengan:

- tes alergi melalui analisis rambut
- suntikan desensitisasi alergi atau penetransisir makanan

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 Asuransi Health Plan Anda. Untuk ini akan diperlukan surat rujukan dokter Anda.

Pengobatan dan terapi alternatif

Pengobatan dan terapi alternatif, termasuk namun tidak terbatas pada fisioterapi akua, dukun patah tulang (bone-setting), cuci usus (colonic irrigation), hidroterapi, Intervetebreal Differential Dynamics (IDD), kinesiologi, naturoterapi, Ayurveda dan terapi pijat.

Alat Penyangga Hidup Buatan

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan oleh alat penyangga hidup buatan selain dari manfaat-manfaat yang sesuai dengan lifetime care benefit.

Pengaturan kelahiran, masalah seksual dan operasi kelamin

- 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

Accidents or injuries resulting from your failure to adhere to local motoring laws

You are not covered for accidents or injuries arising from:

- travelling in, or on, a motorised vehicle as a driver or passenger, if the driver does not have a valid license and insurance, as required by the law of the country where the accident or injury occurred
- failure to wear the relevant safety equipment, (including, but not limited to helmets and seatbelts) as required by the law of the

Addictive conditions or disorders, and alcohol, drug, and solvent abuse

You are not covered for treatment related to:

- 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)

Allergy testing and/or desensitization

You are not covered for treatment related to:

- allergy testing by hair analysis
- allergy desensitisation or food neutralising injections

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.

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, Intervetebreal Differential Dynamics (IDD), kinesiologi, naturoterapi, Ayurveda and massage therapy.

Artificial life maintenance

You are not covered for artificial life maintenance, other than any benefit you are eligible for under the lifetime care benefit.

Birth control, sexual problems and gender reassignment

You are not covered for treatment directly or indirectly arising from or connected with:

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari atau sehubungan dengan:

- kontrasepsi atau sterilisasi
- masalah seksual (termasuk impotensi dan dorongan seksual yang menurun)
- operasi kelamin

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.

Khitan

Kecuali jika diperlukan untuk pengobatan suatu kondisi medis akut yang ditanggung oleh Program Asuransi Health Plan Anda.

Pemulihan, rehabilitasi, panti perawatan dan spa/hidro kesehatan

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:

- 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

Selain perawatan yang berhak Anda dapatkan berdasarkan manfaat perawatan rehabilitasi.

Bedah plastik dan perawatan

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk investigasi atau perawatan yang berkaitan dengan:

- 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 permukaan varises
- Botox, dermal filler, atau pengobatan vitiligo atau gangguan pigmentasi kulit apa pun

Perbuatan kriminal

Perawatan yang timbul dari atau sehubungan dengan cedera yang diderita ketika Anda terlibat dalam perbuatan yang bersifat kriminal, ilegal atau melanggar hukum.

Ahli diet

Pengobatan atau saran oleh ahli diet atau ahli gizi. Harap dicatat, hal ini mungkin ditanggung setelah diagnosis kanker - lihat manfaat 'Ahli gizi' di bagian 'Pengobatan kanker'.

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.

Penglihatan

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:

- kontrasepsi or sterilisation
- sexual problems (including impotence and decreased libido)
- gender reassignment

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.

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.

Convalescence, rehabilitation, nursing homes, and health spas or hydros

You are not covered for:

- 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

Other than treatment you are eligible for under the rehabilitation treatment benefit.

Cosmetic surgery and treatment

You are not covered for investigations or treatment related to:

- 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

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.

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.

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.

Eyesight

You are not covered for:

- Operasi mata LASIK atau atau koreksi bedah lainnya rabun dekat (miopia), rabun jauh (hyperopia) atau kornea berbentuk tak beraturan (astigmatisme)
- lensa-lensa lainnya selain penggantian lensa mono-focal standar sebagai bagian dari operasi mata, misal operasi katarak
- kacamata dan alat bantu visual lainnya, perawatan strabismus (juling) atau ambliopia (lazy eye)
- tes penglihatan (perlu diketahui namun hal ini mungkin tercakup dalam bagian 'Manfaat Kesejahteraan' pada tabel manfaat)

Kegagalan mengikuti nasehat dokter

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:

- 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 menghiraukan nasehat tersebut

Operasi janin

Anda tidak dipertanggungjawabkan untuk pembedahan yang dilakukan pada saat anak berada di dalam rahim ibu.

Tes genetika dan/atau rekayasa genetika

Namun harap dicatat bahwa tes genom dapat ditanggung dalam "tes genom kanker" pada bagian "Perawatan kanker".

Pendengaran

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:

- 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 dibawah manfaat Pengobatan untuk kondisi bawaan atau kondisi keturunan bayi baru lahir
- alat bantu Dengar
- tes pendengaran - perlu diketahui namun hal ini mungkin tercakup dalam bagian 'Manfaat Kesejahteraan'

Infertilitas, IVF dan reproduksi yang dibantu

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:

- tes atau diagnosis yang berhubungan dengan infertilitas
- perawatan infertilitas, reproduksi yang dibantu (mis. perawatan IVF), termasuk memastikan kehamilan

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.

Perubahan alami akibat penuaan/usia

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:

- Pengobatan untuk menghilangkan gejala yang umumnya terkait dengan perubahan fisiologis atau alami akibat penuaan. Mis. menopause atau pubertas
- densitometri tulang

- LASIK eye surgery or any other surgical correction of short-sightedness (myopia), long-sightedness (hyperopia) or irregular-shaped cornea (astigmatism)
- any lens other than a standard mono-focal replacement lens as part of an eye operation, such as cataract surgery
- spectacles, and other visual aids, treatment of strabismus (squint) or amblyopia (lazy eye)
- sight tests (unless covered under your plan in the well-being benefits section of the table of benefits)

Failure to follow medical advice

You are not covered for:

- treatment arising from or related to your unreasonable failure to seek or follow medical advice and/or prescribed treatment, or
- your unreasonable delay in seeking or following such medical advice and/or prescribed treatment complications arising from ignoring such advice

Foetal surgery

You are not covered for surgery undertaken on a child while it is in its mother's womb.

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.

Hearing

You are not covered for:

- 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 Treatment for congenital conditions or hereditary conditions for newborn babies benefit
- hearing aids
- hearing tests (unless covered under your plan in the well-being benefit section of the table of benefits)

Infertility, IVF, and assisted reproduction

You are not covered for:

- testing or diagnosis related to infertility
- infertility treatment, assisted reproduction (e.g. IVF treatment), including establishing pregnancy

Learning and educational difficulties

You are not covered for learning and educational difficulties, including, but not limited to, dyslexia and speech disorders.

Natural changes as a result of ageing

You are not covered for:

- treatment to relieve the symptoms commonly associated with physiological or natural changes as a result of ageing e.g. menopause or puberty
- bone densitometry

- 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

Pergeseran dinding hidung

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan yang berkaitan dengan pergeseran dinding hidung (nasal septum deviation) dan nasal concha resection.

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.

Keadaan vegetatif persisten dan kerusakan saraf

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan yang diterima setelah:

- 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

Selain pertanggungjawabkan yang memenuhi syarat berdasarkan manfaat lifetime care.

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:

- 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), Autism Spectrum Disorder (ASD) dan Tourette's syndrome
- Pertumbuhan fisik jenis apapun
- Tumbuh Gigi
- Mengompol

Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya atau kondisi terkait

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan yang berhubungan dengan:

- 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
- kondisi jantung atau peredaran darah
- Kesehatan mental, masalah obat dan alkohol atau gangguan tidur
- penggantian sendi

Pembedahan preventif

Pembedahan bila tidak ada tanda-tanda atau gejala fisik yang terlihat, atau diagnosis telah dilakukan.

- 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

Nasal septum deviation

You are not covered for treatment related to nasal septum deviation and nasal concha resection.

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.

Persistent vegetative state and neurological damage

You are not covered for treatment received after:

- 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

Except for any treatment you are eligible for under the lifetime care benefit.

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:

- 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), Autism Spectrum Disorder (ASD) and Tourette's syndrome
- physical development of any kind
- teething
- bed wetting

Pre-existing medical conditions or related conditions

You are not covered for treatment related to:

- 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
- mental health conditions, drug and alcohol issues or sleep disorders
- joint replacements

Preventive surgery

You are not covered for surgery when no physical signs or symptoms are shown, or diagnosis has been made.

Olah raga profesional dan balap motor sebagai pemain amatir atau profesional

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan penyakit atau cedera yang berhubungan dengan:

- 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 dan/atau Anda menerima sponsorship dan atau manfaat lainnya karena keikutsertaan Anda)
- keikutsertaan, termasuk juga pelatihan atau latihan, dalam balap apa pun (baik amatir maupun profesional) yang menggunakan kendaraan bermotor

Kondisi kulit kepala

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:

- perawatan yang khusus berhubungan dengan kondisi kulit kepala, termasuk, namun tidak terbatas pada, alopecia
- wig (harap dicatat bahwa ini mungkin ditanggung setelah kemoterapi - lihat manfaat 'Wig' pada tabel manfaat)

Pencarian dan/atau penyelamatan

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk:

- 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

Opini kedua atau tes duplikat

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk opini kedua atau berikutnya dari seorang dokter medis, praktisi kedokteran atau spesialis atau untuk tes duplikat untuk kondisi yang sama.

Cedera yang ditimbulkan oleh diri sendiri

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk 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.

Penyakit menular seksual

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan yang berkaitan dengan penyakit menular seksual termasuk kutil kelamin/dubur.

Gangguan tidur

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk tes diagnostik untuk atau perawatan gangguan yang berhubungan dengan tidur, termasuk, namun tidak terbatas pada, insomnia, mendengkur dan apnea tidur.

Pemanenan sel punca

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk pemanenan sel punca selain dari sebelum transplantasi sel punca, atau perawatan yang dilakukan untuk mengantisipasi, sebelum, atau sesudah pemanenan tersebut.

Tersedia persediaan medis

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk item yang tidak disarankan seperti kemasan panas dan dingin dan perban pendukung, kecuali jika hal ini diperlukan sebagai akibat dari perawatan yang diterima selama keadaan darurat medis.

Biaya perjalanan

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk biaya perjalanan termasuk tiket pesawat dan akomodasi hotel, kecuali jika ditanggung secara khusus dalam bagian "Manfaat ekspat" dalam tabel manfaat.

Professional sports and motorised racing as an amateur or a professional

You are not covered for treatment for an illness or injury related to:

- 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 and/or you are receiving sponsorship or other benefits as a result of your participation)
- 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

Scalp conditions

You are not covered for:

- 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)

Search and/or rescue

You are not covered for:

- 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

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.

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.

Sexually transmitted diseases

You are not covered for treatment related to sexually transmitted diseases including genital/anal warts.

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.

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.

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.

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.

Perawatan oleh pihak terkait

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk perawatan yang disediakan oleh dan/atau di bawah kendali dan/atau atas rujukan dari:

- 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 bertanggung memiliki kepentingan finansial dan/atau kepentingan profesional, termasuk, namun tidak terbatas pada, karyawan, pemberi kerja, konsultan dan pemilik

Vitamin, suplemen diet, zat alami dan krim

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.

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)

Kondisi yang berkaitan dengan berat badan dan gangguan makan

Anda tidak akan dipertanggungjawabkan untuk penyelidikan atau perawatan yang berkaitan dengan:

- 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

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.

BAGIAN VI KLAIM

Pasal 1 : PROSEDUR DAN PEMBAYARAN KLAIM

Kami telah menunjuk Fullerton Health untuk melakukan proses administrasi dan untuk melakukan penyelesaian klaim penggantian biaya Anda. Dalam pasal ini, "kami" merujuk kepada Fullerton Health.

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 tahu semua informasi yang kami perlukan untuk menilai apakah usulan perawatan Anda tersebut memenuhi

Treatment by a related party

You are not covered for treatment provided by and/or under the control of and/or on referral from:

- 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

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.

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.

Weight-related conditions and eating disorders

You are not covered for investigations or treatment related to:

- 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

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.

Chapter VI CLAIMS

Article 1: PROCEDURE AND CLAIMS PAYMENT

We have appointed Fullerton Health to administer and settle your network and reimbursement claims. In this Chapter, 'we' also refers to Fullerton Health.

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-

syarat untuk pertanggung jawaban menurut Program Asuransi Health Plan Anda. Jika usulan perawatan Anda tersebut memenuhi syarat untuk pertanggung jawaban, 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, Fullerton Health atau perusahaan Layanan Bantuan sebelumnya.

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.

Semua perawatan yang Anda terima di Amerika Serikat harus melalui proses pre-otorisasi sebelumnya oleh Kami, Fullerton Health atau oleh perusahaan Layanan Bantuan. Kami tidak akan membayarkan biaya perawatan di wilayah Amerika Serikat jika tidak terlebih dahulu melalui proses pre-otorisasi. Jika kami menginstruksikan agen lokal kami untuk melakukan pengaturan tagihan atau biaya terkait dengan biaya perawatan medis Anda di Amerika Serikat. Setiap biaya yang dikeluarkan untuk agen lokal tersebut akan diambil dari batasan manfaat dari Program Asuransi Health Plan Anda untuk wilayah Amerika Serikat sesuai dengan yang tercantum pada Area Pertanggung jawaban Anda di dalam perjanjian ini.

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 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.

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.

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.

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.

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 to be received.

All treatment you receive in the USA must be pre-authorised in advance by us, Fullerton Health or the Assistance Service. We will not pay for any treatment in the USA that has not been pre-authorised. If we instruct a local agent to arrange the billing or cost adjustment of your medical treatment expenses in the USA, any fees charged by the local agent will be deducted from the USA benefit limit available under your plan, as stated in the 'Your area of cover' section of this agreement.

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.

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.

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.

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.

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 beserta faktur dan kuitansi yang terperinci lengkap untuk perawatan yang telah Anda terima, dan kirimkan Fullerton Health. Sekalipun klaim Anda kurang dari US\$500 kami mungkin dalam beberapa kasus akan mensyaratkan agar dokter Anda mengisi dan menandatangani bagian B formulir klaim Anda sebelum kami dapat menyelesaikan klaim Anda.

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

Harap menyimpan faktur, kuitansi dan formulir klaim asli Anda selama sampai 12 bulan. Kami mungkin memerlukan dokumen-dokumen ini untuk keperluan audit. Formulir klaim tidak diperlukan namun saat Anda mengklaim manfaat sebagai berikut:

- 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 faktur untuk tiket pesawat pulang-pergi, yang menyebutkan kelas perjalanan, dan rincian rekening bank Anda.

Jika Anda mengajukan klaim untuk fisioterapi rawat jalan, perawatan apa pun oleh chiropractor, praktisi kesehatan mental, osteopath, chiropodist 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.

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 formulir 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

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.

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:

- 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.

If you are claiming for out-patient physiotherapy, any treatment by a chiropractor, mental health practitioner, osteopath, chiropodist 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.

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.

praktisi kedokteran, atau siapa pun, untuk mengisi formulir klaim.

Jika dimungkinkan kami hanya akan melakukan pembayaran untuk perawatan pasien rawat inap atau rawat Jalan langsung ke rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan. Kami akan mengurangi setiap jumlah eksese atau ko-asuransi, serta item yang tidak memenuhi syarat, dan Anda akan bertanggungjawab untuk membayar kekurangan langsung kepada rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan. Jika kami membayar langsung kepada Anda, metode pembayaran yang kami pilih adalah melalui transfer bank. Jika Anda memberikan rincian pembayaran yang tidak benar kepada kami dan kami tidak dapat mengembalikan pembayaran, kami tidak akan melakukan pembayaran lagi kepada Anda. 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 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.

Agar memenuhi syarat untuk menerima layanan penagihan langsung maka Anda harus telah mengisi lengkap aplikasi untuk layanan ini. Jika Anda memenuhi syarat untuk layanan penagihan langsung maka hal ini akan tercantum dalam sertifikat asuransi Anda dan Anda akan diberikan kartu anggota yang menggunakan huruf 'DB'. Kartu ini, bersama dengan identifikasi foto, akan memungkinkan Anda menerima perawatan yang memenuhi syarat di penyedia layanan medis penagihan langsung di dalam jaringan medis kami. Penyedia layanan medis penagihan langsung akan menagih langsung kepada kami untuk perawatan Anda. Jika biaya perawatan Anda lebih besar dari US\$500, penyedia layanan medis penagihan akan langsung menghubungi kami untuk melakukan pra-otorisasi perawatan. Untuk menghindari penundaan pelayanan, sebaiknya Anda menghubungi kami sebelum perawatan Anda. Setelah kami memverifikasi bahwa perawatan tersebut layak untuk dipertanggungjawabkan maka kami akan memberitahukan kepada penyedia layanan medis penagihan langsung. Penting untuk dicatat bahwa penyedia layanan medis penagihan langsung tidak mengetahui persyaratan dan manfaat yang diberikan oleh Program Asuransi Health Plan Anda. Mereka akan memberikan perawatan sesuai dengan kesepakatan terpisah antara Kami dengan mereka. Ini berarti bahwa, untuk klaim kurang dari US\$500 dimana penyedia layanan medis penagihan langsung tidak berkewajiban untuk menghubungi kami untuk pra-otorisasi, Anda bertanggung jawab hanya untuk mengklaim perawatan yang memenuhi syarat untuk mendapatkan perlindungan berdasarkan Program Asuransi Health Plan Anda. Kami memiliki kewajiban untuk menyelesaikan semua tagihan untuk perawatan yang diterima dari penyedia layanan medis penagihan langsung di dalam jaringan medis Kami, asalkan mereka termasuk dalam persyaratan kontrak antara Kami dan mereka. Jika Anda melakukan perawatan untuk kondisi medis yang tidak termasuk ke dalam Program Asuransi Health Plan Anda maka kami akan melakukan penagihan kepada Anda untuk biaya yang tidak bisa dipertanggungjawabkan tersebut. Ini juga akan mengakibatkan layanan penagihan langsung ditarik dari

Where possible we will settle invoices for in-patient or daypatient treatment direct with the hospital or medical services provider. We will deduct any excess or co-insurance amount, as well as any other ineligible items, and you will be responsible for paying the shortfall direct to the hospital or medical services provider. If we are paying you direct, our preferred method of payment is bank transfer. If you provide us with incorrect payment details and we cannot recover the payments, we will not make the payment again to you. We will only make payment to you or to the medical services provider that provided your treatment. Payment will not be made for treatment that has not been received yet. If we or the Assistance Service pre-authorise costs which subsequently turn out to have been related to a condition which is not covered by your plan, you will be responsible for all the costs incurred, and if we have made any settlement on your behalf, you will be responsible for repaying to us the amount we have paid.

To be eligible to receive the direct billing service, you must have completed an application for the service. If you are eligible for the direct billing service this will be stated on your certificate of insurance, and you will be issued with a membership card which bears the letters 'DB'. This card, together with photographic identification, will enable you to receive eligible treatment at direct billing medical services providers within our medical network. The direct billing medical services provider will bill us directly for your treatment. If the cost of your treatment is greater than US\$500, the direct billing medical services provider will contact us for preauthorisation of the treatment. To avoid delays, we recommend that you contact us in advance of your treatment. Once we have verified that the treatment is eligible for cover, we will let the direct billing medical services provider know. It is important to note that the direct billing medical services provider is not aware of the terms and benefits provided by your plan. They will provide treatment in accordance with a separate agreement between us and them. This means that, for claims of less than US\$500 where the direct billing medical services provider is not obliged to contact us for pre-authorisation, it is your responsibility to claim only for treatment that is eligible for cover under your plan. We have an obligation to settle all bills for treatment received from direct billing medical services providers within our medical network, provided that they fall within the terms of the contract between us and them. If you receive treatment for a medical condition that is not covered by your plan, we will invoice you for the ineligible expenses 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 you cancel your plan, you must return your membership card to us. We will cancel your cover with effect from the date we receive your membership card. 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.

polis anda. Jika Anda tidak melunasi nya kepada kami dalam 30 hari, kami tidak akan memperpanjang Program Asuransi Health Plan Anda. Jika Anda membatalkan Program Asuransi Health Plan Anda maka Anda harus mengembalikan kartu keanggotaan Anda kepada kami. Kami akan membatalkan pertanggung jawaban Anda sejak tanggal kami menerima kartu anggota Anda. Kartu keanggotaan adalah milik kami dan kami dapat meminta Anda mengembalikan kartu kepada kami setiap saat. Kami berhak untuk menghilangkan layanan penagihan langsung dari polis anda kapanpun didalam tahun pertanggung jawaban sesuai diskresi kami.

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.

Pasal 2 : PENGECEKAN ATAS PESERTA YANG MENGAJUKAN KLAIM

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 Lippolnsurance 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.

Kami tidak akan membayar 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 hal tersebut masuk akal untuk melakukannya.

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

Fullerton Health will process and make payment of the clear and completed reimbursement claim within 5 working days after receiving the documents direct from the Insured Person. Any incomplete claim will be rejected by Fullerton Health and given 30 calendar days period to Insured for resubmission.

Article 2: OTHER INFORMATION ABOUT CLAIMS

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.

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.

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

tindakan hukum) yang mencakup biaya pengobatan yang telah kami bayar, Anda harus membayar jumlah tersebut kepada kami. Keterkaitan apapun yang Anda atau Tertanggung yang mungkin juga diberikan sehubungan dengan biaya pengobatan yang telah kami bayar juga harus dibayarkan kepada kami. Jika Anda hanya menerima sebagian klaim Anda atas kerusakan maka Anda harus membayar sebagian dari biaya tersebut kepada kami.

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 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 Health Plan Anda.

Pasal 3 : KLAIM YANG DIHENTIKAN

Jika terjadi penolakan terhadap pembayaran klaim yang Anda ajukan, Anda berhak untuk mengajukan banding terhadap keputusan penolakan tersebut. Jika LippolInsurance 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.

Pasal 4: EKSES

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 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 membebankan ekses lagi untuk klaim baru tersebut. Apabila perawatan anda dijalankan selama dua periode pertanggung, kami akan membebankan ekses lagi pada saat pembaruan polis anda. Jika ekses Anda adalah per tahun maka akan digunakan satu kali per masa pertanggung. 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 pertanggung Anda. Kami akan menggunakan satu ekses per masa pertanggung tanpa memandang ada berapa klaim yang Anda ajukan. Anda harus

to us. If you only receive a proportion of your claim for damages then you must repay to us the same proportion of our costs.

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.

Article 3: REJECTED CLAIMS

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.

Article 4: EXCESS

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

mengajukan semua klaim yang memenuhi syarat kepada kami – bahkan klaim yang masuk dalam eksekusi tahunan Anda, karena kami baru dapat memberikan penggantian kepada Anda bila nilai pengeluaran yang memenuhi syarat yang Anda keluarkan melebihi jumlah eksekusi tahunan Anda. Ketika Anda memperpanjang Program Asuransi Health Plan, eksekusi tahunan akan digunakan kembali untuk masa pertanggungjawaban baru Anda.

BAGIAN VII DEFINISI

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 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.

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.

Pencitraan Lanjutan

Magnetic Resonance Imaging (MRI), Computed Tomography (CT) dan Positron Emission Tomography (PET).

Perjanjian

Isi dalam dokumen ini harus dibaca bersamaan dengan formulir permohonan Anda yang telah diisi dan ditandatangani dan sertifikat asuransi Anda. Bersama-sama dokumen-dokumen ini merupakan kontrak Program Asuransi Health Plan Health Plan Anda dengan kami.

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 pertanggungjawaban. 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.

Wilayah pertanggungjawaban

Batas-batas kewilayahan Program Asuransi Health Plan Anda.

Alat Penyangga Hidup Buatan

Jika Anda membutuhkan peralatan medis yang membantu atau mengganti fungsi penting dari bagian tubuh, termasuk ventilasi mekanis, Percutaneous Endoscopic Gastronomy (PEG), nasal feeding.

Layanan Bantuan

Perusahaan bantuan darurat yang dikontrak oleh kami untuk menyediakan layanan bantuan kepada anggota Program Asuransi Health Plan Health Plan pada saat klaim Anda.

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.

CHAPTER VII DEFINITIONS

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 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.

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.

Advanced imaging

Diagnostic magnetic resonance imaging (MRI), computed tomography (CT), and positron emission tomography (PET).

Agreement

The contents of this document, read in conjunction with your completed and signed application form and your certificate of insurance. Together, these items make up your plan contract with us.

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.

Area of cover

The territorial limits of your plan.

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.

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.

Negara dan pulau di Karibia

Semua negara di kawasan Karibia; Anguilla, Antigua and Barbuda, Aruba, Barbados, British Virgin Islands, Cayman Islands, Cuba, Curacao, Dominica, Dominican Republic, Grenada, Guadeloupe, Haiti, Jamaica, Martinique, Monserrat, Netherlands Antilles, Saint Barthelemy, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Martin, Saint Vincent and the Grenadines, Sint Maarten, Trinidad and Tobago, Turks and Caicos Islands dan U.S. Virgin Islands.

Sertifikat asuransi

Konfirmasi pertanggungansian asuransi Anda yang dikeluarkan oleh kami. Sertifikat ini mengkonfirmasi jenis Program Asuransi Health Plan yang telah Anda beli, wilayah pertanggungansian Anda, masa pertanggungansian, tanggal bergabung, tanggal perpanjangan, jumlah eksekusi, syarat-syarat khusus, negara tempat tinggal Anda, negara asal Anda, dan lampiran Tertanggung. Lampiran Tertanggung memuat daftar orang-orang yang kami tanggung menurut perjanjian Anda dengan kami. Jika ada perubahan keterangan pada sertifikat asuransi Anda maka kami akan mengeluarkan sertifikat asuransi yang baru untuk Anda yang mengkonfirmasi perubahan tersebut.

Kondisi kronis

Penyakit, keadaan sakit atau cedera yang memiliki satu atau lebih ciri-ciri berikut:

- memerlukan pemantauan yang berlanjut atau jangka panjang melalui konsultasi, pemeriksaan, check-up dan/atau tes
- memerlukan kontrol atau peringatan gejala yang berlanjut atau jangka panjang
- Anda perlu menjalani rehabilitasi atau latihan khusus untuk mengatasinya
- berlanjut untuk seterusnya
- tidak ada obat yang diketahui
- timbul kembali atau kemungkinan dapat timbul kembali

Klaim

Rangkaian perawatan untuk suatu penyakit, cedera, kondisi medis, kondisi gigi atau kehamilan tertentu, atau penggunaan manfaat ekspatriasi.

Kerabat dekat keluarga

Pasangan Anda, pasangan saudara, rekan kerja sama, orang tua, saudara laki-laki, saudara perempuan, anak atau orang tua.

Ko-asuransi

Kontribusi yang harus Anda berikan terhadap biaya-biaya klaim Anda yang memenuhi syarat.

Komplikasi kehamilan

Perawatan yang diterima untuk kondisi medis yang timbul karena tahap-tahap kehamilan sebelum persalinan atau sesudah persalinan.

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.

Negara tempat tinggal

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.

Caribbean country or island

All countries in the Caribbean region; Anguilla, Antigua and Barbuda, Aruba, Barbados, British Virgin Islands, Cayman Islands, Cuba, Curacao, Dominica, Dominican Republic, Grenada, Guadeloupe, Haiti, Jamaica, Martinique, Monserrat, Netherlands Antilles, Saint Barthelemy, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Martin, Saint Vincent and the Grenadines, Sint Maarten, Trinidad and Tobago, Turks and Caicos Islands and U.S. Virgin Islands.

Certificate of insurance

The confirmation of your insurance cover issued by us. It confirms the plan type you have bought, the currency you selected, your area of cover, period of cover, date of entry, renewal date, excess amount, special terms, your country of residence, your country of nationality, and the schedule of insured persons. The schedule of insured persons lists the persons insured by us under your agreement with us. If there are any changes to the details on your certificate of insurance we will issue you with a new one confirming the changes.

Chronic condition

A disease, illness or injury that has one or more of the following characteristics:

- 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

Claim

A course of treatment for a specific illness, injury, medical condition, dental condition or pregnancy, or the use of an expatriate benefit.

Close family member

Your spouse, civil partner, a co-habiting partner, parent, brother, sister, child or grand-child.

Co-insurance

A contribution that you must make towards the eligible costs of your claim.

Complications of pregnancy

Treatment received for a medical condition which arises because of the antenatal or postnatal stages of pregnancy.

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.

Country of nationality

Negara di mana Anda biasanya tinggal sebagaimana tercantum dalam formulir permohonan Anda atau selanjutnya diberitahukan kepada kami secara tertulis.

Negara Tempat Tinggal

Negara tempat tinggal Anda yang tertera pada formulir aplikasi atau yang telah diinformasikan kepada LippoInsurance.

Tanggal bergabung

Tanggal di mana pertanggungansian untuk Anda, dan masing-masing tanggungan Anda, pertama kali dimulai. Tanggal bergabung Anda adalah seperti yang dicantumkan pada sertifikat asuransi Anda.

Day-patient

Pasien yang masuk rumah sakit atau unit pasien rawat jalan untuk tindakan medis 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.

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.

Dokter gigi/Praktisi kedokteran gigi

Seseorang yang berkualifikasi yang secara sah menjalankan profesi ini di negara tempat ia berada.

Tes diagnostik

Investigasi, seperti sinar X atau tes darah untuk mendiagnosa penyebab gejala-gejala Anda.

Penyedia Layanan Medis dengan Penagihan Langsung

Rumah Sakit, klinik rawat jalan atau dokter medis yang memiliki perjanjian terkait dengan penagihan langsung.

Dokter

Lihat Dokter Medis (Medical Doctor).

Tanggungan yang memenuhi syarat

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.

Operasi caesar darurat

Operasi caesar, harus dijalankan dengan segera dan tidak dapat di rencanakan

Perawatan darurat

Perawatan esensial, yang ditanggung oleh Program Asuransi 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 di mana Anda memiliki pengecualian medis diri.

Ekses

Jumlah yang dinyatakan sebagai ekses dalam sertifikat asuransi Anda, yaitu jumlah yang harus Anda kontribusikan untuk setiap

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.

Country of residence

The country in which you are habitually resident as specified on your application form or subsequently advised to us in writing.

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.

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.

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.

Dentist or dental practitioner

A qualified person legally carrying out this profession in the country in which he or she is located.

Diagnostic tests

Investigations, such as x-rays or blood tests to diagnose the cause of your symptoms.

Direct billing medical services provider

A hospital, out-patient clinic or medical doctor with whom we hold a current direct billing agreement.

Doctor

See medical doctor.

Eligible dependants

Your spouse or partner, provided they are under age 70 at their date of entry, and your unmarried children (i.e. your son, daughter, step-son, step-daughter, adopted children and children subject to legal guardianship) provided the unmarried children are aged less than 18 years old, or less than 25 years old if in continuous full-time education. If a child is adopted or the subject of legal guardianship we may require proof. We may also require proof of a dependent child being in full time education.

Emergency caesarean section

A caesarean section must take place immediately and cannot be planned.

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.

Excess

The amount stated as the excess in your certificate of insurance, being the amount you must contribute to each claim. If your

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 Health Plan Anda dan diterima dalam masa pertanggungungan yang sama.

Pertanggungungan Penuh

Dimanapun istilah "Pertanggungungan Penuh" muncul di tabel manfaat maka ini berarti pengembalian penuh dari biaya-biaya yang wajar, kekurangan dari setiap ekses atau setiap ko-asuransi yang sesuai dengan Program Asuransi Health Plan Anda dan tunduk kepada setiap batasan yang ditentukan dimanapun di dalam tabel manfaat untuk setiap tipe perawatan yang Anda terima.

Rumah sakit

Tempat yang memiliki ijin sah sebagai rumah sakit medis atau bedah menurut undang-undang negara tempatnya berada.

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.

Pasien rawat inap

Pasien yang masuk ke rumah sakit dan menempati tempat tidur selama semalam atau lebih karena alasan medis.

Tertanggung

Karyawan dan tanggungan yang memenuhi syarat, yang dalam sertifikat asuransi Anda disebutkan bahwa diikutsertakan dalam Program Asuransi Health Plan ini.

Penanggung

Perusahaan asuransi yang menyediakan pertanggungungan asuransi untuk Program Asuransi Health Plan ini. Yang menjadi penanggung adalah PT Lippo General Insurance Tbk. ("LippoInsurance")

Kondisi yang mengancam nyawa

Kondisi medis kritis yang ditanggung oleh Program Asuransi Health Plan Anda, yang menurut pendapat Layanan Bantuan merupakan keadaan yang mengancam nyawa yang memerlukan perawatan rawat inap dengan segera.

Wilayah London

Alamat di Inggris Raya dalam wilayah kode pos E, EC, N, NW, SE, SW, W atau WC.

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.

Diperlukan secara medis

Perawatan yang secara medis diperlukan dan sesuai dengan kondisi sebenarnya. Dalam hal ini perawatan tersebut harus:

- dalam keadaan penting untuk mendiagnosa atau mengobati kondisi, penyakit atau cedera;
- sesuai dengan gejala pasien, diagnosis ataupun pengobatan pasien dari kondisi yang mendasarinya;

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.

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.

Hospital

An establishment which is legally licensed as a medical or surgical hospital under the laws of the country in which it is situated.

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.

In-patient

A patient who is admitted to hospital and who occupies a bed overnight or longer for medical reasons.

Insured person

Employee and any eligible dependants specified in your certificate of insurance as being included in the plan.

Insurer

The insurance company that provides the insurance cover for your plan. The insurer is PT Lippo General Insurance Tbk ("LippoInsurance").

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.

London area

Any address in the United Kingdom within the E, EC, N, NW, SE, SW, W or WC postcode areas.

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.

Medically necessary

Treatment that is medically necessary and appropriate. The treatment must be:

- 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;

- 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.

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, chiropody, podiatri atau fisioterapi, dan yang kepadanya Anda telah dirujuk oleh dokter medis.

Surat rujukan dokter

Surat dari dokter medis atau spesialis Anda yang merujuk Anda ke praktisi kedokteran lain untuk perawatan yang ditanggung oleh Program Asuransi Health Plan Anda. Kami hanya akan membayar perawatan bila tanggal mulai perawatan Anda selambat-lambatnya 3 bulan setelah tanggal surat rujukan dokter Anda.

Penyedia layanan medis

Rumah sakit, klinik rawat jalan, praktisi kedokteran, praktisi kedokteran gigi, pakar optik atau apotek.

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, kami dapat memutuskan untuk memberlakukan syarat-syarat khusus pada pertanggungan Anda, seperti pengecualian medis pribadi, atau kami dapat memutuskan untuk tidak menawarkan pertanggungan kepada Anda.

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.

Tindakan bedah rawat jalan

Tindakan rawat jalan di mana salah satu atau lebih hal berikut secara medis perlu:

- bius total atau lokal atau pembiusan intravena
- manipulasi atau relokasi tulang yang retak atau sendi yang terlepas oleh seorang dokter medis
- tindakan bedah yang invasif
- tindakan diagnostik yang invasif yang menggunakan venous cannulation
- penggunaan peralatan endoskopi

Masa pertanggungan

Masa 12 bulan sejak tanggal bergabung Anda atau dari tanggal perpanjangan selanjutnya. Masa pertanggungan Anda adalah sebagaimana tercantum pada sertifikat asuransi Anda.

- 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.

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, chiropody, podiatry or physiotherapy treatment, and to whom you have been referred by a medical doctor.

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.

Medical services provider(s)

A hospital, out-patient clinic, medical practitioner, dental practitioner, optician or pharmacy.

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 on your cover, such as personal medical exclusions, or we may decide not to offer you cover.

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.

Out-patient surgical procedure

An out-patient procedure where one or more of the following is medically necessary:

- 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

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 pertanggung jawaban Anda yang dinyatakan pada sertifikat asuransi Anda dan secara khusus mengecualikan perawatan suatu kondisi atau beberapa kondisi medis tertentu dan segala kondisi terkait.

Program Asuransi Health Plan/Tipe Program Asuransi Health Plan

Program Asuransi Health Plan dengan paket Silver atau Gold.

Pemegang Program Asuransi Health Plan

Orang yang dinyatakan sebagai pemegang Program Asuransi Health Plan dalam sertifikat asuransi.

Operasi caesar yang direncanakan

Operasi caesar yang telah dijadwalkan untuk berlangsung lebih dari 24 jam di muka, baik ini karena alasan medis atau elektif.

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 Health Plan Anda dan dijalani dalam batas waktu 90 hari setelah tanggal Anda keluar dari rumah sakit.

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.

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:

- Anda telah menerima pengobatan, saran atau perawatan; atau
- Anda telah mengalami gejala

Premi

Jumlah uang yang harus Anda bayar kepada kami baik per tahun, per setengah tahun, per triwulan atau per bulan untuk Program Asuransi Health Plan Anda.

Tanggal jatuh tempo premi

Tanggal di mana pembayaran premi Anda jatuh tempo.

Pemeriksaan kesehatan preventif

Tes kesehatan, penyaringan dan/atau tindakan klinis yang dirancang khusus untuk pencegahan penyakit dan deteksi awal.

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.

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.

Rehabilitasi**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.

Plan or plan type

The Bronze plan or Silver plan or Gold plan on which you and your eligible dependants are covered.

Plan holder or policy holder

The person stated as the plan holder on the certificate of insurance.

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.

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.

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.

Pre-existing medical conditions

Any disease, illness or injury, whether the condition has been diagnosed or not before your date of entry, for which:

- you have received medication, advice or treatment; or
- you have experienced symptoms

Premium

The amount(s) you are required to pay to us either annually, half-yearly, quarterly or monthly for your insurance plan.

Premium due date

The date on which your premium is due to be paid.

Preventive health checks

Health tests, screening and/or clinical procedures specifically designed for disease prevention and early detection.

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.

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.

Rehabilitation

Perawatan dalam bentuk kombinasi terapi seperti terapi fisik, okupasi dan wicara yang dimaksudkan untuk memulihkan fungsi lengkap setelah peristiwa akut seperti stroke.

Kondisi terkait

Segala penyakit, keadaan sakit atau cedera yang disebabkan oleh kondisi medis yang sudah ada sebelumnya atau berasal dari penyebab mendasar yang sama dengan suatu kondisi medis yang sudah ada sebelumnya.

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.

Tanggal perpanjangan

Tanggal ulang tahun Program Asuransi Health Plan Anda sebagaimana tercantum pada sertifikat asuransi Anda, umumnya ulang tahun tanggal semula Anda bergabung dengan Program Asuransi Health Plan ini.

Sesi

Satu konsultasi yang kontinu di mana dalam waktu tersebut Anda mungkin menerima saran, perawatan dan/atau pengobatan yang diresepkan.

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.

Syarat-syarat khusus

Pengecualian medis pribadi, pembatasan atau penyesuaian premi yang dapat kami berlakukan atas Program Asuransi Health Plan Anda. Syarat-syarat khusus yang berkaitan dengan Program Asuransi Health Plan Anda akan dimuat dalam sertifikat asuransi Anda.

Tabel manfaat

Tabel yang memuat manfaat-manfaat yang ditanggung oleh masing-masing jenis Program Asuransi Health Plan, di jelaskan secara lengkap di Appendix I.

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 anda akan berhenti pada kata kata area pertanggunganda yang sudah ditetapkan anda. Sebagai contoh, jika anda telah memilih opsi termasuk 45 hari pertanggunganda di Amerika Serikat, dan Anda saat dalam waktu 30 hari perjalanan ke Amerika Serikat, memperpanjang menjadi 60 hari, maka pertanggunganda Anda di Amerika Serikat akan berhenti dalam waktu 45 hari dari tanggal Anda tiba di Amerika Serikat.

Kondisi medis terminal

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.

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.

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.

Renewal date

The anniversary date of your plan as shown on your certificate of insurance, normally the anniversary of your original date of entry to the plan.

Session

A single continuous consultation during which time you may receive advice, treatment and/or prescribed medication.

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.

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.

Table of benefits

The table which sets out the benefits covered by each plan type, set out in full in Appendix I.

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 selected the USA-45 option and you are on a 30-day trip to the United States of America, which becomes extended to 60 days, your cover in the United States of America will cease 45 days after your date of entry to the United States of America.

Terminal medical condition

A condition that has become incurable and all the treatments given are to prolong life.

Kondisi yang telah didiagnosa tidak dapat diobati di mana kematian karena kondisi atau komplikasi kondisi tersebut dapat terjadi dalam waktu 12 bulan sejak diagnosis.

Perawatan

Operasi, atau perawatan medis (termasuk test diagnose) yang dibutuhkan untuk diagnose, meringankan, atau menyembuhkan penyakit, atau cedera.

Premi belum terpakai

Jumlah premi yang berkenaan dengan jangka waktu sejak tanggal setelah tanggal pembatalan, hingga tanggal sebelum tanggal jatuh tempo premi berikutnya.

Apabila ada pengembalian premi belum terpakai yang memenuhi syarat, maka jumlah premi belum terpakai yang dikembalikan, (dengan menggunakan Program Asuransi Health Plan yang dibayar per tahun sebagai contoh), adalah premi tahunan yang dibayarkan dibagi dengan 12 dan dikalikan dengan banyaknya bulan kalender penuh yang masih tersisa dalam masa pertanggungan. Jika Program Asuransi Health Plan dibatalkan di tengah bulan, suatu jumlah tambahan, yang sama dengan seperdua belas premi tahunan yang dibayarkan, dikalikan dengan proporsi banyaknya hari tanpa pertanggungan dalam bulan kalender juga akan dibayarkan.

Sebagai contoh, jika premi tahunan untuk seorang Tertanggung sebesar US\$3.000, masa pertanggungan tanggal 1 Januari sampai 31 Desember 2021, dan Tertanggung keluar dari Program Asuransi Health Plan pada tanggal 27 September 2021, maka premi belum terpakai menjadi US\$775, yaitu:

- $((US\$3.000 / 12) \times 3) = US\750 untuk ketiga bulan penuh tanpa pertanggungan (Oktober, November dan Desember); ditambahkan ke -
- $((US\$3.000 / 12) \times 0,1) = US\25 untuk ketiga hari di bulan September tanpa pertanggungan (0,1 dihitung dalam contoh ini dengan membagi 3 (jumlah hari di bulan September tanpa pertanggungan, yaitu tanggal 28, 29 dan 30) dengan total banyaknya hari di bulan September (30)).

Metode penghitungan yang tepat menggunakan prinsip yang sama dengan contoh di atas akan digunakan jika frekuensi premi bukan per tahun.

Kami

LippoInsurance atas nama penanggung.

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.

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.

Anda, Kepunyaan Anda, dan diri Anda sendiri

Setiap dan semua orang yang disebutkan dalam jadwal tertanggung orang pada sertifikat asuransi Anda.

PERJANJIAN INI TELAH DISESUAIKAN DENGAN KETENTUAN PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERMASUK PERATURAN OTORITAS JASA KEUANGAN (OJK)

Treatment

Surgical or medical services (including diagnostic tests) that are needed to diagnose, relieve or cure a disease, illness or injury.

Unused premium

The amount of premium that is attributable to the period from the date after the date of cancellation, up to the date before the next premium due date. In the event of a refund of unused premium being eligible, the unused premium amount refunded, (using an annually paid plan as an example), will be the annual premium paid divided by 12 and multiplied by the number of whole calendar months remaining in the period of cover. If the plan is cancelled part way through a month, an additional amount, equal to one twelfth of the annual premium paid, multiplied by the proportion of days without cover in the calendar month of cancellation will also be paid.

For example, if the annual premium for an insured person is US\$3,000, the period of cover is 1st January to 31st December 2021, and the insured person leaves the plan on 27th September 2021, the unused premium will be US\$775, as:

- $((US\$3,000 / 12) \times 3) = US\750 for the three whole months without cover (October, November and December); added to -
- $((US\$3,000 / 12) \times 0.1) = US\25 for the three days in September without cover (the 0.1 calculated in this example by dividing 3 (the days in September without cover, i.e. the 28th, 29th and 30th) by the total number of days in September (30)).

Appropriate calculation methods using the same principle as the above example will be used if the premium frequency is not annual.

Us, we, our

The insurer, LippoInsurance.

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.

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.

You, your, yourself

Any and all persons named in the schedule of insured persons on your certificate of insurance.

THIS AGREEMENT HAS BEEN ADJUSTED BY THE PROVISIONS OF REGULATORY REGULATIONS, INCLUDING REGULATION AND LEGISLATION SPECIFIED BY THE OTORITAS JASA KEUANGAN (OJK)

BAGIAN VIII PEMBIRITAHUAN PENTING

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.

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

Anda dapat menghubungi BMAI melalui:

- Phone No.: 021 – 5274145
- Fax No.: 021 – 5274146
- Email: info@bmai.or.id
- Website: www.bmai.or.id

CHAPTER VIII IMPORTANT NOTICE

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).

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

You may contact BMAI as follows:

- Phone No.: 021 – 5274145
- Fax No.: 021 – 5274146
- Email: info@bmai.or.id
- Website: www.bmai.or.id

We're here to help



Call us on
+62 21 8067 9339



Visit
william-russell.co.id

The international health insurance plans are insured and issued by PT Lippo General Insurance Tbk, a company registered & administered by Otoritas Jasa Keuangan. The plans are designed by William Russell Ltd, a company authorised & regulated in the UK by the FCA, reference number 309314.